

Estudio de caso único

DEPRESIÓN, NARRATIVAS Y RECONSTRUCCIÓN DEL PERSONAJE

Depression, narrative, and selfhood reconstruction

Rodrigo Inostroza Cea
Psicólogo y psicoterapeuta

Cipra
Círculo de Psicoterapia
Cognitivo Constructivista

Este trabajo presenta el desarrollo de un proceso psicoterapéutico, siguiendo el enfoque cognitivo evolutivo de Vittorio Guidano. Este proceso psicoterapéutico comienza luego de dos años de tratamiento desde otro modelo de terapia (cognitivo conductual), centrado en el control de los síntomas depresivos, el cual no mostró resultados notables. Se presentan los antecedentes del caso terapéutico y los momentos más importantes de la terapia. La descripción del proceso terapéutico muestra cómo se enfatizó la esperanza en el cambio, el análisis narrativo de escenas críticas, y el trabajo con procesos de duelo. En los comentarios finales brevemente se expone sobre la importancia del vínculo terapéutico con el paciente como un predictor de cambio, el trabajo con las dinámicas relacionales del paciente, y la esperanza real en el cambio clínico.

Abstract

This paperwork presents the development of a psychotherapeutic intervention, by following the Vittorio Guidano's cognitive evolutive approach. This psychotherapeutic process start in a patient who have two years of treatment through another therapeutic model (cognitive behavioral), focused in the depressive symptoms' control, which show no remarkable outcomes. I present the antecedent of the therapeutic case and the most important moment of the therapy. The therapeutic process' description shows how it is been emphasized the hope in change, the narrative analysis of critic scenes, and the work with the bereavement process. In the final comments, I briefly talk about the importance of the therapeutic attachment with the patient as a change predictor, the work with de patient's relational dynamics, and the real hope in the clinic change.

Introducción

El alto porcentaje de la población que sufre o ha sufrido algún trastorno depresivo mayor, y su fuerte carácter invalidante, hace de esta patología un tema de conversación no sólo necesario sino obligado. Algunos estudios en Estados Unidos muestran que en 12 meses alrededor de un 5,28% de la población ha sido diagnosticada según el DSM-IV con un Trastorno Depresivo Mayor. La prevalencia aumenta a un 13,23% de la población cuando consideramos toda la vida (Hasin & Cols., 2005).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud estima que la Depresión afecta a 121 millones de personas alrededor del mundo y la incluye dentro de las 10 enfermedades más invalidantes (OMS, 2006).

Si bien, diferentes modelos han demostrado su eficacia en torno a la supresión de síntomas, muchas veces cabe preguntar si es éste el único y final aporte de la psicoterapia en esta temática. Es en este ámbito quizás donde el aporte desde el modelo cognitivo evolutivo de Vittorio Guidano y la mirada centrada en las narrativas depresivas puede ser más significativo. Guidano entiende la terapia como un camino que ayuda al paciente no sólo a remitir síntomas sino también a comprender de un modo más articulado su propio funcionamiento. Este proceso le permite al paciente “una reorganización de la experiencia inmediata de sí mismo definida como ‘él’ en el cual las activaciones emocionales percibidas como irreales y extrañas pueden ser integradas y autorreferidas en un sentido coherente propio, continuo y de unicidad personal, definido como ‘yo’” (Reda, Pilleri y Canestri, 2003, p. 218). Al centrarse en cómo el individuo se experimenta a sí mismo y cómo logra un sentido de coherencia, logramos darle un sentido de continuidad y coherencia más flexible a la persona que vive un proceso terapéutico (Guidano, 1987; 1991; 1995; 2001).

El presente proceso psicoterapéutico descrito se da en el marco de la Atención Primaria, en la comuna de San Pedro de la Paz, Octava región de Chile. La intervención sigue una orientación cognitivo evolutiva para aproximarse a la comprensión e intervención psicoterapéutica (Guidano, 2001; Quiñones, 2002), y se inicia como la continuación a dos años de tratamiento psicológico desde otro enfoque (cognitivo conductual), orientado al manejo y control de la sintomatología depresiva, con escasos o nulos resultados. Se muestra un abordaje terapéutico en dos de las tres fases descritas inicialmente por Vittorio Guidano: preparación del contexto clínico e interpersonal, y la construcción del setting terapéutico (enfoque y reordenamiento de la experiencia inmediata) (Guidano, 1995). Por motivos prácticos y propios del sistema de atención, la fase de reconstrucción del estilo afectivo se trabaja sólo en las tres sesiones finales, dejando enunciado un trabajo extenso de autoexploración y reconstrucción posterior. La tercera fase y final, el comienzo del análisis evolutivo, no se lleva a cabo, dejando la puerta abierta a una futura intervención terapéutica.

Bajo el supuesto de que una persona pide apoyo terapéutico como “un sujeto sufriente que busca asistencia para salir de la contradicción emocional que lo afecta o de los padecimientos físicos que resultan de su forma de vivir” (Chinkes, 1998), se da inicio al camino terapéutico en un estilo distinto al que la cliente estaba acostumbrada. Se le lleva a una reformulación interna de la problemática y se investiga junto con ella su significado global, con el fin de construir un punto de vista que le cambie el foco de

atención a otros aspectos de sí misma, reordenando su experiencia (Guidano, 1995). Todo esto en un contexto de aceptación y entendimiento explícito, con el fin de crear una demarcación clara entre las experiencias terapéuticas fallidas de quien demanda ayuda y la actual propuesta terapéutica.

