

**COMPRENSIÓN DE LA EXPERIENCIA DE ANSIEDAD DE UNA
TERAPEUTA ANTE EL CASO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA
NEGATIVISTA DESAFIANTE EN UN NIÑO DE 9 AÑOS**

Autora:

María José Anaya Taboada

Directores:

Ps. Ph.D Alberto De Castro Correa

Ps. Mg. Guillermo García Chacón

Barranquilla- Atlántico

Universidad del Norte

Maestría en Psicología, profundización clínica

Junio de 2017

Índice

Introducción	3
Justificación	4
Área problemática	6
Preguntas guías u objetivos	7
Historia clínica del paciente	7
Descripción detallada de las sesiones	10
Marco conceptual de referencia	24
Análisis del caso	44
Conclusiones y discusión	61
Bibliografía	64
Anexos	65

Introducción

Muchas son las razones por las cuales una persona decide asistir a psicoterapia, en todos los casos debe encontrarse con alguien dispuesto a escucharle. Como afirma Yalom (2006), lo que más recuerdan los pacientes sobre sus experiencias en terapia no son las interpretaciones ni los insights, sino las veces en las que el terapeuta les hizo sentir apoyados.

Los recuentos de sesiones que hacen autores como Yalom (2000) en *Terapia a dos voces*, permiten reconocer que los pacientes ven la hora de terapia de una forma muy diferente a los terapeutas. Es extremadamente difícil conocer con certeza qué está sintiendo el otro, en ocasiones se suelen proyectar los propios sentimientos sobre el paciente y sesgar la manera en que se le acompaña (Yalom, 2006).

La relación paciente-terapeuta tiene un carácter único y singular pues implica intimidad sin ser un encuentro de amigos y vínculos de afectos sin ser una relación amorosa (Romero, 2003). No obstante, el encuentro se realiza entre dos personas que tienen una estructura de significados, valores, de formas de ver el mundo que no se quedan por fuera del relacionamiento; estas características propias de cada uno van a marcar los ritmos y las dinámicas dentro de la relación terapéutica.

Siendo así, el proceso es impulsado si el terapeuta entra en el mundo del paciente, lo conoce, lo comprende; los pacientes se favorecen mucho por la sola experiencia de sentirse escuchados, notados, comprendidos (Yalom, 2006). La actitud del terapeuta, la aplicación de los saberes (acoger, empatizar, escuchar, observar, ser objetivo, orientar, indagar y cuestionar) puede favorecer este proceso de conocimiento y comprensión, así como el desarrollo personal del paciente (Romero, 2003).

Sin embargo, el terapeuta también puede sentirse perdido en el proceso, sentir que se mueve en todas las direcciones dentro de la vivencia del paciente pero que permanece en el mismo lugar, o termina por regresar al punto de partida, sin avanzar (Romero, 2003). O quizá puede anteponer su ansiedad a la necesidad del paciente de vivenciar en terapia sensaciones de descontrol, ira, dolor, euforia, entre otros.

La forma en la que el terapeuta vivencia las actitudes de apertura o de ruido interno son el objeto de interés en este estudio de caso, se realizará una descripción y un análisis de las vivencias del terapeuta durante el proceso terapéutico de un paciente de 9 años con trastorno de la conducta negativista desafiante. Se describirán las interacciones y cómo estas fueron experimentadas por la terapeuta, identificando si estas fueron apropiadas o no de acuerdo con el movimiento afectivo del paciente; así como los pensamientos, prejuicios, sensaciones, temores, deseos e intencionalidad desde los cuales surgieron estas intervenciones.

Justificación

Mediante el conocimiento de experiencias clínicas, es posible ampliar la perspectiva que se tiene sobre las vivencias en la relación terapeuta- paciente. En esta dinámica se develan aspectos fundamentales del mundo de los participantes, incluso algunos elementos de los que no se tenía plena conciencia pero que inciden de forma clave en la manera en la que se establece la relación. Los elementos que surgen de esta dialéctica son susceptibles a ser analizados, con el fin de conocer más en profundidad la postura de quienes participan en ella.

El análisis de la experiencia del paciente permite conocer y comprender sus necesidades afectivas, profundizar en su intencionalidad, la forma en la cual se experimenta, cómo se relaciona con el mundo, de qué forma utiliza su voluntad para

afirmarse o anularse, o cómo se contacta o niega sus deseos (entre otros aspectos). En este sentido, Yalom (1980) propone que el método más eficiente que tienen los terapeutas es el análisis de la experiencia presente del paciente en terapia (aquí y ahora), y la posibilidad de demostrar que este recrea –micro cósmicamente en la sesión- las situaciones que enfrenta en su vida.

Por su parte, el análisis de la experiencia del terapeuta es fundamental pues dentro de la relación con el paciente es más que una figura simbólica, es un co-actor (Romero, 2003). Así pues, sus vivencias y su mundo están también presentes e involucrados, cumpliendo un rol importante en la dinámica relacional. De acuerdo con Romero (2003), desde una postura comprensiva-existencial, se requiere un trabajo mancomunado de intercambio afectivo e intimidad, que puede ser contaminado y obstruido por aspectos propios que el terapeuta no ha clarificado.

La importancia de este trabajo de investigación radica en la posibilidad de conocer, comprender, analizar e interpretar vivencias que hicieron parte de la experiencia del terapeuta en la relación con un paciente específico. Esto permitirá profundizar en el conocimiento de cómo se imponen ciertas barreras personales dentro del proceso de terapia, como forma de protegerse ante aspectos vivenciales que el paciente trae, y que en ocasiones suelen tener relación con conflictos no clarificados de quien lo trata. El conocimiento de estas barreras es útil en la comprensión de experiencias de relacionamiento en las cuales se presente una dificultad al contactarse con el paciente, o al adoptar una postura acogedora que no cumple con su objetivo.

De igual manera, se pretende también hacer explícita la forma en la que se beneficia la relación terapéutica –y como consecuencia el proceso del paciente- al adoptar una disposición genuina y acogedora de su situación experiencial.

Este estudio de caso, ofrece un respaldo a propuestas como la de Romero (2003), quien indica que el terapeuta también puede poner trabas en la relación terapéutica, que llegan a anular saberes y actitudes que son básicos dentro del proceso.

Área problemática

El acompañamiento terapéutico en la infancia cumple una función muy importante en la posibilidad de elaborar e integrar, a la propia experiencia, situaciones o sensaciones que suelen desencadenar respuestas defensivas en el niño que las vivencia. Las dificultades que resultan de estas experiencias se muestran claramente en la forma en la que el pequeño se relaciona con sus pares, padres y demás personas que le rodean.

El niño que presenta la conducta problemática necesita poder expresar sus emociones, temores, poder vivenciarse plenamente y conocer formas adecuadas de relacionarse con otros, es decir, considerar nuevas alternativas de ser en el mundo.

Este conocimiento no es posible sino a través de la clarificación de sí mismo y de la propia intencionalidad, mediante un acompañamiento que le facilite la expresión y la elaboración de estas emociones y sensaciones que han supuesto una dificultad para ser integradas a su experiencia. Uno de los aspectos clave de este acompañamiento es la disposición y la posibilidad del terapeuta de estar presente en el encuentro terapéutico, pues como menciona Romero (2003) al adoptar una actitud acogedora se hace la invitación al paciente de que se acoja a sí mismo también, que acoja sus emociones, pensamientos, sentimientos y vivencias que hasta ahora no se había sentido en capacidad de afrontar.

En este sentido, habiendo mencionado la importancia de esta actitud, es menester también conocer las limitaciones que puede traer al proceso terapéutico no silenciar la mente o permitir que el ruido interno esté también presente y participante en la sesión con el paciente.

Este caso evidencia cómo las dinámicas relacionales entre paciente-terapeuta pueden movilizar en mayor o menor medida la elaboración e integración a la vivencia total del paciente cuyo malestar se manifiesta, si se siguen los criterios diagnósticos del DSM-V, por conductas de tipo negativista desafiante. De igual forma, hace evidente cómo el trabajo en el aquí y el ahora es favorecedor en la tarea de reconocimiento de emociones, sensaciones e intencionalidad en pacientes con esta sintomatología.

Preguntas guías u objetivos

¿Cómo es la ansiedad de la terapeuta ante el caso que trae el paciente?

¿Desde qué postura personal parten las intervenciones que se realizan al paciente?

¿Qué valores busca preservar al no optar por una actitud de apertura?

¿Qué valores buscar preservar al no seguir el ritmo del paciente?

¿Cómo se ve afectado el encuentro a partir de una actitud de no apertura?

¿Cómo se ve afectado el proceso al no respetar el ritmo del paciente?

¿Cómo se ve afectado el proceso terapéutico al optar por una actitud acogedora?

¿De qué manera la intencionalidad de la terapeuta media en la relación terapéutica?

