

Universidad San Francisco de Quito

Aplicación de Terapia Constructivista en un Trastorno Adaptativo: un estudio de caso.

Manuela Pérez Irarrázaval

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Psicología
Clínica

Quito

Diciembre, 2010

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**Colegio de Artes Liberales****HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS****Aplicación de Terapia Constructivista en un Trastorno Adaptativo: un estudio de caso****Manuela Pérez Irarrázaval**

René Jacobo Recalde
Psicólogo Clínico
Director de Tesis y
Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja, Ph.D.
Miembro del Comité de Tesis

Esteban Laso Ortiz,
Master en Terapia Familiar Sistémica
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.
Decana del Colegio de Artes Liberales

Quito, diciembre de 2010

© Derechos de Autor

Manuela Pérez Irarrázaval

2010

Resumen

Este estudio de caso describe el tratamiento de una joven madre de veintinueve años de edad, a quien llamaremos María. El tratamiento se presenta desde una perspectiva cognitivo – constructivista; para esto, se hace una breve reseña de en qué consiste esta forma de terapia, cómo se aplica y cómo se empleó en este caso específico. La paciente llegó a consulta voluntariamente a los servicios de atención psicológica de la Universidad San Francisco de Quito con una demanda que a lo largo del proceso se fue redefiniendo para terminar en un proceso personal de auto-observación y re-posicionamiento del self frente a su propio mundo. Se trabajaron temas de pareja, la relación con sus hijos, la relación con su familia y problemas en el trabajo. Se aplicó el SCL-90R como método de evaluación, al inicio y al final del tratamiento, mostrando cambios significativos al término de la terapia.

Abstract

This case study describes the treatment of a twenty-nine year old mother, who will be referred as María. The treatment was done from a constructivist perspective. This paper presents a review of what Constructivist Psychotherapy is, how it is done and how it was applied to this specific case. The patient came voluntarily seeking for psychological attention at Universidad San Francisco de Quito's psychological services. Her treatment and its objectives were defined along the therapeutic process and ended up as a personal process of self-observation and a re-positioning of herself. Some of the topics that were treated were couple issues, the relationship with her offspring, the relationship with her family, and some difficulties at work. The SCL-90R was used as an evaluation method, this test was taken at the beginning and at the end of treatment, showing significant changes as the therapy concluded.

Tabla de Contenidos:

Base teórica	P. 7
Introducción al caso	P. 24
Presentación del problema	P. 25
Historia	P. 26
A. Familia	P. 26
B. Educación	P. 27
C. Social	P. 27
D. Médica	P. 28
Tratamientos o intentos de solución previos	P. 28
Evaluación	P. 30
Conceptualización del caso	P. 37
Proceso terapéutico	P. 45
Cambios	P.48
Conclusiones	P. 54
Bibliografía	P. 57

Base teórica

Uno de los postulados centrales del constructivismo es la forma en la que concibe cómo el ser humano tiene la capacidad de conocer u obtener conocimiento. Para los constructivistas, el conocimiento no es distante sino un proceso activo (Neimeyer, 2000). Es decir, el conocimiento se asemeja a la experiencia; no es solamente una asimilación pasiva de otras fuentes sino que se estructura a partir de las propias vidas de la persona: “vivir es conocer y conocer es vivir“ (Feixas, 2003, p.1). Desde esta perspectiva, se ve que en el constructivismo se toma el conocimiento como un proceso menos racional que en otras tendencias: se lo puede mezclar con emoción, conductas y pensamientos (Feixas, 2003).

A diferencia de la teoría de que los seres humanos nacen como una *tabula rasa*, sostiene que van creando el mundo a través de constructos y que cada ser humano tiene su propia realidad formada de distintas maneras (Feixas, 2003). Cada uno funciona de una forma diferente a la del resto ya que creó su propio “mapa“ de cómo es el mundo a través de los constructos personales: de esta manera se otorgan diferentes significados de acuerdo a la experiencia (Feixas, 2003). Se podría decir que el constructivismo no reduce a la cognición a un solo fenómeno sino que la aborda como una actividad holística y global de darle significado a la experiencia de las personas (Feixas, 2003).

El significado es otro punto muy importante en toda la teoría de constructos personales al igual que en la psicoterapia constructivista. En la práctica, se trata de dar significado e intervenir de acuerdo a lo que la persona ha venido haciendo, no tanto de reducir síntomas o entrenar a la persona para que adquiera mejores habilidades de afrontamiento (Neimeyer, 2009). Sin embargo, en muchos casos, el trabajo al principio

se trata de reducir síntomas para poder llegar a hacer un trabajo más profundo, cuando por ejemplo la ansiedad es muy elevada para poder elaborar algo más (Laso, 2006).

Desde esta óptica, un pensamiento no produce una emoción; más bien, la emoción puede ser una forma de dar significado a la experiencia y la construcción de ese significado se manifiesta a través del pensamiento (Feixas, 2003). Es decir, la visión constructivista no trata de dividir al ser humano y explicarlo por partes sino de interpretarlo de acuerdo a lo que le ocurre, holísticamente, sin tratar de aislar las causas y los efectos (Feixas, 2003).

Kelly propuso que los seres humanos son de por sí y en sí mismos “formas de movimiento” que no necesitan ser motivados por necesidades internas o estímulos externos para alcanzar algo sino que están constante e intrínsecamente activos (Neimeyer, 2009). De esta manera, el rol de los psicólogos y de la psicoterapia no es entender la causa de este movimiento sino en qué dirección la persona se mueve. Para Kelly (1969) las personas están constantemente buscando significado en las formas en cómo se anticipan al mundo, en especial a las acciones y reacciones de quienes los rodean (Neimeyer, 2009).

Así, los humanos pasan mucho de su tiempo haciendo hipótesis sobre el futuro, asegurando un futuro mejor, sufriendo invalidaciones cuando estas predicciones internas no se cumplen, etc. Es decir, el constructivismo postula que los seres humanos son seres activos en sus vidas, que están constantemente tomando decisiones que afectan su futuro (Mahoney, 2005). No se niega que a veces las elecciones o decisiones pueden ser automáticas; sin embargo la persona sigue siendo activa, no pasiva, un agente en el proceso de la experiencia (Mahoney, 2005). El trabajo terapéutico puede dedicarse a

aceptar esta ansiedad que el mismo vivir produce, una vez que se ha entendido cómo el mundo de la persona está construido (Neimeyer, 2009).

La teoría constructivista propone redefinir el concepto que se usaba hasta el momento de “realidad” (Kelly, 1969). La teoría y psicoterapia cognitiva (con las “distorsiones cognitivas” y las “creencias irracionales”) plantea que las personas al repetir ciertos patrones se alejan de la realidad “correcta” y de esta manera presentan ciertos síntomas y su comportamiento deja de ser adaptativo (comparado con el resto). Sin duda las personas demuestran inconformidad y quejas y la psicoterapia trata de hacer que su vida cotidiana sea más adaptativa a su entorno (Neimeyer, 2009). Por el otro lado, la teoría constructivista discute esto y expone que cada realidad es propia y que de alguna manera se debe encontrar el sentido a ésta. Cada pensamiento es un constructo y debe ser entendido en su contexto, ya sea cultural, social o generacional (Neimeyer, 2009). De esta manera no se trata de presentar a la verdad como única y universal sino como individual (Neimeyer, 2009).

Otro principio básico del constructivismo es el del orden: se reconoce que los seres humanos organizan el mundo y el ambiente y reaccionan frente a él (Mahoney, 2005). Dentro de este orden desarrollan esquemas y van creando significados, la mayoría de veces sin estar conscientes de que lo están haciendo (Mahoney, 2005). De esta manera, son criaturas de hábitos en todos sus comportamientos y formas de pensar o sentir; es por esto que pueden presentar mucha dificultad hacia el cambio, ya que esto significa alterar sus prácticas o costumbres (Mahoney, 2005). Así, los cambios más profundos en la vida requieren de rupturas o reparaciones en muchas de las estructuras de la vida.

Las emociones, desde la visión constructivista, son esenciales y centrales para la experiencia y cómo el ser humano da significado a lo que le rodea (Mahoney, 2005). El no sentir o luchar contra lo que se siente es una amenaza muy importante para el bienestar u salud humana. Como dice Mahoney (2005), “la relación que mantenemos con los sentimientos suele ser al menos tan importante como los sentimientos mismos“ (p. 30).

Los constructivistas también le dan énfasis al lenguaje: proponen que el lenguaje no es una simple manera de representar la realidad sino de crearla (Neimeyer, 2009). Es por esto que se le pone un gran interés a cómo las personas usan el lenguaje: cómo se evalúan a ellos mismos, a otros y las dificultades que presenta la vida (Neimeyer, 2009). Esto tiene expresiones concretas en cómo el constructivismo conceptualiza el sí mismo (o self), la sicopatología, la evaluación psicológica y la psicoterapia (Neimeyer, 2009).

El concepto de identidad es central para la teoría de constructos. Se puede organizar el mundo que rodea gracias a que de alguna manera se organiza al sí mismo primero (Mahoney, 2005). Desde una temprana edad se trata de diferenciar de los cuidadores primarios para así convertirse en una identidad independiente (Mahoney, 2005). El primer límite que se tiene es el más evidente, el corporal, y es a partir del cuerpo que se puede empezar a organizar la propia experiencia. Como una persona experimenta, depende también de cómo ha aprendido a experimentar y con qué punto de referencia ha aprendido a apreciar algo (Mahoney, 2005). En terapia se debe tener todo esto en cuenta para entender al paciente en su contexto. La identidad es vista como un proceso y no como una entidad: algo que se está formando constantemente, que no es

separado o aislado, ligado a cómo se perciben los unos a los otros y a las relaciones que se forman con otras personas (Mahoney, 2005).

La personalidad también es vista desde una perspectiva distinta (Neimeyer, 2009). Según las teorías tradicionales la personalidad es lo que le hace a cada uno reconocible de los demás; sin embargo se puede clasificar dentro de categorías o grupos más grandes que ya han sido revisados y esquematizados por expertos durante décadas (Neimeyer, 2009). De esta manera es más simple el poder hacer cualquier intervención en psicoterapia sin importar cuál sea la tendencia que se quiera seguir. Los constructivistas piensan que la personalidad no está necesariamente conformada por características internas de cada uno sino que todo lo que rodea a la persona hace que se vaya haciendo como es (Neimeyer, 2009). En otras palabras, como lo pone Neimeyer “somos nuestros constructos“ (2009, p.20). Es decir, la personalidad puede ser vista como el conjunto de maneras en las que se interpreta, se anticipa y responde al mundo social que rodea al individuo (Neimeyer, 2009). Todos tienen su propia manera de lidiar con lo que les sucede y esto es lo que los va definiendo y lo que los va formando; lo van incorporando a su sistema de constructos y así se define la personalidad (Neimeyer, 2009). Así la manera en la que reacciona, interpreta o se anticipa a algo no solamente habla de la manera de ser de la persona, sino también sobre el mundo de la persona (Neimeyer, 2009). De esta manera la personalidad deja de ser un concepto tan individual y pasa a ser algo que engloba el mundo y el contexto del ser (Neimeyer, 2009).