A continuación se describirán los aspectos centrales de la historia del caso presentado, una breve reseña sobre el marco conceptual desde el que se aborda, las hipótesis diagnósticas y de trabajo y la evolución de la terapia, haciendo hincapié en las redes de conversaciones que surgieron a lo largo del proceso como forma de ayudar a la consultante a pasar de un estado inicial de padecimiento a un estado más congruente con sus deseos y expectativas de vida (Guidano, 1995; Chinkes, 1998).

Presentación del caso

María tiene 45 años de edad al momento de iniciar la terapia, y es una mujer de clase baja, que se desempeña procesando verduras en una empresa del sector donde vive. Separada desde hace ya 10 años por problemas de Violencia Intrafamiliar, vive en una pequeña casa con sus tres hijas, de 23, 22 y 16 años. Desde hace aproximadamente un año sostiene una relación de pareja con uno de sus jefes en el trabajo, relación que mantienen en privado porque “él no quiere que le traiga problemas”¹.

Antecedentes Terapéuticos:

La paciente viene al centro de atención desde hace ya aproximadamente 18 meses, durante los cuales estuvo en tratamiento psicológico desde una orientación cognitivo conductual, tendiente a suprimir y controlar los síntomas depresivos, especialmente la ideación suicida y la irritabilidad en su entorno familiar.

A pesar de haber obtenido ciertos avances (principalmente, ideación suicida se transforma en ideas de muerte y las fluctuaciones emocionales tienden a ser menos intensas), la paciente no evalúa como positivo su paso con la anterior profesional, esto porque dice “sentirse igual”. Plantea que le ha costado mucho asumir con lo que la psicóloga le había dicho, que, según refiere la consultante, le plantea que el cuadro depresivo que ella presenta es crónico y que debe acostumbrarse a vivir con ese estado anímico y con esas variaciones de humor.

Sin evaluar el quehacer de otro profesional sobre la base de apreciaciones de los pacientes, frente a esta situación, María veía un futuro incierto y no creía que realmente alguien la pudiera ayudar a sentirse mejor, por estar fuertemente identificada con el diagnóstico de cronicidad que le habían entregado.

La consultante atribuye los pocos avances en estos dos años principalmente al vínculo terapéutico (“no confiaba en ella, así que no le contaba todo”) y a un estilo profesional de su terapeuta anterior definido por ella como “mandona”, haciendo alusión aparentemente a un estilo correctivo propio del modelo de trabajo que utilizaba la psicóloga. A partir de la lectura de fichas, se puede apreciar que la profesional tratante utilizó un estilo tendiente a regular la sintomatología en base a ejercicios de detención

¹ Aunque para el presente estudio se contó con el consentimiento escrito por parte de la paciente para el posterior análisis y publicación de su caso, se cambiaron algunos datos que permitieran su identificación.

del pensamiento, y propuestas de ejercicios interpersonales de búsqueda de apoyo. Así mismo, habló con las hijas y les planteó que su madre “va a ser así siempre”, refiriéndose a los cambios de humor, aparentemente por una hipótesis personal de ciertos rasgos límites de personalidad (teoría que quien describe el actual proceso terapéutico no comparte).

Otros factores que pudieron haber influido en los resultados relativamente negativos del proceso terapéutico anterior, son:

- Inconsistencia por parte de la paciente en su asistencia a controles;
- Espacios entre sesiones muy largos (se citaba una vez al mes);
- Una fuerte dificultad por parte de la paciente de establecer vínculos firmes con mujeres de estilo aleccionador (hipótesis que surge de su historia vincular).

Hace unos 10 años atrás, según referencias de María, pasó por otro proceso terapéutico de alrededor de 5 meses en otro centro de atención, del cual se muestra muy satisfecha porque llega con un motivo de consulta específico, separación de su marido, y deja terapia cuando ya se siente tranquila y habiendo asumido el quiebre matrimonial. No se tienen mayores datos sobre este proceso terapéutico con relación al modelo de trabajo utilizado ni las hipótesis del profesional tratante.

Antecedentes Históricos:

A lo largo de la terapia y en base a distintos ejercicios y conversaciones sobre diversos temas que la aquejan, se fue armando la historia de vida de María, que destaca por fuertes escenas y duras experiencias. A continuación se presenta en orden cronológico la historia vital de María, aclarando que esta construcción fue elaborada a lo largo de las sesiones y no fue presentada por ella de la manera secuencial que se expone.

María es la tercera de tres hermanos. Vive en su primera infancia con su padre, obrero de la construcción con quién refiere una excelente relación, y su madre, dueña de casa con problemas de alcoholismo bastante severos por lo que recuerda la consultante. La madre fallece cuando María tenía 6 años de edad por un accidente aparentemente a causa de una borrachera.