¿Cómo se vivencian en la sesión los saberes-actitudes de la terapeuta?

Historia clínica del paciente

Identificación del paciente

Nombre del paciente: Alejandro

Edad: 9 años

Escolaridad: Primaria

Género: Masculino

Motivo de consulta

Remisión del ICBF por "presentar problemas de comportamiento, desobediencia, rebeldía, dificultad para acatar normas, conductas de calle, relaciones disfuncionales con sus progenitores, desorientación en su proyecto de vida, bajo rendimiento académico, uso inadecuado de su tiempo libre así mismo se requiere que fortalezcan sus vínculos intrafamiliares y el respeto a sus padres como autoridad porque actualmente se encuentra en riesgo sus derechos"

Descripción sintomática

El paciente presenta, desde hace varios años, conductas agresivas, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, irrespeto a la autoridad y poco apego a las normas. El padre comenta que en la actualidad se encuentra vinculado a un grupo de jóvenes que hacen parte de una pandilla en el sector en el que reside y se ha visto envuelto en varias situaciones de hurto a sus vecinos.

Historia personal

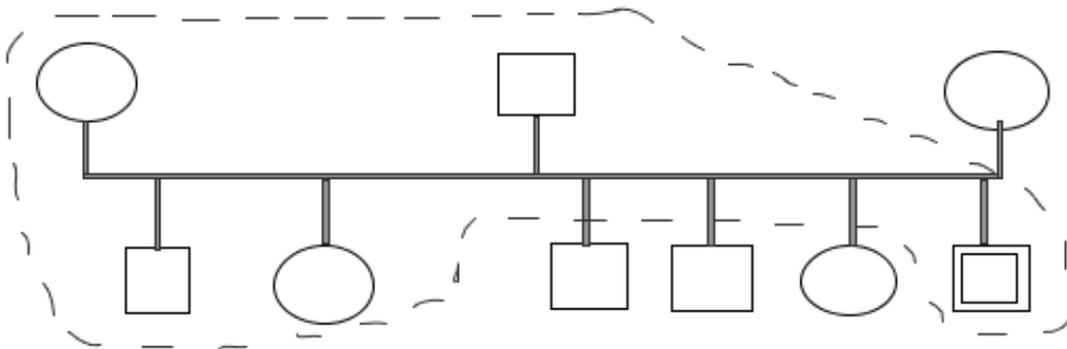
Alejandro es el menor de 6 hermanos, está inmerso en una dinámica en donde su padre tiene dos familias simultáneas. Desde pequeño, Alejandro se ha caracterizado por ser obstinado, irritable y con poca capacidad de espera; su padre menciona que el niño solía pegarse con las paredes cuando algo no le salía bien. Siempre se ha desarrollado entre estos dos hogares, teniendo un vínculo estrecho con su madre biológica. Desde hace 4 años esta fue diagnosticada con osteoporosis, una de las recomendaciones médicas era disminuir las situaciones de estrés y tensión al máximo posible, razón por la cual Alejandro tuvo que irse a vivir con la otra esposa de su padre, con quien este reside la mayor parte del tiempo. El niño manifiesta que no tiene una relación muy cercana con su madrastra, y que en cambio, la percibe como una figura de hostilidad.

Por el contrario, es muy cercano a su padre y visita con frecuencia a su madre, a quien percibe como contenedora y cariñosa.

Historia familiar

Las dos familias de Alejandro tienen una relación cordial, el padre manifiesta que siempre se han visitado mutuamente y que todos sus hijos han compartido con alegría esta posibilidad. Alejandro refiere una buena relación con todos sus hermanos, no obstante hace énfasis en que sus hermanos por parte de madre son más cercanos a él, le acompañan en sus juegos y le invitan a pasear. Con los hermanos por parte de padre (con quienes convive en la actualidad) le corrigen frecuentemente y son quienes imponen la disciplina cuando su padre no se encuentra en casa.

Genograma



Proceso de evaluación

En el marco de la fase diagnóstica, al paciente se le aplicaron las siguientes pruebas: CAT-A, Machover, Test de la Familia. Las anteriores se trabajaron en conjunto con sesiones de juego diagnóstico.

Conceptualización diagnóstica

Alejandro presenta dificultades en sus formas de relacionamiento, así como en el reconocimiento y expresión de sus propias emociones. Busca sensaciones de valía y

significancia a través de conductas mal adaptativas que, paradójicamente, le ofrecen reconocimiento y aumentan el cuidado de las personas a su alrededor hacia él. De la misma manera, busca evadir las consecuencias de sus actos y aspectos de su realidad que no sabe cómo afrontar, por ejemplo las sensaciones de tristeza, dolor y soledad.

Estos aspectos tienen manifestaciones conductuales desadaptativas que, según el DSM-V, podrían clasificarse como conductas negativistas desafiantes.

Descripción detallada de las sesiones

Primera sesión

Antes del primer encuentro con el padre de Alejandro, la terapeuta recibe la información de que este es un caso remitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y esto genera ciertas reacciones que desde una primera instancia sesgan el trabajo terapéutico. La terapeuta, por experiencias previas, tiene una fuerte creencia en el carácter complicado de este tipo de casos, adicionalmente, considera que no se cuenta con el acompañamiento adecuado por parte de los padres. Estas aseveraciones no son necesariamente ciertas pero estaban presentes, insistentemente, en su imaginario.

El padre de Alejandro asiste a la sesión y comenta lo siguiente:

Vengo acá porque mi hijo de 9 años está presentando unas actitudes que cada vez están peor.

Terapeuta: Cuénteme, ¿a qué actitudes se refiere?

P: Bueno doctora, la verdad es que Alejandro es un niño difícil desde pequeño. Yo tengo varios hijos mayores, él es el menor de todos. Yo tengo 60 años e imagínese tener un niño tan pequeño... para mí es mi vida entera doctora, yo dejo de quererlo para adorarlo. Con ninguno de mis hijos yo he tenido problema, Bruno, uno de sus hermanos era tremendo cuando chiquito pero la verdad es que él se compuso solo como a los 8

años, era travieso, bastante, pero gracias a Dios él fue creciendo y se le pasó. Pero Alejandro es diferente, él es hermoso doctora, cuando usted lo conozca va a ver. Pero desde chiquitico él se pegaba con las paredes cuando le daba rabia algo, tocaba agarrarlo para que no se golpeará. Tanto así, doctora, que mi señora, la mamá de Alejandrito, está enferma de osteoporosis y como se estresaba tanto con la cosas que el niño hacía, tocó traérmelo a vivir acá conmigo con mi otra señora.

El padre del paciente es bastante detallado en cuanto a la relación de cercanía y afecto que mantiene con su hijo, hecho que, a juicio de la terapeuta, fue una agradable sorpresa tratándose de un caso del ICBF y consideró de inmediato que podría ser un trabajo con buen compromiso desde casa. En este punto la terapeuta indagó sobre la dinámica familiar, considerando en primera instancia que se trataba de un padre separado con una nueva familia. El padre manifiesta lo siguiente:

P: Gracias a Dios yo he tenido la posibilidad de tener dos hogares, y nunca nos ha faltado nada, entonces las dos son mis señoras.

Al escuchar esto la terapeuta se sorprendió en gran medida cómo estas situaciones se presentaban aún en esta época, por su mente pasaron pensamientos sobre el imaginario colectivo sobre el rol femenino, cómo a esas dos señoras les podía faltar más empoderamiento y empezó a imaginar los posibles escenarios de cómo el padre concretó tal acuerdo con ambas. Pensó también en que esto quizá se trataba más de una postura moralista que feminista, pues no conocía la situación de las dos mujeres frente al acuerdo. Luego de unos segundos de debate mental, notó cómo esto le había llevado a desconectarse del relato del acudiente y su atención regresó forzosamente a este.

El padre continuó narrando las situaciones problemáticas que se venían presentando con Alejandro, mencionó episodios de explosiones de ira cuando se le pedía colaborar con alguna tarea del hogar, o cuando debía dejar de jugar para realizar

sus labores escolares. Adicionalmente, mencionó que se habían presentado varios episodios de hurto en las últimas semanas. Narró estos de la siguiente forma:

P: En la esquina de la casa queda una tienda y ahí hay un *sai* (sic) de hacer llamadas, entonces ahí dejan los celulares. *pausa*. El vecino de la tienda me llamó y me dijo “vea don Jorge, del *sai* se nos ha perdido un celular y nosotros revisamos en la cámara de seguridad y es Alejandro el que se ha cogido el teléfono”. Yo decía, “no vecino, no puede ser”; pero cuál ha sido mi sorpresa doctora que cuando llego a la tienda y empiezan a mostrarme el video de seguridad, ahí aparece Alejandro cogiendo el celular, se ve clarito que es él.