El constructivismo trabaja con el modelo epigenético, que significa un sistema dentro de sistemas (Neimeyer, 2009). En otras palabras, el ser humano funciona como un sistema en donde nada trabaja aisladamente (Neimeyer, 2009). Uno de los sistemas

dentro de este modelo es la parte bio-genética, que se refiere a todo lo biológico o fisiológico. Otro es el sistema personal, que se refiere e incluye el funcionamiento de la persona como por ejemplo la personalidad, en donde la persona tiene un ligero nivel de elección en determinar su propio desarrollo (Neimeyer, 2009). El sistema relacional-diádico que emerge de acciones conjuntas entre dos o más individuos. Finalmente el sistema cultural-lingüístico, que es un sistema de patrones culturales, instituciones, creencias, etc. Este es un sistema integral en donde todas las estructuras psicológicamente significativas surgen de una compleja interacción entre todos los sistemas (Neimeyer, 2009).

Para que este modelo pueda ser entendido desde una perspectiva constructivista, debe ser analizado desde cuatro diferentes puntos e implicaciones que tienen relevancia en psicoterapia (Neimeyer, 2009). Primero, la interpretación debe ser entendida desde una evaluación del significado de los eventos para las personas (Neimeyer, 2009). Segundo, se considera a la acción como primaria, sin importar si la acción es simbólica o literal (Neimeyer, 2009). Tercero, se debe considerar siempre el contexto en donde emerge el evento; para esto se debe tomar en cuenta a otras personas, otras actividades sociales o lingüísticas (Neimeyer, 2009). Cuarto, se considera al ser humano como un ser que se puede adaptar a diferentes escenarios donde crea significados que pueden o no adaptarse a contextos competentes de sistemas comprensivos (Neimeyer, 2009).

Esta corriente trata de desviarse de la tendencia general de diagnosticar desórdenes ya que expone que es una manera reduccionista de definir a las personas por su desorden más que por su forma de ser y que es preferible entenderla por la manera en la que se está enfrentando a las dificultades de la vida (Neimeyer, 2009). Sin embargo,

entiende que el hacerlo puede servir para satisfacer necesidades prácticas como los seguros médicos y organizaciones corporativas (Neimeyer, 2009). Defiende, también, que al diagnosticar no necesariamente se hace más fácil el tratamiento ya que uno como terapeuta llega a una encrucijada una vez que ya se ha definido qué es lo que ocurre con la persona (Neimeyer, 2009). No se debería tratar a la persona distinto solamente porque ya se le categorizó dentro de un grupo más amplio (Neimeyer, 2009). Neimeyer y Raskin (2000) sugieren que un desorden es la manera en la que una persona está dando significado a ciertas experiencias vividas y que al diagnosticarlas se está perdiendo la capacidad de ver cuál es este significado. De igual manera alegan que el definir normal y anormal se ha hecho usando generalizaciones y de esta manera se pierde la particularidad de la persona (Neimeyer & Raskin, 2000).

Para evaluar a una persona se utiliza el modelo epigenético, del cual se discutió anteriormente, a distintos niveles dependiendo del caso. Sin embargo, esto se hace solo con algunos individuos y lo hacen solamente algunos terapeutas, sino se corre el riesgo de caer en la generalización (Neimeyer, 2009). Una vez más, se hace, apoyando la teoría de que el mismo diagnóstico es una construcción humana. Al fin de cuentas es la interacción entre el paciente y el terapeuta que guía el diagnóstico final para cada cliente particular; asimismo la interacción entre los diferentes niveles del modelo de jerarquía lo que va formando un cierto criterio para el diagnóstico de la persona (Neimeyer, 2009). En general, otros métodos de evaluación suelen quedarse solamente en los niveles biogénéticos y de personalidad (Neimeyer, 2009). Lo que distingue a este tipo de evaluación es que incluye los otros tres niveles, de esta forma se hace una comprensión más amplia

de la persona, de su comportamiento, de su forma de actuar. Asimismo, le brinda al terapeuta múltiples entradas para la exploración del problema (Neimeyer, 2009).

En el nivel bio-genético, la terapia constructivista no descarta que muchos de los problemas a los que las personas se pueden estar enfrentando pueden tener un origen fisiológico (Neimeyer, 2009). Es por esto que es importante identificar alguna causa física de malestar y se puede pedir una evaluación médica. Sin embargo se cree que el tratamiento farmacológico por sí solo no es suficiente en la mayoría de los casos (Neimeyer, 2009).

En el nivel personal, la atención para hacer un diagnóstico se presta principalmente a las maneras en las que las personas hacen o dan sentido a sus experiencias vividas que hasta entonces no se han tratado (Neimeyer, 2009). George Kelly (1969) decía que la definición de desorden es cualquier construcción que continúa siendo usada a pesar de que repetidamente ha sido probada como un fracaso (Neimeyer, 2009). En este nivel se trata de ir a cómo la persona formó sus constructos, el sentido que les dio en ese momento y cómo los ha seguido manteniendo a lo largo de los años, a pesar de que muchos de ellos hayan perdido su utilidad con el paso del tiempo y ya no se apliquen a las situaciones de vida actuales (Neimeyer, 2009). Esto en la idea de que nuestra personalidad se forma a partir de constructos y no necesariamente a partir de cualidades internas (Neimeyer, 2009).

El nivel diádico-relacional se dedica a procesos que dan sentido y significado. A diferencia del nivel anterior, se enfoca en la interacción entre el paciente y las personas más relevantes que lo rodean, puede ser en su vida actual o en el pasado (Neimeyer, 2009). En particular explora la habilidad o inhabilidad del cliente de tener y mantener

relaciones en donde el rol que adopta sea genuino formando intimidad profunda y significativa (Neimeyer, 2009). En este nivel también es importante indagar en las relaciones de pareja, ya que ver si la pareja valida o invalida sus procesos de significación lleva a información muy rica en cuanto a problemas de pareja o de inter-relacionarse con otras personas (Neimeyer, 2009). Recalca Neimeyer (2009) que es importante ver que este proceso no se da solamente con personas que existen actualmente sino se pueden presentar conflictos con gente que fue importante en el pasado o que incluso ya falleció.

Finalmente, en el nivel cultural-lingüístico, se pone particular atención al contexto general que rodea a la persona y a sus dificultades personales (Neimeyer, 2009). En general las personas tienden a dar significado y a formar sus constructos incluyendo el medio que los rodea el cual es un sistema implícito de signos, símbolos, reglas, roles, que constituye la cultura (Neimeyer, 2009). Este sistema es un marco que provee soporte para formar una identidad pero también puede limitar las posibilidades que la persona puede considerar o percibir como opciones viables para su propia identidad (Neimeyer, 2009).

Una parte importante de este tipo de terapia y de toda su ideología en general es la visión optimista del ser humano (Neimeyer, 2009). A pesar de que considera las complejidades que el ser tiene que sobrellevar, en este tipo de terapia el humano es visto como competente y como el formador de teorías de vida adecuadas, como autor de su propia vida y como tomador de decisiones deliberadas para constantemente estar mejor dentro de su contexto (Neimeyer, 2009).

Al tener esta visión del ser humano, es difícil el poder definir exactamente cuál es el método por el cual se rige la terapia. Bajo este espectro, se considera al cliente como único y de esa manera se evalúan técnicas e interacciones terapéuticas apropiadas para

esa situación, conjuntamente con el cliente, en lugar de tener un método de trabajo ya establecido con anterioridad (Neimeyer, 2009). De esta forma, se pueden incluir como parte del tratamiento técnicas de otras tendencias psicológicas con el fin de mejorar el proceso de cada persona (Laso, 2006). Las terapias constructivistas pueden ser flexibles o rígidas dependiendo de lo que el caso amerite; en general la evidencia demuestra que la mayoría de constructivistas prefieren un estilo de terapia más reflexivo y más participativo (Neimeyer, 2009). A partir de esto, la investigación demuestra que personas que tienden a tener un locus de control interno suelen preferir terapias constructivistas, mientras que aquellas con un locus de control externo prefieren terapias más cognitivas o conductuales (Neimeyer, 2009). De igual manera, quienes son internamente dirigidos, abiertos a la experiencia y que definen sus problemas en términos interpersonales, tienden a responder favorablemente a intervenciones más reflexivas, mientras que los externamente dirigidos, cerrados a la experiencia, conservadores y que como consecuencia miran a sus problemas como síntomas que deben ser eliminados, se sienten más atraídos a terapias más conductuales (Neimeyer, 2009). De esta manera es ético, como terapeuta, ver cómo trabaja el cliente, cómo experimenta al sí mismo y al síntoma, y si es que hay una incompatibilidad con el terapeuta, lo mejor sería referir a otro tipo de terapia (Neimeyer, 2009).

CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA

Para comenzar, el constructivismo es una tendencia psicoterapéutica relativamente reciente que intenta visualizar al ser humano desde una perspectiva optimista: es un acercamiento hacia una psicología positiva. Es una filosofía que anima a

las personas a involucrase activamente en su propia evolución. Como se mencionó anteriormente, no pretende definirse por sus técnicas, sino al contrario por la “forma en que las diferentes técnicas se adaptan al individuo y al ritmo de su desarrollo“ (Mahoney, 2005, p. 40). Tiene como base el reconocer la relevancia de la relación humana del bienestar y en el desarrollo, considerando al ser humano como esencialmente social, competente y activo.

Un principio importante al hacer psicoterapia constructivista es la relación terapéutica (Mahoney, 2005; Feixas y Villegas, 2000). Para Mahoney (2005), la relación que se da en terapia debe ser esencialmente compasiva y de cuidado. Dado que el ser humano es relacional por naturaleza, la relación entre cliente-terapeuta es básica para que el proceso de terapia se pueda dar. Mahoney también comenta que uno como terapeuta debe estar ciento por ciento presente el momento de la terapia para acompañar al cliente en su proceso o en las dificultades que está contando durante la sesión. Estas ideas fueron primero propuestas por Alfred Adler en el año 1912 cuando propuso la idea del sentimiento de comunidad (Oberst,, Ibarz,, & León,, 2004). Es después en los años 1930as que Carl Rogers por un lado y George Kelly por otro, leen a Adler y proponen nuevas teorías, un poco reformadas a partir de ésta.

Feixas y Villegas (2000), por otro lado, comentan que la relación entre cliente y terapeuta debe permitir al terapeuta poder ver y entender el sistema de construcción del cliente tal cual el mismo lo capta. Para esto, la actitud del terapeuta debe ser crédula, en el sentido de entender lo que el cliente cuenta como fiel reflejo de su forma de experimentar su mundo. La relación que se entabla entre el terapeuta y el cliente es de experto-experto, a diferencia de la que se establece en el humanismo que es de persona a

persona : el cliente experto en su vida y el terapeuta en relaciones sociales (Feixas y Villegas, 2000). Así los dos tienen mucho que aprender e interactuar con el otro dentro de terapia. La misma relación terapéutica puede ser generadora de cambio (Feixas y Villegas, 2000). El rol del terapeuta es de validador frente a constructos que son útiles dentro del contexto del sistema del propio cliente y cuestionador de constructos que el mismo cliente percibe como dañinos para su contexto; de esta manera acompaña al cliente en el proceso de reconstrucción el momento de haber descubierto esto (Feixas y Villegas, 2000).

La colaboración y la acción son dos principios básicos en la psicoterapia constructivista (Mahoney, 2005). Colaboración como un contrato igualitario entre cliente y terapeuta en donde se propone trabajar conjuntamente durante el proceso de cambio (Mahoney, 2005). La acción desde la perspectiva de que el “hacer“ es más importante que tener la “intención de hacer“ (Mahoney, 2005). El cambio es un proceso activo en el que se requiere de acción para obtener resultados.