Al año de la muerte de su madre, llega su madrastra, situación que ella describe como muy negativa en su infancia porque ella se definía antes de eso como “la regalona” del padre. Dormía con él y pasaban mucho tiempo juntos, lo que cambió con la llegada de la nueva pareja. Dice haberle “hecho la vida imposible” a su madrastra diciéndole y haciendo cosas que la molestaban. Comienza un período de fuerte rebeldía y mucha rabia contra la imagen y el recuerdo de su madre, a quién culpaba por haberlos “dejado”. Recuerda que ella corría a lugares solitarios a llorar y gritar al cielo preguntándole a su madre por qué la había dejado, por qué se había muerto.

Cuando María tenía 14 años de edad aproximadamente, su padre la abandona junto a sus hermanos, dejándolos al cuidado de un primo en la zona. Por 18 años no saben nada del padre y ella se siente traicionada, pero refiere no sentir la rabia que sentía por su madre, porque culpa del abandono a su madrastra.

En esta casa, quedaron al cuidado de una pareja donde el marido era alcohólico. Si bien dice no haber tenido una mala relación con ellos al principio, cuenta que cuando el

tío bebía alcohol, le pedía que se sentara entre sus piernas y la tocaba mientras ella le servía vasos de vino. Dice que por su carácter se salvó de abusos peores, en la medida que encaró al hombre y lo delató, encontrando apoyo sólo en un primo mayor, que era el único que le creía. El resto de la familia, incluidas sus hermanas, decían que estaba equivocada, que su tío le tenía mucho cariño y por eso la tocaba así.

A los 15 años de edad, tiene su primera relación de pololeo, y ante la insistencia de su pareja, acepta tener relaciones sexuales. Sin embargo, al momento de juntarse en un lugar solitario para tener relaciones, ella se arrepiente, a lo que él hace caso omiso y a la fuerza es violada por su pareja. De esta relación, su primera relación sexual y de pareja, queda embarazada. Durante el embarazo odia al niño, quiere abortar pero no se atreve y finalmente decide no hacerlo, sino llevar a término el embarazo y dar al bebé en adopción.

Durante los primeros días ella queda a cargo de cuidar al recién nacido, asistiendo a sus controles de salud con total normalidad. Sin embargo, a los 11 días de nacido, el bebé fallece por una bronconeumonía. María se culpa por su muerte ya que refiere haber tenido pocos cuidados con “las corrientes de aire”. Al relatar esto, rompe en llanto y se aprecia un duelo no elaborado, con una sensación de certeza en torno a la culpa con respecto al fallecimiento. Con relación a este tema refiere: “todavía no cumplo mi castigo”, “dolió más porque me sentía culpable, yo lo había matado”, “antes de morir, yo lo miraba y él daba vuelta la cara a la pared, me odiaba como yo lo odié”.

Refiere que esta muerte la tuvo muy mal hasta que quedó embarazada nuevamente. Decide tener a su hija mayor sola, y con ella busca reparar la culpa que sintió por no querer y cuidar a su primer hijo.

Luego convive un año con otra pareja, con quien finalmente se casa y tiene 2 hijas más. Tras una historia de violencia intrafamiliar, y acusaciones por parte de su hija mayor de abusos realizados por su marido, decide separarse. Sin embargo la separación se da por fases, pasando algunos meses fuera y luego volviendo a vivir con él por problemas económicos. Finalmente, luego de un episodio en donde ella por defenderse frente a un ataque le entierra un cuchillo en el pecho a su marido, dejándole una herida de dos centímetros de profundidad, pide apoyo profesional en el Centro de Atención Primaria, donde recibe apoyo de psicólogos y asistentes sociales, cerrando la relación con su ex marido, y cambiándose de vivienda, adonde actualmente reside.

Luego tuvo algunas aventuras de pareja menores, hasta su actual pareja que conserva hace aproximadamente un año.

En general, al trabajar elementos de lo que le ocurre ahora en su vida, tiende a atribuir las causas a su historia personal, generando una cadena de sucesos que generalmente terminan en una fuerte sensación de que la culpable es la madre por haber muerto a tan temprana edad.

Depresión y psicoterapia

Antes de entrar de lleno en las hipótesis diagnósticas específicas en relación al caso, es importante mencionar el marco teórico desde el cual se trabajó, especialmente cómo se comprende y conceptualiza la depresión desde el punto de vista nosográfico utilizado en el sistema de salud chileno y la mirada evolutiva desde la cual se abordó el proceso psicoterapéutico.

En el sistema de salud en Chile se trabaja por norma desde las distinciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 : “Trastornos Mentales y del Comportamiento” (O.M.S., 1992).

En los episodios depresivos típicos descritos por la CIE 10, el enfermo que los padece “sufre de un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo”. Junto a estos tres síntomas considerados centrales, también son manifestaciones de los episodios depresivos (O.M.S., 1992):

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

Estos problemas pueden transformarse en crónicos o recurrentes y en su forma más grave, la depresión puede llevar al suicidio (O.M.S., 1992). Se distinguen diferentes subtipos vinculados a la apreciación clínica de la gravedad del cuadro. Depresión leve cuando se aprecian al menos dos de los tres síntomas centrales y dos de los restantes, presentándose todos los síntomas en una intensidad media. Depresión moderada cuando se aprecian al menos dos de los tres síntomas centrales y al menos tres (de preferencia cuatro) de los restantes. Y depresión severa (con o sin síntomas psicóticos), cuando se aprecian los tres síntomas centrales y al menos cuatro de los restantes, en intensidad grave. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes (O.M.S., 1992).