En este momento la terapeuta se sorprende ligeramente por el hecho, pues era un niño muy pequeño presentando estas conductas, pero sin mostrarse de esta manera, responde de la siguiente forma:

T: Me imagino, Don Jorge, que debió haber sido muy difícil para usted ver eso. El padre asintió y comentó que Alejandro también tomó a escondidas el dinero de una vecina que esta dejó descuidado dentro de su propia casa, y en otra ocasión tomó un reloj de otra vecina. En este momento, la terapeuta tiene en su mente una posible hipótesis sobre estas situaciones, considerando que Alejandro quizá podría estar presentando un problema para introyectar normas y límites. En este momento indaga sobre los métodos de corrección y el padre manifiesta lo siguiente:

P: Yo le hablo y le digo “papito pero por qué tienes que hacer esas cosas, por qué tienes que ser grosero, si no hay necesidad, mira que yo te doy todo lo que necesitas: la comida que tú quieres, el mejor juguete, todo papito yo te lo doy. Mira que yo no tuve estas oportunidades y quiero que tú las tengas”. Entonces doctora, él me mira, y se me sienta en las piernas, y me abraza, y entonces ya a mí se me pasa la rabia, le quito el castigo.

El padre añade que en un momento de ‘descontrol’ por parte de Alejandro, él lo castigó físicamente en la terraza de su casa y la vecina llamó al ICBF, razón por la cual él es remitido.

Tras esta respuesta, la terapeuta reafirma su hipótesis de que Alejandro no tiene introyectados límites ni normas, y que además no asume las consecuencias de sus acciones, pues su padre los libera de estos. Se corrobora esto con la siguiente intervención:

T: Frente a estas situaciones con sus vecinos, Don Jorge, ¿cómo actuó usted con Alejandro?

P: Yo le expliqué le dije que eso no se hacía, que él tenía todas las cosas y no necesitaba estar cogiéndoselas. Que si no se daba cuenta lo mal que me estaba haciendo quedar con las personas de la cuadra, que ahora íbamos a quedar como los ladrones. Yo le dije Alejandro ahora te quedas acá en la casa adentro sin jugar con la bicicleta ni la patineta, no te quiero ver afuera con los muchachitos esos de a la vuelta. Porque doctora ese es otro problema que anda con esos niños que son malos, ellos sí son pesados. Bueno, ese día yo después yo fui donde el vecino y le dije “tome vecino el aparato que estaba buscando, qué pena con usted, de verdad que esto no va a volver a pasar ya yo hablé con Alejandro y esto no se va a repetir”. El vecino me dijo “no se preocupe vecino, esas son cosas de niño pero dígame que está mal, eso sí no le vaya a pegar”.

La terapeuta en este punto no solo había confirmado que su hipótesis de los límites y normas, sino que además el padre había hecho explícito que él era quien lidiaba con las consecuencias de las acciones de Alejandro. En su mente ya había una clara representación del paciente como un niño descontrolado, que iba a llegar a la consulta a destruir los juguetes, un niño que iba a ser difícil manejar. De esta manera finaliza la primera sesión, se acuerda con el padre que durante las próximas 3 o 4

sesiones se trabajará con Alejandro y luego se reunirá nuevamente con él para comentar de qué manera se llevará el proceso terapéutico y cómo acompañarlo desde casa.

Segunda sesión

Para sorpresa de la terapeuta, a esta sesión asiste nuevamente el padre del paciente. El padre parece obviar este hecho y comienza a narrar nuevamente algunas situaciones en las que Alejandro ha tenido problemas conductuales y cómo él como padre asumió las consecuencias de estas acciones, teniendo que disculparse con sus vecinos por los hechos presentados. La terapeuta se encontraba ligeramente consternada, pues no sabía de qué manera interrumpir a Don Jorge para preguntarle por la ausencia de Alejandro; simultáneamente, sentía molestia con el padre del paciente por ser tan laxo con los límites y por no permitirle a su hijo aprender de las situaciones que estaban presentándose. Pasados 20 minutos de la sesión, de ininterrumpida narración, la terapeuta interviene de la siguiente manera:

T: Don Jorge, ¿y el niño?

P: Doctora, en la casa.

T: ¿Por qué no vino?

P: Ah doctora, ¿tenía que traerlo?

En este momento, por la mente de la terapeuta surgió la realización de que Don Jorge estaba haciendo lo mismo que hacía con sus vecinos. Estaba asumiendo este espacio por Alejandro, tomando la responsabilidad que al niño le correspondía. La terapeuta hizo esta acotación:

T: Don Jorge, me llama la atención que usted también viene a poner la cara acá por Alejandro, de la misma forma que hace con sus vecinos.

El padre se tornó pensativo e hizo un gesto de ligera aprobación ante este comentario. La terapeuta pensó que quizá esto podía generar conciencia en el padre ante

la importancia de que el niño enfrentara las consecuencias de sus actos. Lejos de esta premisa, el padre continuó el relato como lo venía haciendo antes de la intervención.

P: Doctora es que ya yo no sé qué hacer con Alejandro, yo le hablo, le digo de todas las maneras. Pero yo sí tengo que reconocer que es que a mí me parte el alma castigarlo, es que usted viera la carita que él hace cuando está triste. A veces lo castigo y no puedo dormir, me despierto en la noche y me lo quedo mirando mientras duerme... ese niño es mi vida entera. Mi señora sí me dice todo el tiempo que yo a él no lo castigo de verdad, pero es que yo quiero demasiado a ese muchachito.

En este momento la terapeuta entendió que la orientación a los padres era el punto fundamental en este caso, si estos no se ponían de acuerdo en las formas de corrección y en las normas que se aplicaban a Alejandro, no iba a haber un cambio real en el niño. Después de haber insistido un par de veces más en la importancia de que el menor asumiera su responsabilidad, se le permitiera frustrarse, sentirse impotente, enojado, triste, la terapeuta sintió molestia por la intransigencia del padre al no darse cuenta de cómo sus acciones y su “ilusión” de castigo estaban afectando el sentido de responsabilidad del niño.

Nuevamente, explicó al padre la forma de trabajo con el niño, que requería que este estuviera presente. De esta manera finalizó la segunda sesión.

Tercera sesión

Antes de que Alejandro llegara, la terapeuta tenía en su mente una idea de cómo podría ser el niño. Pensó en que, de acuerdo con la descripción del padre, el niño llegaría descontroladamente a tomar todos los juguetes y que sería todo un reto pedirle que organizaran todo al finalizar el tiempo de consulta. ¿Cómo sería Alejandro físicamente? ¿Sería hermoso como lo describió el padre? Todos estos interrogantes golpeaban fuerte en el imaginario de la prevenida terapeuta.

El niño ingresó al consultorio notándose tímido ante este nuevo ambiente. Sin lugar a dudas esta reacción inicial tomó por sorpresa a la terapeuta, que esperaba un niño híper expansivo desde el primer momento.

T: Hola Alejandro, mi nombre es María José. Sigue adelante.

Alejandro tomó asiento y sonriendo se quedó en silencio

T: ¿Sabes por qué vienes acá?

A: *negó moviendo la cabeza*

T: Tu papá ha estado preocupado últimamente por unas situaciones que se han presentado en casa. ¿Sabes a qué situaciones se refiere?

A: *asiente con la cabeza*

T: ¿Quieres hablar de ellas?

A: Me da pena.

T: Está bien Alejandro, entiendo que no es fácil hablar de esas cosas. *silencio*
¿Quieres jugar?

Alejandro se levantó rápidamente de la silla y escogió el Jenga. Comenzó a construir una torre. Mientras tanto la terapeuta pensaba de qué manera podía abordar estos temas tan delicados, pensó en que si fuese ella tampoco quisiera hablar de eso con alguien que acababa de conocer. Pensó en que haber preguntado tan directamente había sido un error y que ahora Alejandro podría estar a la defensiva desde el comienzo.

La terapeuta indagó sobre los gustos del niño, cuál era su deporte favorito, la comida que más le gustaba, el nombre de sus amigos, el colegio en el que estudiaba. En este momento Alejandro comentó lo siguiente:

A: Ayer a una niñita en el curso le robaron la cartuchera.

T: ¿Sí? ¿Cómo paso?

A: No sé, ella la dejó ahí en el bolso y después no estaba.

T: ¿Y tú sabes quién fue?

En este momento, la terapeuta pensó en que quizá sería el momento apropiado para probar si Alejandro podía confesar que esto había sido acto suyo y empezar a hablar de los otros episodios de hurto.

A: Creo que fue un niño que se llama Santiago, pero no sé, se perdió.

T: ¿Y qué hizo la niña?

Acá pensó en que quizá podría explorar cómo estaba Alejandro en su conexión empática con otros compañeros

A: Llorar.

T: ¿Cómo crees que se sintió?