Como dos dimensiones de la colaboración están el diálogo y la coordinación (Mahoney, 2005). El diálogo no es visto simplemente como un intercambio de palabras sino que es un proceso en donde las dos personas que participan se enriquecen mutuamente gracias a lo que están compartiendo (Mahoney, 2005). La coordinación incluye todos los aspectos de lo que no se está diciendo con palabras, además de toda la experiencia no-verbal. Terapeuta y cliente deben estar coordinados en cuanto al proceso de desarrollo, actividades, adaptación y emoción (Mahoney, 2005).

Guidano (1998) comenta que es importante estar pendiente de dos aspectos durante el diálogo o conversación entre cliente y terapeuta. Como terapeuta uno debe

entender cómo sucedieron los acontecimientos, es decir cómo se produjo la experiencia del cliente en dicha situación, cómo el cliente lo está narrando (Guidano, 1998). Este sería el nivel primero. En el segundo nivel, el terapeuta se fija en cómo el cliente se auto-refiere y explica la situación (Guidano, 1998). En este nivel se enfoca más que en lo literal de lo sucedido, en cómo la persona está contextualizando el contenido de la situación. El autor enfatiza que no necesariamente uno de los dos niveles es más importante que el otro, sin embargo el poder tener un conocimiento de los dos sí llevará al terapeuta a tener una mejor comprensión de cómo la persona opera (Guidano, 1998).

Otro aspecto central de la psicoterapia constructivista es la afirmación (Mahoney, 2005). Este concepto se refiere a “un tipo de relación fundamentalmente alentadora y esperanzadora de forma responsable“ (Mahoney, 2005, p.51). Es básico para cuando se habla de la relación terapéutica y para la constancia y el cambio del cliente. Hay muchas ocasiones en las que el terapeuta es la única fuente de estímulo en toda la vida del cliente y de esta forma la afirmación se vuelve central para el proceso que éste va a lograr hacer (Mahoney, 2005). Con afirmación, no se refiere a “animador“ pero sí anima a que el cliente explore sus fuerzas naturales y les saque provecho en la actualidad, mientras se indaga y se aborda en las consecuencias y problemas que se relacionan a decisiones pasadas y a ciertos patrones de comportamiento que pueden salir a flote durante la terapia (Mahoney, 2005).

Cuando las conductas del cliente son disfuncionales o dañinas dentro del contexto de la persona, el terapeuta debe explorar lo mejor de ésta y afirmar en esa acción, siempre teniendo en cuenta que es competente por naturaleza (Mahoney, 2005). Cabe recalcar que la palabra “mejor“ se define en un contexto individual donde cada uno le da su

propio significado, sin embargo para la mayoría de personas incluye el bienestar, el desarrollo y la participación responsable en la familia, amigos y sociedad (Mahoney, 2005). Parte de la terapia y del rol del terapeuta es el de promocionar la esperanza a pesar de que ésta no esté siempre presente dentro de la vida del cliente en todo momento (Mahoney, 2005). El terapeuta constructivo confía en el porvenir y tiene esperanza de que las cosas pueden ser diferentes a lo que son en la actualidad de lo que pide el cliente, de esta forma es lo que tiene que transmitir a la persona cuando llegan a terapia. Creer que las cosas negativas pueden representar buenas oportunidades dependiendo del significado que se les da y el compromiso que uno asuma con ellos (Mahoney, 2005).

Durante la terapia se debe estar atento a los procesos de apertura y de cierre de las personas ya que es probable que cuando la persona esté “abierta“, esté también más disponible y preparada para el cambio (Mahoney, 2005; Fransella & Dalton, 2000). Sin embargo el cambio puede resultar una amenaza ya que los seres humanos tendemos a ser más bien conservadores (Mahoney, 2005). Generalmente las personas oscilan entre los dos procesos ya que tienden a necesitar de un equilibrio que les permita mantener el sistema coherente (Fransella & Dalton, 2000). Una persona que se encuentre extremadamente contraída puede estar desconectada de algunos intercambios con su propio mundo, por el contrario, una persona que esté extremadamente expandida puede correr el riesgo de dar o recibir más de lo que su sistema puede manejar en ese momento (Mahoney, 2005). Ni los momentos de cierre ni los de apertura son por sí mismos buenos o malos, ambos son necesarios para que un organismo se pueda mantener (Mahoney, 2005). Cada sujeto tiene su propio ritmo y su propia forma de llevarlos a cabo, la mayoría de veces estos son inconscientes (Fransella & Dalton, 2000).

Durante el proceso de terapia se deben tener en cuenta dos procesos esenciales para un mejor resultado: el consuelo y el desafío (Mahoney, 2005). Consuelo como la sensación de protección y de apoyo que los clientes generalmente buscan en un terapeuta cuando entran en un proceso de terapia (Mahoney, 2005). Protección al nivel sano y no de dependencia, alguien que esté ahí como acompañante del sufrimiento de la persona y que pueda cumplir el rol de disminuir la soledad de la persona, hasta un determinado nivel (Mahoney, 2005). Por el otro lado está el proceso de desafío (Mahoney, 2005). En este caso se habla de un “desafío progresivo“ en lugar de uno agresivo, que en general es el más común (Mahoney, 2005). Al desafío que se refiere uno en terapia es el que impulsa a la persona a correr riesgos y a dar lo mejor de sí misma, a perfeccionar sus capacidades y que a largo plazo llevará a que disminuya su necesidad de terapia. Como dice Mahoney (2005) el desafío progresivo es visto como “una invitación a explorar o experimentar: a buscar o probar algo diferente“ (p. 59).

Sin embargo, con el proceso de desafío se debe tener cuidado con qué se propone al cliente (Mahoney, 2005). Si uno impulsa al cliente a hacer algo para lo que todavía no está preparado puede ser perjudicial para él mismo y para todo el proceso de terapia (Mahoney, 2005). Del mismo modo, si se le plantea hacer algo muy por debajo de su situación puede no representar riesgo alguno y de esa manera hacer que la persona mantenga sus forma de ser viejas y disfuncionales (Mahoney, 2005).

La evaluación constructivista es diferente a lo que se puede considerar en algunas otras tendencias psicoterapéuticas. La principal diferencia es que en esta corriente la evaluación es también intervención. Es durante este proceso que el cliente, conjuntamente con el terapeuta evalúa y explora cuáles son sus sentimientos, qué imagen

tiene de sí mismo, la naturaleza de su desafío o dificultades y los recursos u opciones de los cuales dispone. El terapeuta evalúa lo que Mahoney (2005) llama la sintonización, que se refiere a si cree que puede trabajar con esa persona o si cree que es mejor para el cliente derivar, por su propio bien y el de su proceso, si es que hay o no posibilidad de entablar una relación entre dos personas que pueda tener un buen resultado. La evaluación se centra en cuatro temas fundamentales, que tienen como fin el proporcionar al terapeuta una mejor comprensión de qué se supone ser el cliente, es decir cómo se siente, cómo se comporta, por qué lo hace de tal manera, cómo experimenta a su mundo y al sí mismo. Estos temas centrales son básicamente los mismos que son esenciales para la teoría constructiva; actividad, orden, identidad y relación.

Como parte de la evaluación es importante enfocarse en los problemas, patrones y procesos (Mahoney, 2005). Los problemas son entendidos como “una discrepancia sentida entre cómo son las cosas y cómo se espera (o cómo se supone) que sean”. Los problemas son vistos como una expresión de intentos de un organismo de protegerse a sí mismo de formas que en ese momento parecen satisfactorias. Es decir, los problemas en muchas ocasiones son intentos de solución. Teniendo esto en mente, se entiende que los problemas no se dan de forma aislada o separada de la persona, pueden ser la expresión de patrones. Un patrón es repetitivo, recurrente y relacionado (Mahoney, 2005). Al trabajar al nivel de patrones, se hace un análisis más exhaustivo. Finalmente los procesos, en este contexto, son vistos como un conjunto de problemas y patrones trabajando hacia un mismo objetivo. Una persona siempre está en proceso, es decir avanzando en el tiempo, en el cambio continuo y en las anticipaciones. El proceso puede ser trabajado

desde la perspectiva de cómo la persona está interpretando su propia experiencia. Se trata de una “incursión a los procesos de ordenación nucleares“ (Mahoney, 2005, p. 84).

Los procesos de ordenamiento nucleares se pueden resumir de igual manera en cuatro temas: realidad, valor, identidad y poder. Estos son centrales para los procesos del cambio humano. Es importante para la terapia poder entenderlos; sin embargo se debe saber que toman tiempo en cambiar. El cambio a más largo plazo se da en la forma de experimentar a su mundo y al sí mismo (Mahoney, 2005). Es más fácil cambiar partes más superficiales de las conductas y constructos de las personas, sin embargo estos procesos de ordenamiento, como su nombre lo indica, son nucleares y son parte ya establecida de cómo es la persona. Para llegar a conocerlos Mahoney (2005) habla de “presenciar totalmente las propias acciones y emociones en el proceso de examinarlas“ (p. 89). Estos procesos son la expresión compleja de ciclos que interactúan ya que como seres humanos somos y estamos formados por sistemas que funcionan dentro de otros sistemas (Mahoney, 2005).

Dentro de la evaluación se consideran a los ciclos de experiencia, en donde, dentro de otras cosas, se incluyen etapas de apertura y cierre (como se mencionó anteriormente). El terapeuta modula la forma de proporcionar consuelo y desafío, todo esto siempre teniendo en mente las necesidades particulares del paciente de un acercamiento al cambio (Mahoney, 2005). Para los clientes también es necesario tener estos ciclos de experiencia en mente ya que es importante el entender que los procesos no son lineales y que de ésta manera algunas veces o algunos clientes pueden cambiar rápidamente y esto puede asustarles. Por el otro lado, puede existir un sentimiento de desesperación al sentir que no se está cambiando lo suficientemente rápido. Dentro de un

proceso de psicoterapia que ha sido extenso, la misma persona puede llegar a sentir ambas cosas en distintos tiempos (Mahoney, 2005).

En términos de eficacia, en un estudio elaborado por Winter y Watson en el 2005 se muestra que los resultados de la psicoterapia de los constructos personales son altos si se comparan con los resultados de otros tipos de terapia, especialmente la cognitivo conductual. Según el estudio, las personas, dependiendo de sus características, pueden demostrar más satisfacción con uno de los dos tipos de terapia pero los cambios perduran a largo plazo con los dos tipos de terapia. En el caso de la terapia constructivista, se demostró que doce sesiones de terapia son suficientes para mostrar mejoría (sin embargo no fue suficiente para reducir sintomatología en algunos pacientes; Winter & Watson, 2005). En un meta-análisis hecho por Viney, Metcalfe y Winter se observó que la terapia constructivista tenía diferencia significativa en comparación a un no-tratamiento e igual resultados que otras terapias como la psicodinámica en algunos casos y la cognitivo conductual en otros casos.

Introducción al caso

María es una joven de veintinueve años, soltera con dos hijos, el mayor de diez años y la segunda de seis. Actualmente es dueña de su negocio propio en donde pasa la mayor parte de su tiempo. Está envuelta en una relación seria y vive con sus dos hijos en una casa adherida a la de sus padres y hermanos.

Presentación del problema

María llega a consulta con la demanda de terapia emocional para sus hijos ya que se lo han pedido del colegio. Después de hablar un poco sobre la situación llegamos al acuerdo de posponer la terapia de los hijos por un tiempo y dedicarnos a ella ya que me cuenta que también se ha enfrentado a una serie de dificultades que le han causado inconvenientes a lo largo de su vida. En el momento de llegar a la consulta sus mayores preocupaciones son la relación y el bienestar de sus hijos, la relación con su novio y decisiones alrededor del trabajo.