Pero para un completo abordaje terapéutico en depresión no sólo se hace necesario un diagnóstico nosográfico, sino también una clara descripción de los patrones de funcionamientos, las llamadas dinámicas afectivas-cognitivas que le dan un sentido de coherencia al individuo y que permiten mantener la continuidad del self a pesar de la sintomatología asociada.

El marco de trabajo en general requiere de un enfoque procesal – sistémico de la psicopatología, entendiendo esta como un modelo comprensivo que intenta explicar

cómo a partir del interjuego unitario entre los procesos de vinculación y los procesos de identidad, puede resultar un patrón disfuncional específico (Guidano, 1987).

Así, a partir del diagnóstico nosográfico realizado, se busca profundizar en la descripción de las dinámicas afectivas – cognitivas de quien consulta, para develar cómo el interjuego entre la praxis del vivir de la persona, sus teorías sobre su propio funcionamiento y su historia vincular derivan en la sintomatología que actualmente le aqueja. Guidano y Liotti (1983) describen ciertos elementos comunes que permiten distinguir claramente al menos 4 formas resultantes de este interjuego, llamadas Organizaciones de Significado Personal, entre las cuales se encuentra la llamada Organización de Significado Personal Depresiva (Guidano, 1987; 1991; 1995; 2001).

La característica central de un sujeto con tendencias depresivas consiste en una marcada respuesta de desamparo y desesperanza a los eventos discrepantes de su vida, esto como resultado de una activa construcción de estos eventos en términos de pérdida y desilusiones (Guidano, 1987).

Una forma de organización depresiva se desarrolla en un individuo cuando se diferencia la pérdida por sobre otras tonalidades emocionales. En su vida adulta, el depresivo elaborará explicaciones a su experiencia inmediata ligadas al rechazo (por su historia vincular de pérdida), explicaciones que apuntan a que le rechazan porque no es “querible”. Para evitar el rechazo elabora la estrategia de evitación del compromiso y cuando logra realizar el compromiso, su estrategia apunta a resaltar sus aspectos negativos (Ruiz y Sepúlveda, 2002; Guidano, 1987; CIPRA, 2006). En términos clínicos, se aprecia en sesión una persona que tiende a sentirse en sus vínculos interpersonales disminuido, menospreciado, con menor valor que el otro, siendo ésta sensación la que permite mantener la relación, en la medida que le ayuda a predecir o controlar el rechazo (“si me deja es porque no valgo nada”) (Guidano, 1987; 2001; CIPRA, 2006).

Motivo de consulta:

El motivo de consulta con el que la paciente llega se puede resumir en tres demandas específicas:

- Mejorar la relación con su hija mayor, con la que tuvo una pelea hace poco. Esta discusión gatilla en ella procesos de culpa y desesperanza vinculada a la sensación de que “nunca nos vamos a llevar bien”;
- Dejar de sentir fuertes sensaciones de tristeza y angustia cada vez que recuerda que en cualquier momento sus hijas se van a ir de la casa y ella se va a quedar sola;
- Lograr una vida sexual placentera con su actual pareja. Plantea que con sus parejas anteriores nunca tuvo dificultades para llegar al orgasmo, sin embargo con la actual nunca lo ha logrado. Aparentemente su anorgasmia está vinculada a una escasa estimulación por parte de la pareja y a algunos problemas de tipo médico (infecciones vaginales reiteradas). Dice que su pareja la “ve como una vagina ” y eso la hace sentirse mal y menospreciada.

Hipótesis diagnóstica:

Sobre la base de los elementos teórico-prácticos descritos, se puede plantear que María, al llegar a terapia, presenta un cuadro que podría ser considerado como un trastorno depresivo recurrente, con episodio actual moderado, en la medida que se aprecian reiterados episodios que varían desde leve a grave (sin síntomas psicóticos) a lo largo de su vida en general.

El funcionamiento actual de María tiene como eje central la sintomatología depresiva que dice relación con los cambios de ánimo y la desesperanza. Se aprecia un cierto temor con respecto a cómo se va a sentir al momento de quedarse físicamente sola, tras la eventual partida natural de sus hijas de casa. Al momento de llegar a sesión, el diagnóstico de cronicidad la tiene bastante desesperanzada y poco confiada en posibilidades reales de cambio.

Muestra competencias intelectuales adecuadas, con un alto nivel de abstracción, utilizando un amplio vocabulario para explicar lo que le ocurre y un lenguaje metafórico enriquecido por su interés por la lectura desde pequeña.

En cuanto a su entorno familiar, se aprecia un ambiente contenedor y comprensivo en general, a pesar de las peleas que describe la paciente con su hija mayor.

Por otra parte, un elemento vinculado a su forma de organizar la experiencia es la muerte de su madre a muy temprana edad, gatillando procesos de adaptación depresivos que la llevan a repetir desde su organización emocional, patrones afectivos frente a la vinculación significativa.

En términos de su forma de organizar su experiencia, se observa una clara tendencia a activarse y a organizar su experiencia emocional desde la pérdida (pérdida real, anticipación de la pérdida, recuerdo de pérdidas anteriores, etc.). Muy sensible al rechazo, se aprecian en ella conductas, pensamientos y emociones que giran en torno a la sensibilidad a la pérdida y a la búsqueda del control (a través de la anticipación) del rechazo. Estos aspectos y otros irán siendo desglosados a lo largo del presente artículo, al describir la experiencia terapéutica en sus fases posteriores.