A: Triste

La terapeuta notó que esta respuesta parecía automatizada, como si careciera de cualquier valor afectivo. Parecía una respuesta ‘de cajón’. Se aventuró a ir un poco más allá.

T: Si te hubieran robado la cartuchera a ti, ¿cómo te hubieses sentido?

A: Triste. Llorar.

La terapeuta notó que estas palabras no reflejaban sentimientos ni acciones para él. Parecían solo palabras pronunciadas. De inmediato, Alejandro cambió el juego por otro de constructor y ese tema finalizó. En el transcurso del siguiente juego, la terapeuta indagó sobre la dinámica familiar y cómo el niño se movía en ella. El paciente mencionó que no tenía una buena relación con su madrastra, que preferiría vivir con su mamá pero que en este momento no era posible. En este punto Alejandro se notó triste pero parecía sacudirse rápidamente de sus emociones, parecía como si no pudiese profundizar en esas sensaciones hasta sentirlas realmente.

T: Debe ser difícil querer estar con tu mamá y no poder.

A: Sí. Vamos a jugar con esto mira, ten esto *sosteniendo los tractores*

T: ¿Cómo ha sido esto para ti?

A: Coge esto, tú vienes manejando de allá para acá y nos chocamos.

T: ¿Has hablado con tu mamá de esto?

El paciente siguió jugando como si no hubiese nadie más en la habitación.

Esta situación frustraba a la terapeuta, pues era como si estuviera hablando con una pared. No sabía cómo continuar en este momento, así que preguntó por su relación con el padre. Alejandro mencionó que sentía un gran cariño por su papá y que este era muy cariñoso con él. De esta manera finalizó la tercera sesión.

Onceava sesión

Antes de que Alejandro llegara a la sesión, la terapeuta tenía en mente que las aproximaciones logradas hasta ahora no estaban dando resultados esperados y que no había conseguido que el niño hablara de sus emociones sin utilizar mecanismos de defensa poderosos.

Alejandro asistió a esta sesión animado, como lo hacía usualmente. Al llegar tomó asiento y rápidamente escogió el ajedrez para compartir con la terapeuta. Al organizar las fichas se dio la siguiente conversación:

A: Organiza tus fichas. Yo soy las blancas. Mentiras, yo soy las negras.

T: ¿Cuáles fichas pongo primero?

A: Tienes que poner primero las más importantes *sosteniendo en su mano el rey, la reina, los caballos* Yo una vez tenía un caballo *bajó la mirada con un dejo de tristeza*

T: ¿Cómo se llamaba?

A: Lucas. Era mi amigo.

T: ¿Cómo era Lucas?

A: Era hermoso, tenía el pelo liso, suavcito.

T: Wow, seguro que era muy lindo. ¿Qué le pasó?

A: Me lo robaron.

T: Lo siento mucho Alejandro. Te debió haber dolido mucho.

A: Sí.

En este momento, la terapeuta notó que el niño tenía un vínculo de afecto por Lucas y que su duelo por la pérdida de este compañero quizá no había sido elaborado. Además, estaba levemente sorprendida porque el niño estaba hablando abiertamente de algo que lo entristecía, sin cambiar de actividad. La terapeuta estaba decidida a utilizar el recurso de Lucas a como diera lugar.

T: ¿Qué era lo que más te gustaba de Lucas?

A: Que yo lo quería mucho. Ya no quiero hablar más de Lucas. *tomó las fichas de ajedrez para empezar a jugar pero no sabía cuál mover primero*

T: *tomando un caballo del tablero* Si este fuese Lucas, ¿qué haría?

A: Que ya no quiero hablar de Lucas. Ya no quiero jugar esto, vamos a jugar con este ahora. *Señaló el piso indicando además el dominó de fichas y figuras*.

La terapeuta se ubicó en el piso con Alejandro pero no podía dejar de pensar en que Lucas era lo primero que Alejandro le había contado sobre una experiencia de pérdida. En sesiones anteriores había mencionado superficialmente su tristeza por la enfermedad de su mamá y que esto le impedía vivir con ella, pero nunca había mencionado su temor a perderla (que sí había sido explícito en el padre en la sesión de devolución). La terapeuta estaba decidida a que Alejandro hablara de Lucas en esa sesión, a que llorara de tristeza y que, eventualmente, dijera que así como le dolió perder a Lucas le dolería perder a su mamá.

T: No me has terminado de contar de Lucas.

A: *silencio*

T: Si no quieres hablar de él ahora está bien, entiendo que debe ser difícil para ti.

Esta afirmación no era cierta, pues la terapeuta no estaba dispuesta a dejar de hablar de Lucas y tampoco estaba entendiendo que para Alejandro era difícil compartir una experiencia de tristeza abiertamente, por primera vez.

T: ¿Te duele que Lucas no esté?

A: Me duele porque Lucas me dejó

T: Me imagino que te debió haber dolido que Lucas te dejara.

A: Ya no quiero hablar de Lucas

T: Se me ocurre algo. Sé que no quieres hablar de Lucas, pero podemos jugar a ser pintores y pintar lo que queramos. ¿Te animas?

A: Sí *dijo con notable entusiasmo*

T: ¿Qué tal si pintamos a Lucas?

Alejandro siguió esta imposición de la terapeuta y dibujó a Lucas borrando constantemente sus trazos.

T: Quedó muy lindo Lucas.

A: No, quedó horrible *borró vigorosamente los contornos del animal* Odio a Lucas, lo odio.

T: ¿Por qué lo odias?

A: Porque me dejó, él era mi amigo.

T: ¿Qué hacían juntos?

A: Yo hablaba con él, lo acariciaba, bailábamos.

T: ¿Y ahora con quién puedes hacer esas cosas?

A: Con nadie. Odio a Lucas, ¿por qué me dejaste solo?

En este momento la terapeuta no sabía qué hacer pues al fin había conseguido, forzadamente, que Alejandro hablara de lo que extrañaba de Lucas y lo que le dolía. Ahora se encontraba sin plan, esto la hizo sentir ansiosa. A pesar de esto, no se detuvo sino que continuó su campaña de insistir sobre Lucas. Indicó a Alejandro, que aunque no quisiera dibujar a Lucas, este estaba presente en la habitación imaginariamente y que ella podía verlo justo ahí. Alejandro rio y empezó a lanzar marcadores hacia donde se suponía que estaba Lucas presente, gritando “te odio, te odio, me dejaste” mientras lo hacía. Alejandro había identificado la papelerera como Lucas y estaba tirando todos los objetos hacia ella; la terapeuta, en medio de la ansiedad sobre cómo proceder, cargó la papelerera y mencionó que Lucas estaba adolorido de tantos golpes, “¿Qué cosas buenas merece escuchar Lucas?” expresó.

Alejandro manifestaba que Lucas no merecía nada bueno, que solo lo odiaba. Luego el niño tomó asiento y se dispuso a jugar solo y en silencio con otros utensilios. La terapeuta se acercó nuevamente donde Alejandro y mencionó lo siguiente:

T: Parece que te cuesta hablar de Lucas, te duele que la gente se vaya de tu vida.

A: Que no quiero hablar de Lucas.

T: Me imagino que debe ser difícil para ti perder a Lucas, que lo querías tanto.

A: *silencio*

T: ¿Qué te parece si lo dibujamos con amor?

A: No.

T: Lucas es como todas las cosas tristes que te pasan. No merecen ser habladas.

A: *silencio*

La terapeuta continuó insistiendo en que Alejandro hablara de Lucas, a pesar de que este manifestaba explícitamente que ya no quería tocar el tema. Decidió dibujar a Lucas en el tablero junto a un niño; cuando Alejandro lo vio se levantó rápidamente y lo

observó con detenimiento haciendo señales de que lo borraría al instante. Miró el dibujo fijamente y borró la imagen del niño, dejando solamente al caballo, luego lo borró y mencionó “lo odio, no existe”. La terapeuta nuevamente mencionó:

T: ¿No hay nada que le quieras decir antes de que se vaya?

A: Lo odio.

De esta manera finalizó la onceava sesión.

Doceava sesión

A esta sesión la terapeuta asistía con un estado de ánimo un poco melancólico, que podría afectar la sesión en cierta medida. Alejandro, por el contrario, asistió a la sesión notándose animado; tan pronto ella lo vio pensó en que quizá necesitaría esforzarse el doble por seguirlo durante el tiempo de trabajo.

Alejandro comenzó a armar solo una torre con las fichas de Jenga. A medida que lo construía, mencionó que era un castillo. La terapeuta, quien le había permitido levantar la edificación en silencio, inició la siguiente conversación:

T: Qué gran castillo, ¿quién vive dentro?

A: Nadie, está solo.

T: ¿Y eso?

A: Porque sí. Después se destruye. Ven, vamos a destruirlo.