Uno de los temas de los cuales está preocupada cuando llega, en relación a sus hijos, es que cada uno es de distinto padre. Ella evalúa la relación con cada uno de los padres de sus hijos como tormentosas, llevándola a que se separe y a que se haga cargo completamente de los dos, conjuntamente con su familia. Hasta hace poco vivía junto con sus padres y sus hermanos pero recientemente se mudó con sus dos hijos a una casa dentro del mismo terreno de los padres. Constantemente hace alusiones a problemas de carácter que presentan tanto ella como su familia y que ella teme que hayan heredado sus hijos.

Muestra una gran insatisfacción con su relación; sin embargo no se permite estar descontento con ésta ya que cree que es lo mejor que va a poder tener y siente un profundo agradecimiento a su pareja por estar con ella. María prefiere ignorar lo que realmente le ocurre porque la alternativa de enfrentarlo le hace sentir peor, prefiere sentirse ella mal a que culpable, además de constantemente estar categorizando todo entre “bueno“ y “malo“. María se atribuye todo lo que ocurre a su alrededor lo que la hace sentirse culpable continuamente.

Otro tema del cual se discute en terapia es la decisión de dejar o seguir en su trabajo, lo cual le produce un profundo estrés y al mismo tiempo una gran culpa. Lo económico es algo que le preocupa todo el tiempo: al ser la responsable de dos hijos, prácticamente sin ayuda externa, es una carga de dinero bastante importante. No sabe si dejar o no su trabajo actual para buscar otro que sea más rentable y cubrir mejor sus necesidades.

Historia

A. Familia

María es la segunda hija de cuatro hermanos de una familia de nivel socio-económico medio. Tiene dos hijos de diferentes padres, el mayor de diez años y la segunda de seis. Recientemente se independizó de sus padres mudándose a vivir a una casa unifamiliar dentro del mismo terreno solamente con sus dos hijos. Hasta hace poco vivía en la casa de sus padres con sus hermanos y con sus hijos. Cuenta que esta transición para ella ha sido muy satisfactoria, sin embargo para sus hijos ha sido un poco más difícil. Ella es soltera a pesar de que está involucrada en una relación seria desde hace casi dos años.

Sus padres están casados. Tiene una relación muy cercana con su madre a pesar de que la describe como de carácter muy fuerte y de “mal genio”; cuenta que tiene mucha influencia sobre ella. A su padre lo describe como el completo opuesto de su madre, también dice tener una buena relación. Con sus hermanos es cercana, especialmente con su hermana. Sus hijos tienen una relación muy cercana con sus hermanos (tíos) ya que convivieron con ellos toda su vida.

María describe la relación con sus hijos como buena, sin embargo le preocupa estar haciendo un buen trabajo con ellos como madre soltera. Le inquieta mucho el carácter que relata que tienen sus hijos ya que dice que lo han heredado de ella y de su lado de su familia, especialmente de su lado materno. Está incesantemente preocupada de este aspecto. Quisiera poder ser más cariñosa con ellos y que ellos fueran más cariñosos con ella también.

B. Educación

María asistió a la universidad y estudió Administración de Empresas. Reporta que no le gustaba tanto la carrera, sin embargo estudió esto porque la madre le dijo que esto le daba campo para trabajar en muchas áreas al momento de la graduación. Cuenta haber sido una muy buena estudiante. A lo largo de toda la carrera no trabajó, se dedicó a los estudios y a criar a su primer hijo. La madre no le dejó trabajar a pesar de que ella tenía deseos de hacerlo.

En el colegio comenta haber sido una buena estudiante con excepción de un año el cual lo perdió. Dice que esto fue una gran decepción para sus padres y que a partir de aquí ellos ejercen mucho control sobre ella. Desde esta época ella recuerda tener muy claro el límite de lo que está bien y de lo que está mal y esto se vincula con que María siempre está categorizando, hasta la actualidad, sus experiencias, en términos de “bien o “mal”.

C. Social

Dice tener amigas y amigos a pesar de no reportar muchos. Tiene los suficientes como para contar con ellos y salir cuando quiere. No tiene mucho tiempo para ellos por sus necesidades y ritmo de vida que lleva. Habla de dos mejores amigas y otros esporádicos a los que no ve tan frecuentemente. Tiene una buena relación con miembros de su familia con los que conversa y comenta de varias situaciones en su vida.

Como se mencionó anteriormente, actualmente tiene una pareja con la que ha estado involucrada por ya casi dos años. Dice que él fue su amigo antes de ser su novio. Tiene una relación estable, sin embargo la califica como muy feliz. Su enamorado tiene una muy buena relación con sus hijos lo que para ella es muy importante. Hay muchas cosas de él que a ella le molestan de sobre manera, sin embargo ella no está dispuesta a verlas tal cual son, ya que el verlas significa desarmar todo un sistema de significados que ella ya había armado previamente. Lo describe como bueno, atento, incluso como demasiado bueno, en palabras de ella “peca por bueno“. Ella siente que él lucha más por la relación que ella, lo que le produce culpa.

D. Historia Médica

Además de los embarazos, María no reporta ninguna historia médica significativa. Dice constantemente estar estresada y nerviosa. Reporta no tener interés sexual con su actual pareja. Comenta que la madre está delicada de salud sin embargo no comenta qué es lo que tiene.

Tratamientos o intentos de solución previos

Es la primera vez que María acude a un tratamiento psicológico y que pide ayuda para sus hijos también. Cuenta que en su familia no tienden mucho a compartir sentimientos ni a pedir ayuda cuando se trata de hablar de temas personales.

Para mejorar la relación con sus hijos y su posición en la familia ella se independizó y, como ya se mencionó anteriormente, esto tuvo resultados beneficiosos. Por un lado pudo alejarse de sus padres un poco y empoderarse de su vida y acercarse a sus hijos para hacer una relación y vida de familia independiente. Dice que ha tratado de controlar su carácter para no “explotar” con ellos. Ha tratado de estar más en la casa pero a veces el estar en la casa hace que se ponga de mal carácter con sus hijos entonces en ocasiones no ha tenido buenos efectos.

En cuanto a su relación ella ha optado por aguantarse muchos de los disgustos que su pareja le provoca y el momento en el que algo no le gusta no los comparte y se distancia. Se pone de mal carácter pero no dice por qué. A veces habla con alguna amiga pero siempre culpándose a ella por lo malo que ocurre en su relación. Dos veces ha terminado esta relación previamente, sin embargo ha vuelto con su pareja al poco tiempo de finalizar ya que la pareja le insiste en volver a unirse y ella se siente culpable de no hacerlo y le da pena de él por haberse portado mal. Ella sabe que no es lo que quería hacer pero prefiere sentirse descontenta con su decisión, que culpable.

Con respecto al trabajo, ha pensado en mandar carpetas a distintos lugares pero no lo ha hecho. Ha preferido quedarse en su propio negocio tratando de que este prospere por sí solo y trabajando más duro. Le da pena de la gente que trabaja para ella entonces prefiere no considerar el cerrar el local por beneficio de todos los empleados del restaurante.

Evaluación

Para la evaluación de este caso se usó el Inventario de síntomas de L. Derogatis, SCL-90-R. Este test fue desarrollado en el año 1976 por Derogatis. A partir de ahí ha sido adaptado al castellano y modificado para que se pueda aplicar en la actualidad (Lara, Espinosa, Cárdenas, Fácil y Cavazos, 2005). El inventario consiste de 90 ítems que pretenden “cuantificar una serie de dimensiones psicopatológicas, así como un índice sintomatológico global” (Martínez-Azumendi et al., 2001, p.95). Son una serie de subescalas que indican al evaluador la presencia de síntomas que pueden ser significativos en el momento de evaluar una serie de patologías o algún tipo de malestar (Martínez-Azumendi et. al., 2001; Casullo y Pérez, 2008). Las subescalas que mide el test son las siguientes: Somatizaciones, esta mide la presencia de malestares que la persona puede relacionar con el cuerpo especialmente cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias (Martínez-Azumendi et. al., 2001; Casullo y Pérez, 2008). Obsesiones y compulsiones, mide síntomas que se relacionan con el síndrome psicopatológico obsesivo compulsivo, es decir pensamientos, acciones o impulsos que son vivenciados por la persona como imposibles de evitar y que además no son deseados por lo tanto son experimentados como muy molestos. Sensitividad Interpersonal, detecta sentimientos de inferioridad cuando la persona se compara con otras personas que deberían estar al mismo nivel de ella (Martínez-Azumendi et. al., 2001; Casullo y Pérez, 2008). Depresión, los ítems que conforman esta subescala representan una muestra representativa de un trastorno depresivo, es decir un estado de ánimo disfórico, desesperanza, ideas de suicidio, poca energía de vida, falta de motivación, sentimientos

de desesperanza. Ansiedad, mide rasgos generales de ansiedad como tensión, distintos tipos de miedo, nerviosismo, ataques de pánico. Hostilidad, mide lo referente a afectos negativos de enojo como por ejemplo pensamientos, acciones y sentimientos relacionados a la irritación (Martínez-Azumendi et. al., 2001; Casullo y Pérez, 2008). Ansiedad Fóbica, respuesta persistente de miedo que en sí es desproporcional en relación al estímulo que la provoca, causa un gran malestar a la persona y le impide tener una vida habitual a lo que desea. Ideación Paranoide: mide comportamientos paranoides mayormente relacionados al pensamiento. Psicoticismo, la última de las subescalas, mide síntomas como la soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento. (Martínez-Azumendi et al., 2001; Casullo y Pérez, 2008). Además tiene subescalas que son variaciones en el sueño y en el apetito. Como bien se sabe, es importante el medir estos dos últimos como indicadores de alteraciones en la vida de la persona (Martínez-Azumendi et. al., 2001; Casullo y Pérez, 2008).

Cuando se tiene el resultado de estas nueve subescalas, se hace una sumatoria y se obtienen tres escalas generales que son:

- Índice de Severidad Global (IGS) mide la severidad actual del problema y la intensidad del malestar percibido por la persona (Martínez-Azumendi et. al., 2001; Casullo y Pérez, 2008).
- Total de Síntomas Positivos (SP), muestra si las personas están tratando de mostrarse mejor a lo que realmente están o al contrario, si están tratando de exagerar la patología.

- Finalmente el Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) mide el estilo de la respuesta de la persona y a partir de esto se evalúan puntuaciones extremas hacia los dos extremos (Martínez-Azumendi et. al., 2001; Casullo y Pérez, 2008).

En este momento se puede tener una evaluación en términos de sintomatología de estas áreas.

En cuanto a la validez y confiabilidad del test, de acuerdo a varios estudios su consistencia interna es alta (Cronbach Alpha ≈ 0.80) (Martínez-Azumendi et. al., 2001; Lara et. al., 2005). Además tiene una correlación elevada con otros tests como son el Test de Hamilton y el de Beck, lo que manifiesta una validez alta. Para poder tener una mejor adaptación del test a una población como la ecuatoriana, se usaron los baremos argentinos obtenidos por Casullo y Pérez en el año 2008.