Todo lo anterior permite plantearse las siguientes hipótesis de trabajo como forma de orientar el trabajo terapéutico:

- Sensibilidad a la pérdida y al rechazo, organizando su vida emocional en torno a estas temáticas. Los *cluster* emocionales predominantes apuntan a la fluctuación desesperanza – tristeza – rabia.
- Sensación de estancamiento en la posibilidad de desarrollo personal, entendido por la paciente como poder llegar a ser feliz, a partir de un proceso de fuerte identificación con el diagnóstico de Depresión Crónica que maneja. Hay una definición de sí misma inicialmente centrada en una etiquetación externa.
- Procesamiento de duelo bloqueado y crónico (muerte de la madre y de su hijo), activado actualmente por la anticipación a un nuevo duelo posible (partida de las hijas).

Retomar la esperanza de cambio: el inicio de la terapia.

El inicio de la terapia (las primeras dos sesiones) estuvo fuertemente marcado por el intento de fortalecer el enganche terapéutico y dar esperanza con relación a la posibilidad de cambiar.

El vínculo inicial fue positivo en término de señales verbales y no verbales por parte de la consultante que manifiesta explícitamente una actitud positiva frente al terapeuta. Este se ve fortalecido cuando a lo largo de la primera sesión, el terapeuta comienza a diferenciarse activamente del estilo interpersonal del anterior terapeuta.

Durante esta primera sesión de trabajo, rápidamente se toca el tema de la esperanza frente al cambio, confrontando la creencia de la paciente acerca de la cronicidad de su malestar, planteando un rotundo desacuerdo frente a esta visión. Basándose en estudios sobre la efectividad de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión, el terapeuta persuade con argumentos la idea de la paciente acerca de su carácter de “irrecuperable”. Esto, no tanto centrado en derrumbar ideas a través de argumentos cognitivos, sino más bien centrado en expresar verbal y no verbalmente, una actitud positiva hacia el cambio y un real compromiso con el tratamiento. El fuerte hincapié en mostrar real compromiso y real esperanza en el cambio dice relación con el intento estratégico de mostrarse como un vínculo positivo de retroalimentación, pero transitorio, disminuyendo esto lo amenazante del rechazo anticipado (en la medida que el término del vínculo era inminente y estaba de por sí definido a partir de la definición misma de psicoterapia).

Hacia el final de la primera sesión, destinada exclusivamente al trabajo del vínculo, preparación del setting y fortalecimiento de la esperanza, se le pide enunciar su motivo de consulta en términos de objetivos, frente a lo cual muestra una cierta dificultad para referirlos internamente.

Se puede apreciar ya tempranamente que no logra referir los objetivos en la medida que no logra crear una imagen de ella misma sintiéndose bien. Al pedirle que recuerde algún momento en donde se haya sentido feliz, le cuesta mucho y no logra distinguir imágenes sino ideas abstractas, como es común en pacientes depresivos (Reda, Pilleri y Canestri, 2003). Teniendo a la base ya una primera hipótesis de trabajo que dice relación con una forma de organización depresiva y una fuerte identificación con el diagnóstico de cronicidad, se le pidió como ejercicio para la siguiente sesión, que se diera el tiempo de crear una imagen mental de cómo se vería (visión objetiva) y como se sentiría (visión subjetiva) con sus objetivos alcanzados.

La orientación a la esperanza en este caso es vista como esencial, no sólo por ser la poca fe en el cambio un aspecto que mantenía a la consultante “fuera de terapia”, sino porque diversos estudios muestran que la combinación de la llamada “psicología positiva” (también conocida como psicología de la esperanza) con las estrategias demostradas clínica o empíricamente como eficaces para reducir los síntomas, permiten al consultante no sólo remitir sintomatología, sino mejorar sus niveles de satisfacción general en su vida futura (Cheavens & cols. 2006).

Ya en la segunda sesión, se logran definir claramente los objetivos terapéuticos a partir del esfuerzo realizado por la paciente en el inter-sesión. Los objetivos planteados en primera persona por la consultante son:

- Poder mirar hacia el futuro y aceptar la soledad con serenidad.
- Regular la expresión de la rabia cuando me molesto, para no herir a las personas que quiero.
- Sentirme segura frente al mundo, para no tener que depender de otros para sentirme bien.

Aparte del valor que dice relación con la guía que permiten elaborar los objetivos planteados, podemos obtener mucha riqueza en torno a cómo organiza su significado a partir de estos objetivos.

Al plantear “poder mirar hacia el futuro y aceptar la soledad con serenidad”, se aprecia un elemento propio de la organización depresiva. Se ha visto que los depresivos tienen confianza en las explicaciones que hacen acerca de su experiencia en curso más que en la dimensión afectiva. Esto porque evolutivamente cuando consiguen el pensamiento abstracto se plantean muy prontamente su soledad epistemológica (Reda, 1986) y la programación de su futuro (Guidano, 2001).