En este momento Alejandro, haciendo un movimiento, invita a la terapeuta a participar de su juego. Como la estructura no está construida como lo indica el juego, al primer movimiento del niño, esta se derrumba. Ante esto la terapeuta menciona que sería más fácil reconstruir el castillo con personas dentro para ayudarle; por la cabeza de la terapeuta en este momento pasa la idea de que tal vez pueda estar haciendo una analogía al mundo interior de Alejandro. En este momento no recibe respuesta del niño,

pero decide no insistir con el fin de no llevarlo a sentirse saturado y ponerlo en la necesidad de defenderse.

Alejandro propone reiniciar el juego, debido a que perdió el primer intento. La terapeuta notó que al paciente le generaba mucha ansiedad perder, e indagó sobre cómo se sentía perder. Alejandro contestó con el genérico “triste”, igual de hueco y falto de emoción a había aparecido en ocasiones anteriores; a diferencia de ocasiones anteriores, no retomó el tema de inmediato, sino que le propuso al niño que quien perdiera debería dar una entrevista.

Alejandro perdió el primer juego pero se rehusó a dar la entrevista o cantar una canción como resultado de esta situación. Al contrario, pidió otra oportunidad para volver a intentarlo; la terapeuta, adrede, pierde esta partida para mostrarle al niño cómo sería dar esta entrevista, mencionando todo lo que le molestó y le entristeció. Luego, Alejandro perdió en el juego pero nuevamente se rehusó a cumplir con el trato, saliendo inconforme del consultorio, manifestando que se marcharía.

La terapeuta no lo siguió, sino que mencionó “aquí estaré” mientras Alejandro se iba. A los pocos segundos regresó, pero en esta ocasión traía en sus manos juguetes de otro consultorio. La terapeuta le explicó por qué esto no debía hacerse, no obstante él manifestaba la intención de esconder algunas piezas dentro de su ropa y llevárselas. La terapeuta se inquietó debido a que era la primera vez que, durante todo el tiempo de terapia, estaban apareciendo las conductas que habían motivado la asistencia de Alejandro a las sesiones. La terapeuta no sabía cómo reaccionar ante esta situación, lo primero que hizo en ese momento fue preguntarle a el niño si era emocionante tomar esos objetos sin que ella lo viera, pero él se rio y no contestó a esta pregunta.

Nuevamente Alejandro devolvió los objetos tomados, pero rápidamente tomó varias figuras de animales y las guardó dentro de sus bolsillos. La terapeuta pudo verlo

haciéndolo muy fugazmente, por lo cual le preguntó qué tenían de especial esos animales que había escogido para llevarse; Alejandro tampoco respondió a esta pregunta, sino que rio nerviosamente. La terapeuta en este momento entró en pánico, porque sabía que esta era una buena oportunidad para hacer algo, pero no sabía qué ni cómo. Finalmente, preguntó a Alejandro si esto era lo mismo que había ocurrido antes con sus amiguitos, y este respondió tajantemente “no, eso era antes, ya yo cambié”, a lo que la terapeuta respondió “Quizá, Alejandro, no has cambiado tanto como piensas”. De esta manera finalizó la doceava sesión.

Marco conceptual de referencia.

A continuación se presentarán los conceptos, que a consideración de la autora, son de necesario entendimiento para comprender el desarrollo del estudio de caso.

La fenomenología como punto de partida

De acuerdo con De Castro y García (2011), la psicología existencial utiliza como recurso el modelo fenomenológico-hermeneútico para buscar atender y comprender la experiencia desde la perspectiva y la conciencia desde quien la está vivenciando. Esta afirmación exige establecer una distinción entre dos conceptos fundamentales dentro de la psicología existencial: experiencia y vivencia.

De acuerdo con Romero (2003) la experiencia personal es la manera en la que un suceso toca o afecta a una persona, estas experiencias lo van configurando y constituyendo, y junto a predisposiciones genéticas, conforman las bases de la personalidad. Todo el tiempo se está teniendo diversas experiencias que tienen un efecto fugaz en quien las crea, pero en algunas ocasiones estas adquieren mayor significado, incidiendo en la sensibilidad y el entendimiento, generando predisposiciones hacia ciertas tendencias, estas son las que se denominan vivencias. Como afirman De Castro y

García (2011) las vivencias hablan de lo más íntimo y propio del ser humano en relación con su forma de atender intencionalmente al mundo.

De esta manera, al contextualizar los conceptos mencionados anteriormente en el marco de la psicoterapia existencial, se propone si bien es importante formular cuestiones sobre aspectos psicológicos, es más importante aún plantearse preguntas sobre la persona que crea estos aspectos a partir de sus vivencias en el mundo (De Castro y García, 2011). De igual forma, como lo mencionan estos autores, no se trata de entender las dinámicas psicológicas, mecanismos de defensa o deseos por sí mismos, como si estos tuvieran vida propia y no fuesen de quien los crea y los usa con un fin específico.

No en vano, May (2000) hace referencia a que no se puede comprender la naturaleza del hombre estudiando la enfermedad, sino que una vez se comprende su naturaleza se puede también entender la enfermedad.

El proceso experiencial

Teniendo en cuenta los conceptos abordados en el apartado anterior, es preciso hacer referencia a los elementos que configuran y que dan vida a la experiencia. En primer lugar, desde esta perspectiva no es posible concebir la existencia como automática, desligada de la participación de quien existe, pues en cada situación se está decidiendo en función de la postura psicológica que se adopte (De Castro y García, 2011).

Así pues, de acuerdo con De Castro y García (2011) la experiencia de ansiedad está presente en toda decisión y proyecto que la persona se trace, pues no hay certezas absolutas que le aseguren que aquellas cosas que tienen valor para él o ella se preservarán. En cada decisión se abre la posibilidad a perder, fracasar, al no-ser.

En este sentido, es notorio que la ansiedad se relaciona de manera estrecha y directa con los valores y los significados que tiene una persona; será mayor en la medida en la que se haga una valoración más significativa de la experiencia. Es importante añadir que la experiencia de ansiedad por sí misma no es negativa ni positiva, es una condición del propio proceso de creación y la dirección que tome dependerá de la forma en la que se vivencie, enfrente, valore e integre a la experiencia (De Castro y García, 2011).

Las vivencias y valoraciones que se mencionan anteriormente, están inmersas en la dinámica deseo-voluntad y su integración en la intencionalidad que apunta a un sentido. May (1967) indica que el deseo es la convergencia de fuerza y significado, no es un mero llamado de lo primitivo que exige satisfacción sino que implica memoria y fantasía de lo que esperamos sea el futuro. De Castro, García y Eljagh (2012) hacen referencia a que el deseo se produce siempre con la intervención activa y consciente del individuo que lo crea, por lo menos en alguna medida; en concordancia con May (1967), los autores afirman que el deseo siempre apunta a un significado que puede ser o no constructivo. En este sentido, se propone que el deseo orienta a la persona a afirmar algo que encuentra valioso y que es necesario desde su experiencia (De Castro, García y Eljagh 2012).

Según May (1967), deseo y voluntad están interrelacionados, pueden ser considerados como polos opuestos por razones como las siguientes: El deseo no implica posibilidad de escoger entre esto o aquello, la voluntad sí. La voluntad implica consciencia de uno mismo, el deseo no. El deseo es quien otorga a la voluntad la satisfacción, la pasión, la frescura, la imaginación, el juego de niños y la riqueza; mientras que la voluntad es quien confiere al deseo la madurez y dirección. En este

sentido, la voluntad cuida al deseo de riesgos demasiado grandes, pero sin el deseo esta pierde la vitalidad, la posibilidad de ser y tiende a perecer contradiciéndose a sí misma.

En este orden de ideas, desear es hacer uso de la voluntad para contactarse con los propios deseos, vivenciándolos no como unos objetos que aparecen dentro de la persona (desligado de las intenciones y de la voluntad) sino desde postura psicológica en relación con lo que se siente. Así pues, desear implica que se de en la persona una apertura existencial ante dos aspectos: las diversas posibilidades de decisión y los posibles significados del deseo que se vivencia (De Castro, García y Eljagh, 2012).

El desear requiere que la persona haga parte y esté dispuesto a conocer sus deseos, resignificarlos de forma consciente y llevarlos al plano de la acción a través de la voluntad; para poder desear es indispensable tomar conciencia de la orientación de los propios impulsos, sentimientos y emociones (De Castro, García y Eljagh, 2012).

Cuando se presenta la incapacidad de desear, sobreviene la enfermedad, pues la persona opta por no contactarse con su propios deseos para descubrirlos y desarrollarlos de forma consciente y constructiva, por lo cual no se tiene la sensación de bienestar o gratificación perdurable en el tiempo (De Castro, García y Eljagh, 2012).