En este caso específico, en el pre-test se vieron valores significativos en las subescalas de hostilidad (1.83) cuando en los baremos estandarizados para femenino adulto desde 1.67 ya empieza a estar elevado y es significativo, y en el de psicoticismo (1.20) que desde 1.10 empieza a ser elevado y significativo. El resto de subescalas se muestran no significativas según los baremos a los que ella corresponde. En el Índice de Severidad Global saca un puntaje de 1.21 y el siguiente valor significativo es de 1.62 lo que demuestra que su malestar global no es tan elevado. Esto es coherente a su demanda, ya que inicialmente ella pide ayuda para sus hijos, no tanto para ella. En la escala de Total de Síntomas Positivos saca un resultado de 52 y el valor significativo de acuerdo a su edad empieza a ser desde 62, por lo tanto aquí también está por debajo de lo estadísticamente relevante. Finalmente en el Índice de Malestar Sintomático Positivo obtiene un 2.10 y lo estadísticamente relevante es desde 2.53. Vemos como solamente las

dos subescalas ya mencionadas sobresalen en valores fuera de lo ordinario según las estadísticas.

Haciendo un análisis más profundo de los ítems en los cuales María presenta puntajes elevados dentro de las subescalas de hostilidad y de psicoticismo, los elementos son los siguientes:

Dentro de hostilidad:

- Sentirme enojado o malhumorado
- Explotar y no poder controlarme
- Meterme muy seguido en discusiones
- Gritar o tirar cosas

Dentro de psicoticismo:

- Sentirme solo aún estando con gente
- Pensar cosas sobre el sexo que me molestan
- Sentir que debo ser castigado por mis pecados
- Sentir que algo anda mal en mi cuerpo
- Sentirme alejado de las demás personas
- Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien

Después del tratamiento, las subescalas que estaban elevadas bajan a un nivel ya no significativo: hostilidad (0.33), baja considerablemente, de un 1.83 al valor mencionado anteriormente. Puede llamar la atención que la subescala de psicoticismo haya estado elevada, sin embargo, este test mide soledad auto percibida dentro de esta subescala específica y “autoextrañamiento” o alienación, emociones que María sí sentía y emociones muy propias de los momentos de malestar cuando éste se concibe como

inexplicable. Es por esto que la escala se mostró elevada sin necesidad de haber síntomas psicóticos presentes. En psicoticismo también disminuye a 0.20 de un nivel anterior de 1.20. Lo que es interesante es que todo el resto de escalas también presentan un decrecimiento importante. A pesar de ninguna haber estado muy elevada al principio, en el test tomado después de finalizado el tratamiento, todas las escalas bajan de forma significativa. Por ejemplo, somatizaciones bajan de 0.67 a 0.50, obsesiones y compulsiones de 1.90 a 0.80, sensibilidad interpersonal de 1.50 a 0.13, depresión de 1.92 a 0.69, ansiedad de 0.80 a 0.50, ansiedad fóbica de 0.43 a 0.00, ideación paranoide de 0.83 a 0.50. En las escalas generales, el Índice de Severidad Global disminuyó a 0.40 de un valor de 1.21, presentado anteriormente, el Total de Síntomas Positivos bajó de 52 a 26 y el Índice de Malestar sintomático positivo bajó también a 1.38 de un valor que comenzó en 2.10, todo lo cual sugiere una mejoría altamente significativa.

Lo que se puede observar es que al comienzo del tratamiento su malestar general no era muy elevado, sin embargo al final del tratamiento terminó sintiéndose mejor de lo que ella creyó que podía sentirse. Ella tenía problemas cotidianos, que los manejaba bien día a día y buscó terapia para sentirse mejor al enfrentar estas dificultades.

Tabla 1:

	SOM (Somatizaciones)	OBS (Obsesiones y Compulsiones)	SI (Sensibilidad Interpersonal)	DEP (Depresión)	ANS (Ansiedad)	HOS (Hostilidad)	FOB (Ansiedad Fóbica)	PAR (Ideación Paranoide)	PSIC (Psicoticismo)	IGS (Índice de Severidad Global)	IMSP (Índice de Malestar Sintomático Positivo)	TSP (Total de Síntomas Positivos)
Resultados 1	0,67	1,90	1,50	1,92	0,80	1,83	0,43	0,83	1,20	1,21	2,10	52
Resultados 2	0,50	0,80	0,13	0,69	0,50	0,33	0,00	0,50	0,20	0,40	1,38	26

Gráfico 1:

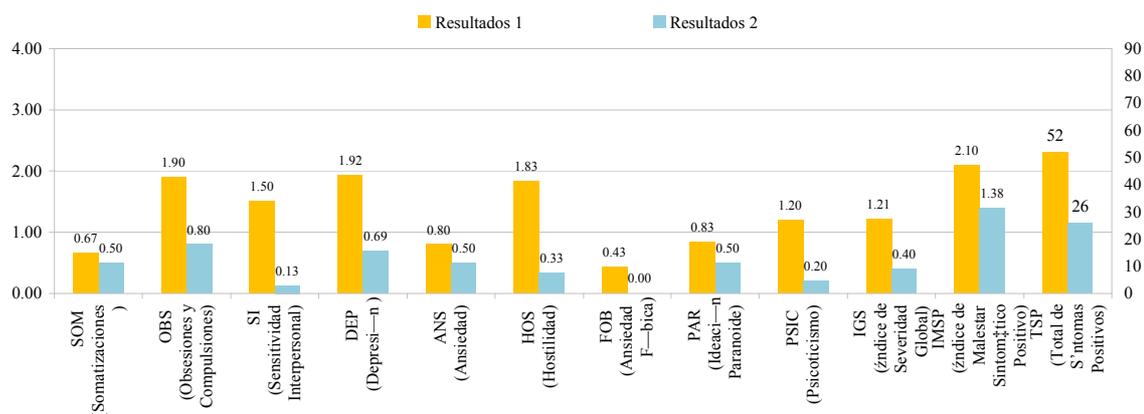


Gráfico 2:

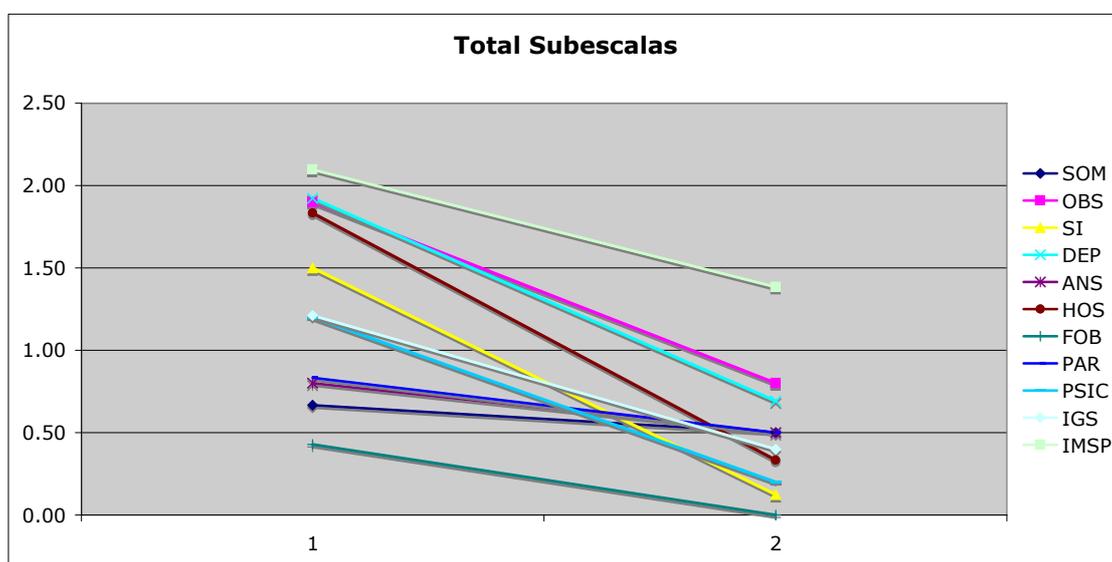
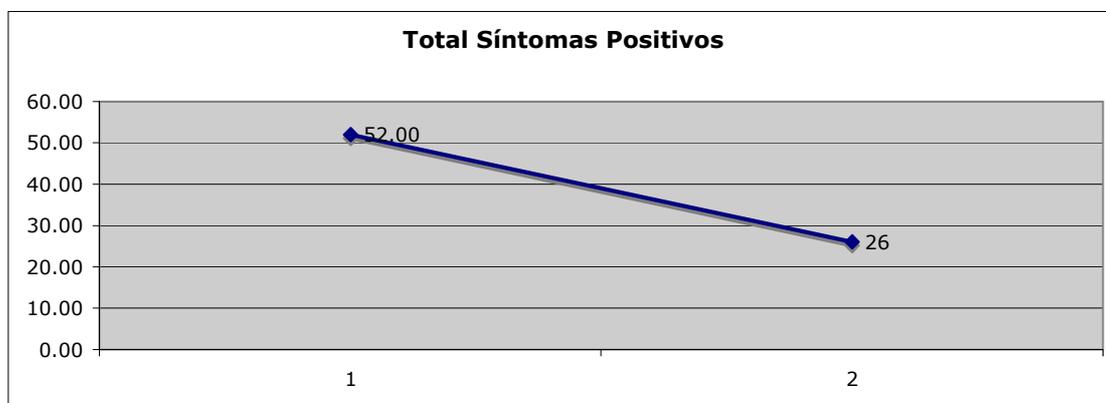


Gráfico 3:



Diagnóstico:

EJE I: F43.22 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo

EJE II: nada

EJE III: nada

EJE IV: problemas de pareja, condiciones en el trabajo difíciles

EJE V: 80-71

Se hace éste diagnóstico porque los criterios son los siguientes:

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos (DSM IV)

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - (1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
 - (2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno pre-existente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

María cumple con todos los criterios, en donde el estresor principal es el haberse cambiado de casa. Para ella esto fue significativo y tuvo reacciones desmesuradas en su

vida. Para alguien que tiene conductas complacientes y que se percibe sola, el moverse a vivir sola y hacerse cargo de sus hijos sola fue muy estresante y causó varios síntomas que se manifestaron básicamente en sus relaciones sociales, especialmente con su novio.

Conceptualización del caso

Según Guidano (1998) la primera etapa de la terapia es la de redefinir el problema con el que viene el cliente. En el caso de María, en el que la demanda inicial fue buscando ayuda para sus hijos, buscando terapia emocional o también familiar porque la escuela así lo había solicitado, se redefinió a terapia personal. Durante este proceso se vio que ella estaba conflictuada en varios aspectos de su vida, principalmente en una relación con un novio, con el que ya había salido casi dos años pero que sentía que no la hacía del todo feliz. También encontró que tenía problemas con su trabajo y con cómo abordaba temas familiares que la tenía constantemente abrumada. A partir de este re-establecimiento de la demanda se pudo explorar cómo es que ella experimentaba su vida y cómo se comportaba frente a la gente y situaciones alrededor de ella.

Para comenzar María se sentía constantemente abrumada por todo lo que ocurría en su vida y es así como ella afrontaba sus situaciones cotidianas. Ella se describía a sí misma como de “carácter fuerte e imposible de manejar“ que según ella era una herencia de familia por el lado de su madre. Según ella, esto explicaba por qué tenía una mala relación con su familia (padres y hermanos) y con su novio y por qué le costaba ser paciente con sus hijos. Decía que frente a cualquier situación ella era muy explosiva y que por esto le costaba ser comprensiva con el resto. Esto le causaba una culpa muy profunda ya que además, se sentía que estaba en constante deuda con la gente que le rodeaba. Primero con sus padres por haberla ayudado económicamente apoyándola con

sus estudios y manteniendo a sus hijos cuando ella quedó embarazada tanto del primer hijo como de la segunda, que fueron fuera de matrimonio y con dos distintos hombres. Segundo, con su novio al que describe como demasiado bueno, en sus propias palabras: “peca por bueno“. Al estar ella inconforme con la relación, sentía que no tenía derecho a sentirse de esta manera y que de alguna manera estaba perdiendo la última oportunidad que iba a tener de poder estar con un hombre y, eventualmente, formar una familia relativamente estable. En cuanto a su trabajo, ella es dueña de su propio negocio que a pesar de no ser muy rentable y de no darle el suficiente dinero para mantener a sus hijos, siente que debe seguir en pie por las personas que trabajan para ella. Si llegara a cerrar el negocio se sentiría egoísta ya que estaría fallando a sus empleados que lo único que tienen es esa renta para sobrevivir. De esta manera se ve cómo ella gira en torno a la culpa y se ve como responsable de todo lo que sucede a las personas que están a su alrededor.