Con respecto a “regular la expresión de la rabia cuando me molesto, para no herir a las personas que quiero” se aprecia una tendencia a usar la rabia en términos interpersonales como una activación destinada a regular la no involucración con otros, como una forma de controlar el rechazo (Guidano, 2001).

Así mismo, el “sentirme segura frente al mundo, para no tener que depender de otros para sentirme bien” va en la misma dirección, de una búsqueda activa en la anticipación del rechazo, y abre la puerta para el trabajo terapéutico en la dirección de “dejar de ser protegida y pasar a ser protectora”, basándose en la fortaleza que ha ido desarrollando y que ha demostrado durante su vida enfrentando las duras experiencias que le ha tocado vivir.

Así el trabajo se define en torno al hacerse más conciente de sus patrones de funcionamiento depresivos, y reconstruir su historia de vida pasando de una narrativa sobre “lo terrible que ha sido mi vida” para pasar hacia una sensación de sí misma más vinculada con la sabiduría y fortaleza que experiencias de este tipo le han permitido desarrollar. De esta forma, se busca ayudarla a articular e integrar las experiencias de pérdida en su vida, sin perder sentido de continuidad.

Narrativas depresivas y análisis de escenas.

Si bien con pacientes depresivos muchas veces se recomienda no entrar en reconstrucciones de la historia de vida para no caer en la confirmación de sus propias teorías personales, en el presente caso la consultante se muestra activa en la búsqueda de pistas en su propia experiencia que le ayuden a entender su funcionamiento actual.

De un estilo fuertemente narrativo (casi literario) al contar su historia y sus emociones actuales, las sesiones fluían en torno a historias sobre lo que le ocurre y desde cuando. En la medida que avanzaban las sesiones, se hacía necesario en terapia interrumpir constantemente el relato, en la medida que, cómo estrategia de intervención, se buscó

cortar el flujo de la historia tal y como se la contaba la paciente al llegar, para introducir la mirada desde nuevas dimensiones de autoconocimiento.

Con el fin de potenciar la autoobservación a partir de una tendencia propia de su estilo afectivo de contar su vida como un libro, se le pide a María que traiga en una hoja los 10 quiebres más importantes de su vida, entendiendo quiebres como eventos que rompen la continuidad de su vida, ya sea por la fuerte carga afectiva positiva o negativa.

Ella trae el ejercicio, y cuenta que al realizarlo le pidió a su hija mayor que se lo escribiera porque no le gusta su letra, generándose un contexto de conversación madre hija que potenció la relación entre ambas, reconciliándose con relación a las discusiones que habían tenido últimamente, uno de los principales motivos de consulta de María.

Al ir reconstruyendo los cuatro primeros quiebres, poniendo el foco en cómo los enfrentó y qué procesos emocionales y cognitivos ocurrían en estas escenas, se le pide que vaya detectando aspectos comunes, sensaciones comunes, tendencias comunes. Rápidamente se concentra en un elemento que es común a todas las escenas: “busco pistas de cariño”. Referido esto último a una tendencia a concentrarse en las señales no verbales que le envían los otros significativos buscando aspectos que le demuestren si la quieren o no, tendencia bastante típica en organizaciones de tipo depresivas como forma de anticipar el rechazo (Guidano, 1987; 2001). Se observa en la reconstrucción que la tendencia más que al fijarse en aspectos que indicarían cariño por parte del otro hacia ella, se concentra en aquellas pistas que indican justamente lo contrario, pistas que le “demuestran” que no es querida.

Se le pide que mire su situación actual desde esta nueva dimensión de autoconocimiento (desde el buscar pistas), y al revisar su relación de pareja así como sus últimas discusiones con su hija, se da cuenta de lo reiterativo de este patrón.

En sesiones futuras, se retoma un tanto el ejercicio y ella busca repetir la efectividad del método, explorando en situaciones anteriores de su vida, pistas que le ayuden a comprender sus respuestas emocionales actuales, especialmente con relación a su pareja y a la posibilidad de quedarse sola. Frente a esto, se le pide insistentemente que retorne a su momento de vida actual, reconstruyendo escenas actuales. Al indagar en el plano de las explicaciones sobre sus experiencias actuales, genera una cadena hacia el pasado, uniendo sensaciones llegando casi invariablemente al recuerdo de su madre que fallece cuando ella es niña.

Ante la insistencia de esta estrategia cognitiva de afrontamiento a su emoción, se le muestra esta tendencia a buscar ya no las pistas en los otros, sino en su pasado, recurriendo a escenas tristes del pasado “como quien pone la canción triste una y otra vez cuando siente pena”.

Lo logra comprender en términos verbales, pero no lograba a partir de la experiencia sentir cómo y en qué momentos tendía a esto. Ante la fuerte insistencia de seguir con el patrón de recorrer su historia hacia atrás, confirmando su sensación de “víctima frente a la vida”, se le interrumpe en medio de una cadena de secuencias hacia el pasado y se le compara esta tendencia a irse hacia atrás con dos canciones infantiles: “Estaba la rana cantando debajo del agua” y “Sal de ahí chinita”. Canciones que van haciendo

secuencias encadenadas entre animales que reiteran siempre una misma conducta hasta que llegue otro animal que los acompañe en lo mismo.