En relación con esto, Yalom (1980) afirma que algunas personas, empeñadas en parecer fuertes, deciden que es mejor no desear; desear algo puede hacer a la persona vulnerable o exponerle, así pues, si una persona no desea nada, nunca se será débil, decepcionado o rechazado. Esta incapacidad de desear o de experimentar los propios deseos suele notarse en personas a quienes se les dificulta reconocer sus propios sentimientos y parecen expresarlos todos de la misma manera. Esta información se ampliará en mayor medida en el siguiente apartado.

Ahora bien, May (1967) propone que hay un concepto que fundamenta tanto al deseo como a la voluntad, está presente en ambos y no solo los conecta sino que

también conecta a la persona con la acción que desea o tiene voluntad de hacer, este es la intencionalidad. De Castro, García y Eljagh (2012) se refieren a la intencionalidad como la dirección u orientación del proyecto de vida de una persona; esta orientación se va configurando desde las experiencias tempranas en la infancia, por medio de la relación con el mundo, va constituyendo el significado y la orientación de sus vivencias. A través de la intencionalidad se expresa en el mundo lo que se pretende ser.

La incapacidad de desear como origen de la psicopatología

Cuando se presenta la incapacidad de desear, la persona debe optar por mecanismos compensatorios, usualmente patológicos, que puedan ayudarles a llenar la falta de significado y el vacío creados (De Castro, García y Eljagh, 2012). Al tener una mirada de la psicopatología desde esta perspectiva, en donde se considera la sintomatología como compensatoria y cumplidora de una función, es menester comprender el sentido que para la persona tiene la enfermedad mental y los síntomas que con ella se presentan (García y De Castro, 2008).

Desde esta perspectiva, García y De Castro (2008) indican que la persona no tiene una enfermedad sino que la persona es la enfermedad en sí misma, en la medida en la que cada manifestación patológica surge desde una estructura existencial que ha creado apuntando a un fin particular; por esta razón el primer paso que debe seguirse si se busca comprender la enfermedad mental es captar y clarificar la estructura existencial de la persona.

Así pues, García y De Castro (2008) exponen que quien busca aliviar la ansiedad es la persona y no son los síntomas que usa, por lo cual la pregunta debería ser sobre el fin o el propósito que tiene la persona por no hacer frente a esa ansiedad. Es preciso explorar de qué y ante qué es la ansiedad, cuáles son los valores que se están viendo amenazados, cómo se reafirma, qué obtiene al afirmarse de esta manera. Estas

cuestiones llevan a que el foco de atención se ponga en la persona antes que en el cuadro sintomático que esta presenta, que es solo un medio de la persona para manifestar su proyecto de vida.

En concordancia con lo anterior, Yalom (1980), afirma que lo que se da en la psicopatología, a nivel consciente o inconsciente, es una forma de lidiar con la ansiedad, pero a pesar de que estos mecanismos de defensa provean seguridad, restringen el crecimiento y la experiencia.

De Castro, García y Eljagh (2012) afirman que ante la sensación de vacío y/o frustración existencial la persona podría tender hacia una orientación en la que solo se satisfagan los deseos de forma ciega e inmediata, lo que impide desear. En estos casos no se da una sensación de bienestar perdurable en el tiempo, no se integra el significado de dicho deseo constructivamente a la experiencia, no se abarca la mayoría de las dimensiones de existencia de la persona y cada vez se aparta más a la persona de la posibilidad de desear.

Ante la incapacidad de desear, May (2002), citado por De Castro, García y Eljagh (2012), propone la aparición de 6 sensaciones o síntomas: apatía, desesperación, falta de comunicación, futilidad, falta de fe y esterilidad. Los síntomas entonces aparecen como una manera de compensar, tapar y evitar estas sensaciones que pueden ser muy dolorosas si permanecen en el tiempo y abarcan las diferentes áreas de la vida de cotidiana (De Castro, García y Eljagh, 2012).

En este sentido, antes que pretender atacar o curar el síntoma se debe considerar que este está apareciendo como forma de protegerse ante las sensaciones que genera la falta de desear. El trabajo indicado reside en la posibilidad de llevar a la persona a que se contacte con sus deseos y el significado de ellos, orientándolos hacia un desear

consciente que se encaminado hacia metas constructivas (De Castro, García y Eljagh, 2012).

Es preciso tener en cuenta que nunca se debe perder de vista el sentido de la experiencia de la persona, pues esta es la única forma de captar lo que la persona pretende con su enfermedad. En contraposición, si se pretende solo observar los síntomas y las conductas ‘desviadas’ se da un retroceso en la comprensión del otro y se aparta de su experiencia. En este punto es importante estar atento a las reacciones que se dan en el interior del terapeuta al momento de atender una problemática dada (pensamientos, emociones, prejuicios), pues estas pueden constituirse en barreras para el acercamiento y comprensión de la totalidad de la experiencia del paciente (García y De Castro, 2008).

Con el fin de complementar estos planteamientos, a continuación se detallará más sobre los diferentes aspectos de la relación terapéutica.

El trabajo psicoterapéutico

Retomando ideas trabajadas en apartados anteriores, Romero (2003) afirma que el objetivo de un proceso de terapia es el encuentro de la persona consigo misma, de tal forma que se libere un poco de las estructuras que le coercionan, ganando mayor libertad y una visión más abierta del mundo. Estas manifestaciones son el resultado del desarrollo de cuatro aspectos que mantienen apertura en la posición existencial del ser humano: espontaneidad, autenticidad, creatividad y libertad (Esaucrilib).

En este sentido, el mismo autor señala que una personalidad saludable es aquella que sabe afrontar sus responsabilidades, atiende sus necesidades teniendo en consideración el respeto a los demás, enfrenta las dificultades propias de su contexto (evolutivo, social, económico) manteniendo la confianza en sí mismo y en los demás y

procurando un sentido positivo respecto a las posibilidades de ser en su mundo (Romero, 2003).

Ahora bien, según Romero (2003) el proceso terapéutico no solo involucra al paciente, sino que ante todo, es una relación dialéctica paciente-terapeuta. Es una relación formal entre alguien que está necesitando ayuda y alguien que está en capacidad de proporcionar esta ayuda profesionalmente, y requiere de ciertos aspectos para obtener un carácter terapéutico (que favorezca el desarrollo personal y el cambio). Estos son los requerimientos que propone Romero (2003)

- Debe ser una relación de tipo profesional en donde estén establecidos claramente los papeles de los participantes y los objetivos que se esperan de ella.
- El terapeuta debe estar formado profesionalmente y tener un desarrollo personal que suponga la internalización y aplicación de los saberes y actitudes terapéuticas
- Se debe tener un vínculo positivo de afecto, que implique aceptación por parte de los participantes y credibilidad
- Se debe estar comprometido mutuamente, orientados por los objetivos de cambio
- Se debe conservar el respeto de la distancia terapéutica ideal

Al profundizar en el segundo requerimiento, es posible añadir que para ejercer como psicoterapeuta no basta con tener el título, ni la buena intención de ayudar a alguien a afrontar una dificultad. La labor psicoterapéutica va más allá del sentido común y de estos aspectos, implica que sea menester interiorizar y desarrollar ciertas actitudes básicas, tal y como lo plantea Romero (2003). Este autor ofrece una descripción muy clara de estos saberes-actitudes a los cuales denomina de la siguiente

manera: saber acoger, saber empatizar, saber escuchar, saber observar, saber ser objetivo, saber indagar y cuestionar y saber orientar.

Estos constructos no son exclusivos de los psicoterapeutas, son accesibles a cualquier persona que desee tomar una actitud de mayor apertura ante la vida, desarrollar su creatividad y enfrentarse a sus inevitables barreras, desafíos y dificultades (Romero, 2003).

Saber acoger hace referencia a la capacidad y posibilidad del terapeuta de tener una actitud dispuesta ante el otro, invitarle y permitirle que sea él mismo, sintiéndose cómodo en su presencia. Es una invitación que no se expresa solo con palabras, sino que se asume una postura corporal y una disposición completa ante el otro (Romero, 2003). El autor añade que al acoger a otro se invita a que también se acoja a sí mismo, se abra al terapeuta y a sí mismo en una doble dirección; la persona se percibe aceptada y adquiere confianza para mostrarse en su forma más genuina.

Así pues, como menciona Yalom (2006) cuando un paciente se abre ante el terapeuta, expone un territorio de significados nuevo e inexplorado, que puede resultar para él o ella, difícil de hablar y que decide en ese momento traer a la sesión. Es evidente que la relación terapeuta-paciente tiene unos objetivos que condicionan el tipo de relacionamiento, pero esto no debe ser impedimento para que se genere, desde el primer momento, un flujo de apertura, empatía y comprensión; teniendo presente siempre que la relación terapéutica conlleva siempre una implicación emocional con el paciente (Villegas, 2013).