Desde la óptica constructivista vemos que su sistema de constructos está elaborado dicotómicamente: ella siempre define las cosas como buenas o malas. Para ella no hay un punto medio. Cuando las define como malas, se siente culpable y al mismo tiempo responsable por sentirse así. Sin embargo esto tiene sentido porque de la forma en la que fue criada ella siempre tenía que ser la mejor, al quedarse embarazada de alguna manera sintió que “decepcionó“ a sus padres y estuvo desde ese entonces haciendo lo posible por recuperar la confianza que ella sentía que habían perdido en ella, sentía una culpa constante, culpa definida como que se había apartado de su construcción de rol, es decir de la imagen que tenía de las expectativas de los otros significativos con respecto a sí misma. Para ella, de cierta manera, el significado de su vida era el servir y el estar

siempre al servicio de los demás, a pesar de que esto no le cause felicidad. Para lograr hacer esto, se tenía que sacrificar mucho, pero el sentimiento de fallar de nuevo a gente que le importa era peor, con lo cual estaba decidiendo lo mejor de entre su sistema de acuerdo al significado que ella encontraba.

En cuanto al novio, que fue el tema que más se trató durante la terapia, ella se sentía mala por no sentirse del todo feliz en la relación. Constantemente estaba buscando motivos del por qué de sus reacciones y todas ella siempre recaían en ella. Al comienzo del proceso decía que no sentía pasión por él y que creía que era porque lo encontraba feo y poco atractivo. Sin embargo el hacer esta declaración la hacía sentirse culpable. Poco a poco se fue descubriendo que tenía un miedo terrible al rechazo ya que los había sufrido en dos ocasiones y estos habían sido muy significativos para ella. La primera vez fue con el padre de su primer hijo quien ofreció casarse con ella y al final no solo que no se casó con ella con el nacimiento del hijo sino que la dejó por empezar a estudiar. La segunda experiencia de rechazo en relación a parejas fue con el padre de la segunda hija que ella reconoce que fue una relación traumática ya que la maltrataba. Al quedarse embarazada, ella no quería casarse pero por miedo a enfrentar a la familia, prefería ser infeliz con este hombre que decirles que no se casaba de nuevo. Una vez más él le dijo que se iban a casar y en el momento de tomar la decisión, él se hizo para atrás.

Ahora que está en una relación estable, empezó a salir con él por presión de las amigas y de la familia, a pesar de que ella nunca estuvo muy segura. Su razonamiento para esto fue “no pierdo nada intentando y qué tal que él es el amor de mi vida“. Desde el comienzo de la relación ella sentía que no estaba del todo contenta pero él era bueno con ella y, lo que era muy importante, era excelente con sus hijos. El le demuestra todo el

tiempo que quiere estar con ella, sin embargo ella no cree que él esté tomando los pasos indicados para poder comprometerse a una relación muy seria, como podría ser la de matrimonio. Es por señales como esta que ella duda y no quiere involucrarse demasiado con él, para no volver a sentir rechazo. Además hay cosas fundamentales de él que no le gustan pero no se siente con el derecho a reclamar, sino más bien siente que debe agradecer que esté con ella porque es una mujer de 29 años, con dos hijos y con un carácter que, para su modo de ver, es insoportable para mucha gente.

En cuanto al modelo epigenético que se discutió y se presentó anteriormente (Neimeyer 2009), se hará una conceptualización del caso de acuerdo a los niveles propuestos por este modelo. Comenzando por el nivel biogenético, el cual se enfoca en el origen fisiológico de los problemas, se ve que María, de lo que parece, no presenta rasgos de problemas físicos. A lo largo de la terapia, no se queja de nada de su cuerpo, aparte del estrés, pero que ella misma lo atribuye a toda la tensión que siente por los problemas del trabajo y por la presión que siente de mantener buenas relaciones con las personas que le rodean. Cuenta que nunca ha sufrido de ningún problema físico en particular a excepción de ciertas enfermedades que ella considera “normales”, como podrían ser gripes ocasionales, fiebre alguna vez, varicela, entre otras.

En el nivel personal, se puede incluir la manera cómo María se ve a sí misma. Aquí es donde ella puede evaluarse a ella misma como una persona que ha hecho muchas cosas en su vida, sin embargo no está orgullosa de todo lo que ha hecho, es más, siente mucha culpa por su pasado, a pesar de quererles mucho a sus hijos. Aquí es donde ella cree que ella debe sacrificarse hasta niveles que no importa el que ella esté feliz, para que la gente a su alrededor esté contenta y feliz con lo que ella hace porque si no lo hiciera

esto significaría tener una identidad de “mala”, lo que para su propia historia entra otra vez en el juego de la categorización del “bien” y el “mal”. Muchas veces se olvida de sí misma con tal de que las personas que son importantes para ella estén bien. Cuando ella no se siente contenta por algo, esto le produce culpa y después le da culpa el sentirse culpable. Kelly (1967) dice que una persona puede sentir culpa cuando siente que se salió del rol que la persona siente que debía cumplir. En este caso, María siente culpa porque no siente que está cumpliendo con todas sus obligaciones, en las cuales, para ella misma, ella debería siempre estar contenta en deuda de lo que le han dado. Entra en un ciclo culposo, el cual su familia muchas veces alimenta, a pesar de que no lo comenta con nadie. Es por esto que le cuesta aceptar que en algunos aspectos de su vida no se encuentra del todo bien y que sí hay ciertas cosas que quisiera cambiar. Dentro del proceso de terapia, hacia el final, se siente más cómoda de aceptar que hay cosas que están mejor que otras y que esto está bien para ella, que no todo tiene que estar o completamente bien, o completamente mal.

Cuenta que durante toda la vida, siempre trató de ser perfecta, después quedó embarazada y ella misma rompió sus esquemas de lo que ella quería para ella misma, después vuelve a quedar embarazada y para este entonces ya todo su esquema de lo que para ella misma está “bien o mal“ queda completamente quebrantado y por lo tanto, ella también se siente así. Además de sentir mucha presión de su familia por lo mismo. Es a partir de esto que siente que constantemente está en deuda con su familia por haberla apoyado con sus hijos y ella asume un rol sumiso de cumplir todo lo que sus padres ordenen, incluso si lo que ordenen es respecto a sus propios hijos. Ella se siente tratada

injustamente, en comparación con sus hermanas, sin embargo no se siente con el derecho a reclamar.

Esta misma dinámica se aplica con su novio, pero en este caso ella se siente un poco más empoderada de la situación y se da la oportunidad de ser un poco más genuina. En su caso, se da el “permiso” a ella misma de decir que no cuando no quiere tener relaciones sexuales, o de no portarse cariñosa y de poner de excusa que “así es su personalidad” y de, cierta manera, ser ella la que tiene el “mando” de la relación. Aparentemente le funciona, sin embargo, internamente siente mucha culpa y en el fondo también siente que tiene que cambiar para que el novio lo le deje o no se canse porque de cierta manera siente que no va a poder conseguir a nadie más que le quiera con lo que ella puede ofrecer. En la relación con su novio, que es donde ella también se siente con más derecho a sentirse descontenta, también siente que la mala es ella, el bueno él y que la que tiene que cambiar es ella para poder adaptarse a cómo funciona él.

Al nivel diádico relacional, en lo que más énfasis se puso fue en la relación de pareja que en sí para ella era muy importante a pesar de sentirse muy insatisfecha. Aquí ella manifestaba un montón de quejas en contra de su novio pero también le tenía mucho aprecio, cariño y sobre todo agradecimiento por cómo se porta con ella y con sus hijos. Ella tiene mucho miedo de ilusionarse del matrimonio, una vez más con él y que de nuevo le falle esta idea y que ella otra vez quede en nada. Ella sabe que su pareja tiene muchos errores y no sabe si ella podría soportar muchos de estos conflictos en una relación más seria, sin embargo cree que peor sería el no estar con nadie. Ella cree que tiene que valorar más las cosas positivas que él le ofrece que todas las cosas negativas que ella le ve. María no se siente con el derecho de reclamar nada dentro de su relación a

nivel profundo y cree que igual no puede conseguir a nadie mejor que le tome a ella como es y que les pueda querer y aceptar a sus hijos.

Esta ambivalencia de sentimientos que siente María hacia su novio tiene sentido en muchos niveles. Primero porque para ella, el terminar con él, es como dejarles a sus hijos sin un padre, ella lo siente así, porque de lo que me cuenta ellos sólo le tienen a él como figura paterna. Evidentemente ella siente que les impuso esta figura y que el quitarles es como una maldad hacia ellos que son su principal prioridad. Segundo, en comparación con sus anteriores relaciones, a pesar de ella no sentirse tan contenta, siente que es la más estable de lo “socialmente“ esperable, su familia está contenta, sus amigas le apoyan, de alguna manera el tomar la decisión no solamente implica el ella misma sino a toda una sociedad que es en la que ella interactúa y que evidentemente influyen en su vida, hasta este momento ha podido mantener el “rol”. Tercero, ella no quiere sentirse sola, a pesar de que esto, ella dice no afectarle tanto porque como tiene tantas actividades en su vida, en muchas ocasiones el novio implica un estrés más del que ella personalmente, sí podría prescindir. Además de cómo dijo Mahoney (2005), los seres humanos tienden a querer a mantenerse igual y los cambios les asustan. A pesar de que María sabe que hay muchas cosas que le molestan, prefiere omitirlas y mantener su vida tal y como está, que a pesar de no ser perfecta, es conocida y es manejable.

María describe como buena la relación con sus hijos a pesar de que piensa que es difícil ser madre soltera ya que siente que toda la responsabilidad cae sobre ella. Dice que a veces quisiera tener más paciencia y tener otra personalidad para así poder ser de esas madres cariñosas y que pueden pasarse todo el tiempo jugando con sus hijos. Ella dice que puede jugar un rato con ellos pero que después ya se cansa, además de que ha pasado

todo el día en el trabajo. Dice que a veces si se pone mal genio con ellos cuando se portan mal o han sido groseros con ella o con su familia. Cuenta todo esto con culpa y para ella como si fuera completamente extraño y como si estas cosas no le ocurrieran a ninguna otra mamá en el mundo. Una vez más, se siente mala madre y siente mucha culpa. Aquí se vuelve a aplicar la frase de Kelly (1967), donde la percepción de pérdida de rol produce culpa en una persona. A pesar de eso dice que sus hijos sí son pegados a ella y que son el centro de su vida, todo lo que ella hace lo hace por ellos. No sabe si está haciendo las cosas bien y si de grandes van a resultar como buenas personas. Le da mucha pena que no tengan relación con sus padres. Me cuenta que el haberse ido a vivir los tres juntos, les ha hecho mucho bien porque les ha ayudado a consolidarse como una familia independiente, aparte de su propia familia.