Frente a esta intervención se ríe, y toma este aspecto para desvalorizarse “ve que soy tonta, si yo sé que puedo dejar de hacer eso, pero no sé por qué lo sigo haciendo”. En ese momento se le pide que se concentre en la sensación que tiene de sí frente al terapeuta, y se trabaja en torno a la comparación de imagen. En pocas sesiones logra entender cómo a partir de estas estrategias interpersonales, se siente siempre “inferior”, “menos” o “víctima” frente a terceros. En sucesivas sesiones se profundiza en este aspecto, y logra conectarlo con cómo a partir de esta sensación es que se gatillan los arranques de rabia, pues al sentirse inferior o víctima, arremete desde lo agresivo, transformándose esto en un nuevo predictor del rechazo, con atribuciones internas y globales (“me rechazan porque soy muy agresiva”).

Se genera hacia el final de la terapia un intento activo por parte de ella de romper este patrón, elaborando una secuencia interpersonal en la línea del aceptar la posibilidad de rechazo de forma heterorreferida. Comienza no buscando pistas de cariño, y con pequeños ejercicios de heterorreferencia en sesión logra aplicarlos en su vida cotidiana, regulándose en sus relaciones tanto de pareja como familiares.

Con su pareja, pasa de sentirse despreciada y no querida cuando él le suelta la mano al pasar cerca de personas conocidas, a marcarle su falta de compromiso y condicionar a un cambio en esto el seguir juntos. Así logra, comprender que su sensación personal de inferioridad apunta a controlar la relación y anticiparse al rechazo, pero lo hace de forma más activa y como una decisión personal.

Trabajando duelos.

Junto con el trabajo más abstracto de autoexploración en torno a los patrones de funcionamiento, se realiza en tres sesiones sucesivas a partir de la 5ª, un trabajo de elaboración de los duelos, específicamente, la muerte de su hijo de 11 días y la muerte de su madre.

En la quinta sesión, se trabajó el quinto quiebre descrito por ella en la tarea antes mencionada, esto es la muerte de su hijo. En una escena con mucha carga afectiva cuenta cómo ocurre la situación y sólo se trabaja la escucha activa y pequeñas preguntas exploratorias en la línea de mirar la escena desde algunas dimensiones antes abiertas en terapia. Se le muestra cómo de alguna manera la culpa que siente por la muerte de su hijo se da a partir de un juicio autoimpuesto, y es vivida con total certeza, y se le pide que piense durante la semana qué aprendizaje pudo obtener de esta experiencia. La sesión siguiente llega más tranquila y se conversa sobre la escena de la muerte y las sensaciones asociadas a ella, y logra conectar la culpa con un aspecto antes conversado: la tendencia a buscar en su pasado situaciones que la hacen ver como víctima y que justifican su actual sentir. Le escribe un poema a su hijo, en el cual se disculpa y se despide, y logra según palabras de ella, “cerrar una puerta que llevaba mucho tiempo abierta a la fuerza”.

En la misma sesión, al indagar sobre aspectos relacionados a la muerte de su hijo, toca nuevamente el tema de la muerte de su madre. Durante dos sesiones se reconstruye la

relación de ella con el recuerdo de su madre, y se percata cómo durante toda su vida se ha ido relacionando con un recuerdo vago, con un imaginario, más que con una madre real. Frente a esto, plantea que cree que ha logrado como adulta entender y aceptar la muerte de la madre, pero que siente que “la María niña todavía no la puede dejar ir”. Se le plantea que aunque uno quiera negarlo, el crecimiento es inevitable, y que las experiencias de la María niña son ahora las experiencias de la María adulta. A la sesión siguiente, cuenta que durante la semana hizo un ejercicio que se le ocurrió a ella misma. Plantea que en imaginería, decide recorrer su vida hacia atrás, hasta llegar a enfrentarse a la María niña y poder enseñarle todo lo que ella ha aprendido de adulta. Por un lado llama la atención cómo sin conocimiento alguno en el área, realiza un ejercicio descrito por autores de Programación Neuro Lingüística, y por otro, cabe destacar la capacidad de autorregulación del ser humano, en la medida que reconoce como organismo complejo el momento en que se siente capaz para realizar y vivenciar cambios profundos. Ante el ejercicio, dice que una primera vez se descontroló y se puso a llorar intensamente, no logrando sostener la imaginería. Al intentarlo otro día una segunda vez, logra tomarle la mano a la María niña y hacerla crecer. No sabe si se quedó dormida en medio de la imaginería, o si estaba muy profundamente concentrada, pero de pronto la imagen de la niña se transformó en la de su madre, momentos antes de despertar o salir del trance.

En su momento, se hizo patente la intención por parte del terapeuta de realizar una ceremonia de corte para trabajar el duelo, a partir de una silla vacía o de un ritual de imaginería, “Cortando los lazos que atan”, desarrollado por la psicóloga Phillis Cristal (1990). Sin embargo, luego de la experiencia relatada por la consultante, se prefirió tomar esta imaginería autoadministrada y profundizar en ella a partir de la reconstrucción, ayudándola a cerrar la experiencia de corte integrando la ausencia constante de su madre a su sentido de sí misma.

Resultados obtenidos

Los principales resultados obtenidos dicen relación con la remisión de la sintomatología depresiva, un gran avance en lo que respecta al autoconocimiento vinculado a sus patrones de funcionamiento, y el cierre (al menos aparente) de dos duelos patológicos que interferían en su diario vivir.