La actitud de acogida no es solo una postura de la etapa inicial de la relación terapéutica, sino que debe estar presente en cada momento, en cada espacio de la relación y con todas las facetas del paciente. En este punto es preciso también considerar que para el terapeuta puede resultar más sencillo, en términos de implicación

emocional y defensiva, acoger ciertos aspectos de la persona y otros no. Esta distinción, que está dada por la ansiedad del terapeuta y lo que busca preservar desde su centro de valoración personal, puede representar un obstáculo en el desarrollo del proceso terapéutico y especialmente en el respeto por los tiempos del paciente.

Al respecto, Villegas (2013) es muy claro al manifestar que al acoger al otro como un 'tú' se siente una especie de 'amor' compuesto de respeto, afecto, aprecio e interés, al que el autor denomina «amor terapéutico». Con esta afirmación pone en manifiesto que la relación entre paciente y terapeuta es real y auténtica y que sobre ella recae, en mayor medida, el proceso de curación.

Muy cercano al saber acoger se encuentra el saber empatizar. Esta cualidad implica ubicarse en el lugar del otro de tal forma que se capte el movimiento y la direccionalidad de su afecto; si esto no se consigue es muy difícil poder comprender su experiencia, especialmente si se trata de algo con lo que no se concuerda o no se está familiarizado (Romero, 2003). Es poder estar en los zapatos de quien vive la experiencia y la comunica de forma verbal o no verbal; ser empático no es una tarea sencilla, pues para poder conectarse con el otro y captar cómo se vivencia, es necesario que se encuentre en el propio ser elementos comunes que permitan esta conexión. En palabras más sencillas: es necesario conectarse con la propia sensación de vacío, vulnerabilidad, impotencia, etc., para poder captar cómo el otro puede estar vivenciándola en ese momento específico.

Romero (2003) es muy claro al afirmar que, al ser empático, el terapeuta se sentirá tocado de alguna forma por el infortunio del paciente, se podrán ver sus motivos y sus errores con indulgencia, el paciente podrá notar que no se le está juzgando y percibirá la intención de ayudarlo. Solo al optar por esta postura personal, es posible realizar intervenciones, preguntas, señalamientos, gestos, contenciones que hagan sentir

al paciente comprendido y aceptado en su totalidad, premisa fundamental para la propia aceptación. Los postulados de Yalom (2006) apoyan esta afirmación al considerar que los pacientes se ven grandemente beneficiados por la sola experiencia de sentirse vistos y comprendidos totalmente.

Al respecto, Villegas (2013) menciona que la necesidad de ser escuchado y entendido pide respuestas de comprensión que son totalmente distintas a interpretaciones; el terapeuta en estos casos no debe ser un juez, ni un eco, ni en un director de los pensamientos y sentimientos del paciente, sino una conciencia reflexiva de la conciencia espontánea del ser en el mundo del paciente.

Esta última afirmación requiere conocer el mundo del paciente, las bases sobre las que se ve estructurado y en torno a las cuales se establecen sus valores, y al mismo tiempo, tomar la distancia ideal para afirmar esta reflexión válida de sus vivencias (Villegas, 2013).

En este mismo orden de ideas, el poder recibir al paciente tal y como es, y poder seguir el movimiento de su afecto, exige que necesariamente se adopte una postura de escucha y comprensión; esto requiere del terapeuta atención y respeto. Escuchar significa disponerse en una actitud de receptividad cordial, guardando una postura corporal de aproximación a quien habla, dando paso al otro para que se exprese. Implica saber omitirse, optando por un silencio acogedor, pertinente e interesado, evidencia de una entrega apasionada y reflexiva. Escuchar es muestra de estar disponible, sin la urgencia de expresar los propios sentimientos, de esta forma es posible captar el sentido menos explícito de un mensaje, e incluso atender a una invitación que este haga (Romero, 2003; Villegas, 2013).

Se puede sintetizar lo anterior proponiendo que saber escuchar implica contemplar, silenciar la mente, y solo quien consigue esto puede captar el valor esencial

de la palabra (Romero, 2003). De esta manera, solo al escuchar atentamente al otro, siendo receptivo ante lo que dice pero especialmente a cómo se dice, al proceso experiencial hay tras sus palabras, es posible tener una buena intervención o una buena respuesta. Si se está atento a las necesidades afectivas que guían el fluir de las palabras, si el terapeuta se conecta de manera eficaz con lo que el paciente está diciendo al escucharlo en silencio, es menos probable que el propio ruido interfiera y se haga una intervención fuera de tiempo o de lugar.

En ocasiones, el terapeuta puede encontrarse a sí mismo escuchando solamente con la intención de validar una propia hipótesis, y no con la intención de comprender la vivencia del paciente en esa situación en particular. En este caso no se está sintiendo un interés real por el relato del paciente, sino por comprobar síntomas o suposiciones; olvidando que el encuentro con el otro (con todo lo que esto implica) es la parte más humana y sensible de la relación terapéutica (Moreno, 1998).

Otro de los saberes fundamentales mencionados por Romero (2003) es el saber observar y saber estar atento. Estos requieren que factores emocionales o preocupaciones propias no interfieran en el acto de estar atento, muy relacionado con lo que se mencionó anteriormente en el saber escuchar. Esto no implica solamente estar atento a la información verbal que el paciente expresa, sino también a todas las manifestaciones corporales y del proceso psicoterapéutico; suele ocurrir que al avanzar las sesiones (como se cree que ya se conoce a la persona) se relaje la capacidad de estar atento. Esto es perjudicial pues permite que se pasen por alto algunos elementos fundamentales dentro de la experiencia del paciente (Romero, 2003).

Esta postura permite notar cómo evolucionan los tiempos del paciente; al estar atento es posible notar cuándo un paciente es receptivo frente a una apreciación sobre su intencionalidad, o si está o no listo para profundizar sobre sus sentimientos. Si no se

está atento hay una desconexión del proceso en la terapia en ese momento; no basta con solo captar y memorizar el contenido de su experiencia sino que es menester adentrarse en el movimiento afectivo que subyace a estas vivencias.

Teniendo claro este punto anterior, se pone en consideración otro saber-actitud fundamental en el proceso psicoterapéutico: saber ser objetivo. Se manifiesta al poder poner entre paréntesis, por lo menos de forma temporal, el ruido interno, de tal forma que se pueda reconocer qué aspectos son proyecciones personales y ver a la persona sin prejuicios. Está estrechamente relacionada con los puntos mencionados anteriormente, pues se puede estar atento con el fin de etiquetar a la persona dentro de un cuadro sintomático, y no con la actitud de disposición necesaria para comprenderle. Es por esto que la objetividad requiere un desarrollo personal importante, así como una alto grado de autoconocimiento; es fundamental mencionar que ser objetivo no quiere decir que se renuncie a la propia subjetividad- que de por sí es una tarea imposible- sino poder reconocer qué elementos hacen parte de la ella e identificarlos de tal forma que no afecten o maten la percepción del otro (Romero, 2003).

Lo anterior hace referencia a que una vez se puedan reconocer los propios prejuicios, valores, mecanismos de defensa, afanes, etc., -que constituyen a la propia persona del terapeuta- es posible ponerlos a un lado para acercarse con mayor libertad a la postura del paciente. Es preciso mencionar, con mucho énfasis, que nunca se podrá asumir completamente la postura del otro, pues eso implicaría anularse a sí mismo, cosa que es imposible de hacer siendo un ser creador de significados y en constante valoración del propio mundo.

La aplicación de los saberes anteriormente mencionados puede verse manifestada en el saber indagar y cuestionar, pues el diálogo genuino, interesado y empático no es un interrogatorio ni un listado de preguntas destinadas a llenar un

formato. Este proceso exige pertinencia y una secuencia lógica que permita ciertas cuestiones y por el contrario marque el ritmo para que otras no sean indicadas. Las intervenciones impertinentes pueden alejar al paciente del camino que había tomado o distrayéndolo de otro que estaba por mostrarse ante sus ojos; sin mencionar que, como se mencionó antes, es evidencia de la falta de empatía del terapeuta en ese momento (Romero, 2003).

Finalmente, Romero (2003) dilucida la importancia de saber orientar al mencionar que el paciente asiste a la consulta atravesando por un momento de desencuentro y necesita ayuda externa que le permita considerar nuevas perspectivas y le permita ubicarse mejor en su realidad. El terapeuta cumple este rol; consiste en orientar sin imponer, llevando al paciente a la conciencia de su libertad.

Una vez descritos los saberes-actitudes del terapeuta, es importante considerar dos niveles de la terapia cuya comprensión es fundamental para aprehender la esencia de la psicoterapia existencial: proceso y contenido.