En el nivel cultural-lingüístico, María se ve como una mujer de 29 años, soltera con dos hijos de distintos padres. De lo que sí está orgullosa es de haber acabado su carrera universitaria y de eso está muy agradecida hacia sus padres. Comenta que cuando recién quedó embarazada de sus hijos fue muy fuerte para ella justamente porque no es así como ella imaginaba su vida, ella imaginaba la vida de “cuento de hadas“ donde uno primero se casa con el hombre ideal, después de haber estudiado, después tiene hijos, una vez que ya los puede mantener sin depender de nadie, todo esto es una idea que te da la sociedad y que ella creía que también lo iba a tener, o en otras palabras, cuando ella imaginaba su vida como cumpliendo el “rol”, es decir una línea de acción basada en la construcción de ella de las expectativas de aquellos con quienes se relaciona. Cuando quedó embarazada del primero ya supo que no iba a ser así, sin embargo creía que todavía podría manejar muchos aspectos, es decir, a su familia, sus estudios, novios,

amigos. El momento en el que ya se quedó embarazada de su hija, ahí sí se deprimió y ya no sabía por donde seguir, desde el constructivismo se le puede explicar como pérdida de rol (Kelly, 1969). En este entonces su familia le ayudó mucho y le ayudó a seguir con sus estudios, a que viva en su casa sin tener que preocuparse de los gastos y a cuidar de sus hijos mientras ella se dedicaba al resto de actividades en su vida. Ahora que ya tiene 29 años siente que tiene más responsabilidades que las que una chica de su edad generalmente tiene, sin embargo acepta su responsabilidad al respecto. Dice que a esta altura de su vida no cambiaría nada, solamente quisiera que fuera más fácil, sobre todo en cuanto a lo económico.

Proceso terapéutico

El proceso terapéutico de María fue basado en el diálogo y en la escucha activa considerando la perspectiva de Feixas (2003) de experto a experto. Las primeras sesiones se hizo una preparación del contexto clínico e interpersonal como lo pone Guidano (1998), en donde se escuchó a la cliente, se escuchó su demanda, qué es lo que esperaba de la terapia y sobre todo se trató de entenderla desde su propio sistema de significación. Se intentó hacerle preguntas para poder entender cómo ella vivía, pensaba y sentía dentro de su propio contexto. De vez en cuando se hacía ciertas intervenciones que servían para poder recolectar más información, siempre con el mismo fin: poder entender la experiencia de María desde los ojos del terapeuta.

Además se enfocó mucho en establecer una relación terapéutica (Mahoney, 2005) en donde se pueda hacer un trabajo terapéutico en donde tanto ella como la terapeuta se sintieran cómodos para poder trabajar y de alguna manera poder lograr ciertos cambios

que ella misma propuso. En este caso la relación terapéutica como tal, puede ser vista como curadora en sí misma, como mencionaron Feixas y Villegas (2000). Se trató de entablar un ambiente en donde María no se sintiera juzgada y no se sintiera que tiene complacer a nadie, especialmente al terapeuta y se pueda salir del rol que suele cumplir dentro de su vida. De esta manera, en este espacio, que se dio una vez a la semana, ella podía llegar, relajarse y no tener que fingir nada, ni pretender estar en ningún estado que en el que en realidad estaba ese momento, además de formar una relación diferente con otro ser humano en una dinámica distinta al que ella estaba acostumbrada. La relación también se basó en mucho cuidado y compasión, del lado terapéutico se trató de tener cuidado de no presionar mucho hacia lo que el terapeuta, con sus propios constructos podía creer que ella tenía que hacer sino respetar su propio ritmo y su propio significado de sus experiencias.

Feixas y Villegas (2000) comentan que el terapeuta dentro del diálogo que se da dentro de terapia puede actuar como validador de los constructos de la persona o como cuestionador de los constructos de la persona que la persona misma identifica como dañinos para el self. Esto fue muy importante dentro del proceso terapéutico con María. Ya que manifestar su insatisfacción la habría hecho sentir culpable, el rol como terapeuta en muchas ocasiones fue el recalcar muchos de los comportamientos o sentimientos que ella sacaba dentro de la conversación y validarlos, además de cuestionar ciertos aspectos negativos constantes que también solían salir en repetidas ocasiones.

Durante la terapia, parte del proceso fue explorar varias opciones con el fin de que María pudiera abrir el número de posibilidades que tenía con respecto a los temas que le causaban conflictos. En este caso sería las opciones que tenía con su pareja, con su

trabajo y se indagó mucho en cómo era ella frente a distintas situaciones y cómo reaccionaba y se anticipaba a distintas situaciones. Feixas y Villegas (2000) llaman a este proceso de circunspección, el cual como ellos exponen es esencial para el ciclo del cambio. Aquí la persona mira las distintas alternativas que existen en su sistema, la idea no es que tome una decisión en ese momento sino solamente que se detenga a ver que tiene muchas opciones, por más ridículas que puedan parecer para que expanda un poco su horizonte de lo conocido hasta el momento (Feixas y Villegas, 2000). Esto se combinó con la auto-observación que es de suma importancia en la psicoterapia constructivista de la cual hablan autores como Guidano (1998), Feixas (2000), Neimeyer (20003). El papel del terapeuta en este caso es impulsar este proceso, acompañando al cliente, ofreciendo apoyo, cuidado, compasión y estando disponible para la persona completamente (Mahoney, 2005).

Con María una parte importante de la terapia fue el poder explorar las diferencias entre la experiencia inmediata y los conceptos que tenía ella misma de cómo esta experiencia debería ser. Leslie Greenberg y Juan Pascual Leone (1998) exponen que las contradicciones que se dan entre estas dos ideas que tiene la persona puede ser una fuente importante de malestar emocional. En el caso de María, ella tenía una idea de cómo su vida debió haber sido y de cómo en realidad se estaba dando, de cómo su relación de pareja debería ser y de cómo en realidad era, de cómo era su personalidad y de cómo ésta debería ser y así sucesivamente en varios aspectos de su vida. Al hacer una síntesis de coherencia personal, al final de la terapia ella pudo apreciar más lo que en su vida actual era y pudo decidir qué es lo que sí podía cambiar y qué no y pudo de alguna manera aceptarlo. Durante el proceso ella pudo reposicionar su visión de sí misma y dar un nuevo

significado o uno diferente a sus propias acciones, comportamientos, reacciones y legitimizó su posición en el mundo y en sus relaciones sociales. Esto se hizo a través de intentar reconocer la experiencia del terapeuta en su experiencia y siempre sacando sus competencias en vez de recalcar sus debilidades.

Esto está muy relacionado con lo que mencionan Fay Fransella y Peggy Dalton (2000) que dicen que durante la vida una persona puede haber formado un constructo con respecto al sí mismo y se puede haber quedado ligado a eso como una forma de identidad y nunca haberlos cuestionado. Como parte del proceso de María fue cuestionar los constructos que ella tenía de sí misma y ver como estos han cambiado desde que era joven, cuales todavía se aplican y cuales ya no. Esto puede pasar también con las expectativas que ella tenía de ella misma, al no cumplirse, se quedó en el que es un fracaso y no ha vuelto a reconstruir estos constructos que ahora le afectan en su diario vivir. Durante la terapia también se intentó ampliar los constructos positivos que María tenía de sí misma solo para algunos contextos a otros contextos donde solo se podía ver desde una óptica negativa o desde constructos que ya no aplicaban. Según Fransella y Dalton (2000) se debe explorar todos los lugares en donde opera una persona y trabajar conjuntamente con ella para ver que no solamente puede ser competente en un área. María se sentía más competente en el trabajo que en su casa, pero al ir trabajando en las distintas áreas en donde se desempeñaba pudo ver que sí cumplía roles adaptativos en varios sitios distintos.

Cambios

A lo largo de la terapia, María fue reportando sentirse más tranquila con lo que ella es. Dijo que la relación con sus hijos estaba mejor y esto lo atribuía a que ella se sentía mejor personalmente. Mejor como más segura de lo que hacía y por qué lo hacía. Dijo que dejó de sentirse tan culpable de las cosas que le rodeaban a pesar de seguir sintiendo culpa en ciertas ocasiones. En las mismas sesiones terapéuticas se pudo ver un cambio en cómo ella estaba. Al principio llegaba siempre nerviosa, excusándose de todos sus comportamientos, preguntando constantemente si es que lo que estaba haciendo estaba o no correcto y culpándose mucho por todo lo que ocurría a su alrededor. Conforme fueron pasando las sesiones su lenguaje no verbal cambió, es decir, se sentaba más cómoda, conversaba más fluidamente y sin reírse de forma nerviosa, decía que estaba con mejor carácter y dentro de terapia podía sonreír y llorar más sin pedir perdón. Dejó de hacer tantas alusiones a su “mal carácter“ y se empezó a enfocar en qué creía que ella necesitaba dentro de su contexto. Entendió por qué hacía muchas de las cosas que hacía hasta ese entonces y le pareció que durante una época de su vida habían tenido mucho sentido pero que ahora solamente le hacían sentir mal y le estaban deteniendo a poder “seguir creciendo para su bien y el de sus hijos“.

Con su pareja el proceso de terapia no fue lo que ella se esperaba. Ella creyó que al entrar a terapia su relación iba a mejorar, sin embargo el proceso de terapia de alguna manera la sorprendió en ciertos aspectos. Por ejemplo, empezó a confiar en sus decisiones, las que poco a poco fueron tomando más fuerza; esto empezó a afectar a su relación y su novio evidentemente reaccionó. María contó que tal vez ella estaba esperando a que su pareja termine la relación para no tener que hacerlo y así sentir que ella no es la que hace daño a alguien más. Al esto no suceder, ella sintió que tenía otra

situación más en sus manos y de la que tenía que hacerse cargo. Ella no quería necesariamente estar sola pero tampoco ser infeliz. Esto es algo que fue aceptando poco a poco a lo largo del proceso terapéutico. Se dio cuenta que no quería tener como novio a un adolescente sino a alguien en quien ella pudiera contar y que fuera un apoyo tanto para ella como para sus hijos. Pudo reconocer todos las cualidades de su novio al igual que los defectos y apreciarlos desde un ángulo que no lo había hecho antes.

En el transcurso de la terapia re-piensa qué es lo que quiere en su vida de pareja: él sigue dentro de sus planes, sin embargo ya no es esencial. Ya no siente que él le está haciendo un favor al estar con ella sino poco a poco siente que va siendo una relación más igual en donde ella tiene igual de derecho de exigir que él y que sus reclamos son válidos, con fundamentos. Hay un punto en el que ella termina la relación con él, esto no es fuera de lo ordinario ya que en la historia de la pareja ya habían terminado dos veces antes. Sin embargo María cuenta que esta vez no se sintió culpable ni que le estaba arruinando la vida a su pareja, no se sintió culpable de hacerle daño sino que estaba tomando una decisión correcta para los dos. Uno de los objetivos fue el aumento de autonomía, elemento que es fundamental en toda terapia. Al ella sentirse más autónoma, puede reconocer y separarse de la culpa y aceptar cuándo está tomando una decisión correcta tanto para ella como para su pareja. Es a través de actitudes como la mencionada anteriormente que María muestra cómo va desarrollando autonomía, algo que también le produce bienestar. Después de unos días igual María vuelve a hablar y se junta de nuevo pero ella sintió que en esta vuelta no estaba poco convencida como las otras veces sino que por primera vez pudo dejar las cosas claras y diciendo que si esta vez no funciona sería la última que está dispuesta a intentar. Comenta que se siente más tranquila y

relajada con su relación a pesar de que se da cuenta que todavía tiene muchos problemas. Ya no siente que le atormenta la vida sino que puede incluir otras cosas y ya no solo pasar por extremos buenos o malos y dedicarle toda su mala energía a la relación.