La paciente logra en términos prácticos regular su relación de pareja y hacerse cargo activamente de la temática sexual trabajada, disminuyen sus manifestaciones de agresividad a prácticamente cero y se potencian los espacios de búsqueda activa de diversión y placer.

Por razones propias del sistema de salud, la paciente debió cambiar de terapeuta luego de las 15 sesiones del proceso terapéutico descrito en este artículo. En esta fase de la terapia, luego de 4 meses y medio en tratamiento, se hace necesario un seguimiento que potencie el trabajo en la línea de la reconstrucción del estilo afectivo.

Conclusiones

Retomando lo anteriormente expuesto, algunas conclusiones asociadas al caso clínico analizado serían:

- Si bien es un aspecto que se repite en toda la bibliografía revisada, es importante destacar lo medular y central que es como predictor de cambio la fuerza del vínculo terapéutico (Guidano, 1987; 1995; 2001; Opazo, 1994; Fernández y Rodríguez, 1998). En el caso descrito la alianza terapéutica fue tan central, que es muy probable que de no haberse logrado, la desesperanza inicial hubiese marcado las sesiones posteriores. Fue a partir de la formación de un vínculo seguro pero con término previsto, que la consultante se motiva en la autoexploración y le abre la puerta a la posibilidad de cambio.
- En el presente caso, se parte el trabajo desde un supuesto que guió las reconstrucciones por parte del terapeuta: los cambios en las narrativas pasan necesariamente por entrar primero en las narrativas del consultante. Es a partir del lograr la conexión con el discurso del consultante que se le puede guiar hacia un cambio en el sentido de sí mismo, especialmente en pacientes sensibles al rechazo.
- Para cerrar, se quiere destacar un aspecto central en la visión de mundo del terapeuta: la real esperanza y fe en el cambio. Muchas veces, a partir de la estadística y la epidemiología, se llegan a afirmaciones tales como la que planteaba la consultante que le había dicho la anterior terapeuta (sin la intención de dilucidar si dicha aseveración fue plantada por la psicóloga anterior o si fue un mal entendido por parte de la consultante). En la medida que la psicoterapia implica una construcción conjunta en una red de conversaciones entre el terapeuta y quien recibe la ayuda, es importante aceptar que en esta construcción van a existir creencias, valores y afectos de ambas partes, no sólo del o la consultante, y si de fondo está la idea de que no se puede cambiar, esta creencia se va a traducir en una estética particular en el interjuego terapéutico, limitando las posibilidades del otro y las propias.

Referencias bibliográficas

- CIPRA (2006). *Apuntes del Círculo de Conversaciones Post-racionalista*. Concepción: Borrador.
- Cheavens, J.; Feldman, D.; Woodward, J. & Snyder, C. (2006). "Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths". *Journal of Cognitive Psychotherapy*; 20, 2, p. 135.
- Chinkes, S. (1998). *Eficacia, ética y estética en la psicoterapia*. Congreso Internacional de terapia floral.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson.
- Hasin, D.; Goodwin, R.; Stinson, F.; Bridget F.; Grant, B. (2005). "Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions". *Arch Gen Psychiatry*; 62, p.p. 1097-1106.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self*. New York: The Guilford Press.
- Guidano, V.F. (1991). *El sí mismo en proceso*. Buenos Aires: Paidós.
- Guidano, V. F. (1995). *Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-Racionalista*. Santiago: INTECO.
- Guidano, V. F (2001). *El modelo cognitivo post-racionalista: hacia una reconceptualización teórico-práctica*. (Quiñones, A. compilación y notas) Barcelona: Descleé Brouwer.
- O.M.S. (2006). *Depression*. Consultado en Julio 2006 en http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- O.M.S. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*; Madrid. Mediator.
- Opazo, R. (1994). *Los afectos en la práctica clínica*. Santiago: CECIDEP
- Phillis, C. (1990). *Cortando los lazos que atan*. Buenos Aires: Errepar.
- Quiñones, A. (2002). De la dinámica afectiva cognitiva a la emergencia de significado narrativo: análisis de un proceso psicoterapéutico. *Revista de psicoterapia*, 50/51, p.p. 195-220.

- Reda, M.; Pilleri, F.; Canestri, L. (2003). "Depresión y sistema de memoria: reflexiones sobre el uso en psicoterapia del soporte de memoria autobiográfica". *Revista Argentina de clínica psicológica*; 12; p.p. 217-227
- Reda, M. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Ruiz, A. y Sepúlveda, C. (2002). *Apuntes del Curso de Actualización en Psicología Cognitiva Post-racionalista en la Clínica y las Organizaciones*. Concepción: Borrador.

Nota del autor

Rodrigo Inostroza Cea

Psicólogo y psicoterapeuta entrenado en el modelo de Vittorio Guidano (post-racionalista).

Actualmente trabaja en la Unidad de Salud Mental del Centro Leocán Portus de Talcahuano, además del ejercicio privado como psicoterapeuta. Comentarios acerca de este artículo dirigirlos al correo electrónico rodrigo.i@cipra.cl



Artículo editado por
CIPRA Círculo de Psicoterapia Constructivista
<http://www.cipra.cl>