Con sus hijos reportó tener una mejor relación. Dijo que su hijo estaba menos agresivo de lo que estaba antes y estar mucho más cariñoso con ella. Dijo que tenía que ver cómo seguía en la época del colegio y ver cómo se desempeñaba en ese entonces ya que durante todo el tiempo de terapia estuvieron en vacaciones. Su hija, dijo que se había abierto un poco con ella y que también estaba más cariñosa y peleaba menos con su hermano. Que por el momento lo dos estaban en una buena etapa, comentó que se sentía muy bien con respecto a ellos ya que ella también sentía que podía estar mejor cuando estaba con ellos. Con más paciencia, con más ganas de jugar y cuando estaba cansada ya no se sentía culpable de decirles esto sino pudo apreciar que esto es natural en una persona que trabaja tanto y en general en todos los seres humanos.

En el trabajo seguía teniendo algunos problemas económicos (que dependen del mercado). Sin embargo a lo largo del tratamiento decidió que iba a seguir intentando sacar el negocio adelante pero buscó alternativas para poder mantenerlo y tener mayores ingresos para sostener mejor a sus hijos. En este ámbito decidió que iba a intentar un mes más con su restaurante y ver cómo funciona y mientras tanto mandó hojas de vida a otras empresas en donde pueda ganar mejor. Esto fue un gran paso para ella ya que se sintió empoderada y responsabilizándose de su vida y menos dependiente de sus padres. Antes no lo había hecho porque le daba culpa los empleados del restaurante. En este proceso dice que todavía le seguía dando pena si es que tenía que cerrar el negocio pero que ella estaba perdiendo plata por estar manteniendo a gente que no eran sus propios hijos. Que

iba a intentar que alguien más, como su madre, se hagan cargo del negocio mientras sus empleados encontraban otros negocios y así ella podía trabajar en otro negocio en paz y sin sentirse del todo culpable.

En cuanto a su familia, madre, padre y hermanos, se sintió cada vez mejor de haberse ido a vivir aparte, lo cual al principio le producía un poco de culpa. Ellos tenían mucha influencia en ella, tan así que si ella ya había tomado una decisión y los padres opinaban lo contrario, ella hacía lo que ellos habían dicho a pesar de ella no estar de acuerdo. Al hacerlo ella reafirmaba la idea de ser buena, no sentía culpa y podía estar tranquila con el sentimiento de deuda que tenía hacia sus padres por todo lo que habían hecho por ella. Al final del proceso de terapia, me comentó que ya no se sentía tan “enganchada” especialmente de su madre. Contó de un episodio en donde su madre había opinado algo en contra de algún comportamiento de María y ella no había reaccionado mal, no se había peleado y aún así había hecho lo que creía sin sentirse mal. Después de un rato se dio cuenta de lo que había pasado y se puso feliz de ya no sentirse tan afectada por su familia.

Al final del proceso la terapeuta considera muy valiosa una frase que María mencionó: “las cosas no están perfectas pero yo me siento mejor frente a la vida, sigo teniendo problemas, probablemente los mismos de antes pero por alguna razón los experimento diferente“. Ella puede evaluar a la vida como llena de acontecimientos y dificultades y ella sabe que es probable que así va a ser siempre pero ya como ella puede enfrentarlos es distinto ya que su posicionamiento en la vida y en sí misma cambió aunque sea un poco.

El proceso de cierre se dio con María cuando pude ver que su actitud frente a las dificultades que la vida le presentaba cotidianamente era diferente a cuando entró. Como ella mismo dijo, sus problemas no necesariamente habían desaparecido pero su forma de percibirlos sí. Su nivel de hostilidad hacia ella misma había bajado significativamente, estaba más tranquila con respecto a sus errores, había ya tomado decisiones que podrían ser importantes a futuro a pesar de que no tuvieran algún efecto concreto (por ejemplo el trabajo), su relación con sus hijos estaba mejor y ella se sentía más a gusto. Con su novio no se sentía más satisfecha o más feliz dentro de su relación, sin embargo su posicionamiento sí había cambiado ya que ella ya podía distinguir qué le gustaba y qué no, qué es lo que quería y qué no. Esto efectivamente le causaba problemas pero le dejó de ocasionar culpa con lo que ella se sentía muy aliviada. El rol que ella creía que tenía que cumplir, de alguna manera se había modificado.

La intención de la terapia no fue que ella salga como una persona completamente diferente pero sí que pueda ella misma ver a su mundo desde una óptica que no había contemplado antes. Los objetivos de la terapia se fueron estableciendo en el transcurso de esta misma y los cambios que se dieron, fueron cambios que le permiten a ella adaptarse sin necesariamente sentirse amenazada por la propuesta. Fueron hechos por ella misma así que en ningún momento se sintió presionada o sintió que la demanda fuera externa, según ella comentó al finalizar la terapia. El cierre de la terapia también se dio con la posibilidad de regresar en el momento que ella lo desee. Estuvo de acuerdo en terminarla y dijo que se sentía lista para hacerlo. El dejar una puerta abierta fue importante ya que no se sintió que se le estaba cerrando completamente la opción sino que la decisión de

regresar, al igual que al inicio cuando comenzó, estaba en sus manos y no en las de la terapeuta.

En un seguimiento que se hizo cuatro meses después de finalizada la terapia, María reporta sentirse todavía mejor en los aspectos mencionados anteriormente. En lo relacionado a sus hijos, lo que fue su demanda inicial, comenta que una vez empezado el colegio el mayor está mucho mejor en notas y la segunda no ha tenido problemas de actitud, se muestra con más amigos que anteriormente y no ha recibido quejas de los profesores con respecto a ellos. Cuenta también que su relación con ellos se ha mantenido en mejoría, discuten menos a pesar de sí tener discusiones comunes y “normales”.

Conclusiones

Como conclusión la terapeuta considera que el constructivismo es una tendencia que vuelve a las bases de lo que es el ser humano y que capta la esencia de las personas. En el caso de María, lo que más efecto tuvo en los cambios que se pudieron observar fue la calidad de la relación terapéutica. Fransella y Dalton (2000) dicen que solamente el hecho de que una persona haga todo el intento de escuchar, de entender y de poner toda la atención a otra persona, puede ser en sí curativa. En este caso esto fue muy importante para que María se sintiera importante y de cierta manera que sus opiniones eran válidas, al tener una tercera persona legitimizar esta visión, fue muy valioso para su experiencia. La calidad de la relación que se formó en un ambiente que era sano y constructivo puso ser el comienzo de una experiencia donde ella lo podía expandir a su vida y ver que de cierta manera esto daba resultados positivos. Era un espacio en donde ella no se sentía juzgada y donde no tenía ningún rol pre-definido sino donde fue definiendo su propio rol

con la guía de alguien más, en donde no se sentía sola, como en algunos otros ambientes de su vida.

El hecho de haber propuesto alternativas distintas a lo que ella estaba acostumbrada también fue válido para que ella pueda tomar decisiones y sobre todo pueda considerar nuevos horizontes que por durante mucho tiempo nunca fueron contemplados. Los conceptos que propone Mahoney de colaboración, cuidado, desafío, consuelo, afirmación y esperanza (2005) fueron esenciales para la dinámica de la terapia y de cómo ella podía dar diferentes significados a diferentes experiencias que ya había tenido a lo largo de su vida y que seguía teniendo conforme iba pasando el tiempo en terapia y fuera de ella.

El transcurso de la terapia asume que la persona es lo suficientemente competente como para poder enfrentarse a los problemas de la vida sin la ayuda de nadie, como lo ha hecho durante todo este tiempo. Al final de la terapia lo que María obtuvo fue una perspectiva distinta de cómo estaba haciendo las cosas y pudo obtener una visión distinta de sí misma y de ciertas dificultades que se le presentan en su vida, aceptando que la vida siempre está llena de éstas, sin pretender tener una vida perfecta sin problemas. Sin embargo sí teniendo mejores herramientas para poder enfrentarla dentro de su contexto.

Como parte de la visión constructivista la terapeuta considera que como parte de las conclusiones es prudente incorporar cómo este caso la afectó como terapeuta, considerando que la relación cliente-terapeuta es recíproca. Para la terapeuta el ver como María podía lidiar con las dificultades de su vida le hizo comprender que a pesar de que los problemas parezcan abrumadores, uno, como quien experimenta su propia vida, es quien tiene las mejores respuestas y herramientas para enfrentarlos. A veces lo que la

persona necesita es simplemente un espacio donde se puedan poner todas estas cualidades, herramientas y significantes en perspectiva, o alguien que lo guíe a través de este proceso. Las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida definitivamente lo marcan a la persona pero esto no significa que no se pueda vivenciarlas y darlas significado de distintas maneras y verlas desde una manera constructiva después de haberlas visto como negativas. El hacer ligeros cambios en la significación de estas experiencias a pesar de no cambiar el pasado, pueden ayudar a cambiar el cómo uno se anticipa, hipotetiza o enfrenta a las siguientes situaciones que están por venir en un futuro. Esto se puede dar con la manera en la que la persona se ve a sí mismo o al contexto. El entender la vida como un sistema dentro de sistemas le hace a uno más dinámico y activo en vez de un ser rígido y pasivo.

Bibliografía

- Casullo, M. & Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Adaptación. Universidad de Buenos Aires. 1-12.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56, 107-112.
- Feixas Viaplana, G., Villegas Besora, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao, España.
- Fransella, F., & Dalton, P. (2000). *Personal construct counseling in action*. London, Great Britain: SAGE Publications.
- Guidano, V. (1998). La autoobservación en la psicoterapia constructivista. En Neimeyer, R.A, & Mahoney, M.J. (Ed.). (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Greenberg, L., Pascual-Leone, J. (1998). Un enfoque constructivista dialéctico del cambio vivencial, En Neimeyer, R.A, & Mahoney, M.J. (Ed.). (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Kelly, G.A. (1969). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona, España: Paidós.
- Lara Muñoz, C., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M., Fácil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en Mujeres. *Salud Mental*, 28 (3), 42-50.
- Laso, E. (2006). *Anamnesis, catarsis, anagnórisis: una miniteoría filosófica del cambio terapéutico*; REDES (revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales), Barcelona, España; segunda época, No. 17, Diciembre 2006.
- Mahoney, M.J. (2005). *Psicoterapia constructivista*. Barcelona, España: Paidós.

- Neimeyer, R.A. (2000). An appraisal of constructivist therapies. En Mahoney, M.J. (Ed.). (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research, and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Oberst,, U., Ibarz,, V., & León,, R. (2004). La psicología individual de Alfred Adler y la psicosis de Olivér Brachfeld. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67, 31-44.
- Martínez-Azumendi, O., Fernández-Gómez, C., & Beitia-Fernández, M. (2001). Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra psiquiátrica ambulatoria. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 29 (2), 95-102.
- Neimeyer, G.J. (Ed.). (1993). *Evaluación constructivista*. Barcelona, España: Paidós.
- Neimeyer, R.A. (2009). *Constructivist psychotherapy : distinctive features cbt distinctive features series*. New York, NY: Taylor & Francis Routledge.
- Neimeyer, R.A., & Raskin, J.D. (Ed.). (2000). *Constructions of disorder: meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington D.C: A.P.A.
- Winter, D.A., & Viney, L.L. (Ed.). (2005). *Personal construct psychotherapy: advances in theory, practice, and research*. London, Great Britain: Whurr Publishers.