Para poner en contexto estos dos conceptos es necesario hablar antes de un tercero que enmarca la dinámica de la psicoterapia, la relación terapéutica. De acuerdo con De Castro y García (2011) se entiende que el terapeuta busca acercarse y adentrarse en la vivencia del paciente como medio para comprender sus experiencias desde la perspectiva propia de su existencia, por lo cual se debe propiciar un proceso en donde ambos –terapeuta y paciente- participen de forma dialéctica en la experiencia de quien consulta. Este proceso es el encuentro. Es necesario porque la psicoterapia debe ofrecer un espacio genuino en donde la persona pueda desarrollar sus potencialidades y considerar sus posibilidades de ser.

Romero (2003) afirma que en esta relación no se tiene al paciente como una figura pasiva esperando por las recomendaciones y consejos del terapeuta, sino que antes por

el contrario, es el protagonista de su experiencia y el terapeuta es un co-agente que la acompaña durante este proceso. De igual forma, es preciso reconocer que tanto de parte del paciente, como de parte del terapeuta pueden existir obstáculos en este relacionamiento; cuando surgen de parte del terapeuta, se anula uno de los saberes básicos antes mencionados, saber acoger.

Transversalmente a este encuentro se ubica el concepto de presencia. Esta permite comprender y sentir, en la medida de lo posible, el movimiento del afecto de la otra persona, lo que está experimentando; consiste en considerar al otro como una persona a la que comprender, y no un objeto al que analizar (Villegas, 2013).

La presencia hace referencia de forma explícita al hecho de tener en cuenta la experiencia presente en su totalidad, que tiene lugar en el paciente en su relación en ese momento inmediato con sí mismo y con el terapeuta (De Castro y García, 2011). Atender a la experiencia inmediata consigo mismo alude a la presencia intrapersonal, pues apunta al reconocimiento del afecto, la corporalidad, del propio ser existencial en ese momento específico; ‘cómo me vivencio en este instante conmigo mismo’. Mientras tanto, atender a la experiencia inmediata en la relación con el otro pone en consideración cómo se ve afectada la propia vivencia y cómo ‘me experimento en función de la presencia del otro en mi vivencia’. Esta forma de presencia es la denominada interpersonal.

En síntesis, como mencionan De Castro y García (2011), la presencia implica apertura experiencial con uno mismo y con el otro en función de una vivencia que se comparte en el momento presente. La presencia es más que la estrategia mediante la cual se capta la experiencia del paciente en el proceso terapéutico, es una postura y una actitud de estar ahí, «presente», relacionándose existencia a existencia.

Habiendo mencionado lo anterior, se plantea que el proceso implica poner la mirada sobre lo actual, invocarlo, hacer referencia a lo que el paciente está vivenciando aquí en este momento a partir de su relación con el terapeuta. Más que explorar sobre eventos pasados o planes futuros, se enfatiza en el proceso que se está vivenciando en el presente, ahistóricamente; esto es trabajar en el aquí y el ahora (De Castro y García, 2011; Yalom, 2006).

Al ser la sesión terapéutica un microcosmos social, es decir que las dificultades que surgen a nivel interpersonal afuera, se reproducirán eventualmente en el espacio terapéutico. En este sentido, la atención en el proceso permitirá captar estos patrones de mal adaptación (Yalom, 2009).

Por su parte, De Castro y García (2011) mencionan que el contenido se refiere a lo concreto de la experiencia del paciente, que puede permitir hacer un análisis teórico y abstracto pero que no tiene la riqueza del proceso experiencial.

Psicoterapia infantil

Anteriormente se ha mencionado de forma genérica los aspectos que constituyen el momento terapéutico y que interactúan en la dialéctica de la relación. Sin embargo, es preciso ofrecer un marco de referencia para el trabajo con niños, pues el proceso terapéutico con ellos requiere elementos más específicos, lúdicos y simbólicos; así como el trabajo en conjunto con los padres.

Como punto de partida se pone en consideración la siguiente pregunta: ¿Qué motiva a los padres a llevar a su hijo a terapia? Muchos terapeutas y teóricos se plantean este interrogante y la interpretación de estas motivaciones varía según desde donde se le plantee. Violet Oaklander atendió a esta pregunta considerando que muchos padres dudan en buscar ayuda profesional cuando el niño está presentando algún tipo de dificultades, aludiendo que es una etapa que pasará; e indica que los padres suelen

finalmente establecer contacto con el terapeuta cuando sienten que la situación ya se ha vuelto muy difícil (tanto para el niño como para ellos), cuando se presenta un evento extraordinario (como una enfermedad, abuso, conflicto) o cuando el mismo niño solicita ayuda (Oaklander, 2001).

En la medida en la que el niño crece descubre que la vida no es perfecta, que el mundo en el que vive es un lugar con contradicciones, caos y dicotomías.

Adicionalmente, sus padres también tiene que enfrentar sus propias dificultades; los niños aprenden a manejar y compensar estas situaciones de diferentes maneras, muchos son afortunados en hacer uso de recursos sanos y muchos otros no; pero todo los niños hacen lo que pueden por abrirse paso y sobrevivir (Oaklander, 2001).

Lo anterior indica que, los niños, al igual que los adultos, cuidan de sí mismos; algunos se repliegan para evitar ser heridos, otros crean universos fantasiosos para hacer de su mundo un espacio menos hostil, algunos otros viven dejando por fuera todo lo que es doloroso y otros se protegen golpeando de vuelta. Esta última forma de cuidar de sí mismo es la que más llama la atención de los adultos, siendo reforzada, paradójicamente (Oaklander, 2001). En este punto es preciso tener presente que el niño en este momento no presenta síntomas, como si estos fueran un ente separado de su propia vivencia, sino que él mismo es estos síntomas, son su creación en este momento específico de su existencia; por lo cual, más que comprender el síntoma, es necesario captar, conocer y comprender la estructura psicológica que está detrás, debajo y que es transversal a estas manifestaciones de malestar (García y De Castro, 2008).

Antes se mencionó que el proceso terapéutico con niños difiere en la forma de trabajo con adultos en cuanto a las herramientas que se utilizan como medio, en el proceso con los pequeños se hace uso del valioso recurso de la terapia de juego. Debido a la naturaleza de las vivencias de la infancia, el juego es la forma más natural y

espontánea que tienen los niños para expresar sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, confusión y desconcierto, como bien lo reseña Axline (1981). Esta misma autora señala que al jugar expresando estos sentimientos se traen a la superficie, abriéndolos, enfrentándolos, aprendiendo a controlarlos o a dejarlos ir.

Este último punto es uno de los objetivos más valiosos en la terapia con niños, que es lo mismo que se pretende con los adultos mediante el diálogo. El juego, además, tiene la posibilidad de recrear situaciones en las que el niño se sienta capaz, valioso, seguro, y en donde, a través de su potencial creador, pueda recrear micro cósmicamente sus posibilidades de ser. Complementariamente, Oaklander (2001), desde una perspectiva gestáltica, propone que en la medida en la que se despiertan los sentidos del niño, que comienza a conectarse con su corporalidad, puede reconocer, expresar y aceptar sus sentimientos guardados; aprendiendo de esta forma a reconocer, verbalizar sus deseos, su postura y necesidades.

Esta misma autora, Oaklander (2001) afirma que solo en la medida en la que el niño aprende quién es y se acepta en su diferencia con el otro, se podrá contactar de forma sana con los demás y con el terapeuta ahí en la sesión. Esta toma de conciencia, de quién se es, que se es poseedor de deseos, de sentimientos, voluntad, de intención es lo que facilita el cambio; viendo el cambio como una apertura a las posibilidades de ser, teniendo la oportunidad de enfrentar y revisar las opciones y elecciones disponibles que podrían mejorar su vida.

Ahora bien, como se mencionó al comienzo de este capítulo, el proceso psicoterapéutico con niños está muy vinculado al trabajo que se realiza con los padres o cuidadores. Estos son, en gran medida, quienes atienden o desatienden las necesidades del pequeño y quienes vivencian las posiciones que adopta en relación con su mundo.

Es muy importante tener en cuenta la historia familiar y personal del pequeño, el contexto en el que vive, las condiciones previas y actuales de la familia e indudablemente los factores biológicos y hereditarios. No obstante lo anterior, es preciso no perder de vista el momento actual, como bien lo referencia Aberastury (2015) citando a Allen (1945):

Sin embargo, lo que desde el punto de vista terapéutico nos interesa ante todo es la realidad actual de los padres preocupados y del niño trastornado y no aquella narración histórica en sí. Los valores curativos inherentes a la experiencia actual en la cual el terapeuta y el paciente se encuentran, pueden quedar desviados y hasta perdidos si no tenemos en cuenta el presente y nos dedicamos sólo a la tarea tortuosa e infinita de descubrir todo lo que había ocurrido en el pasado. Nuestra función terapéutica más importante es la de comprender el presente aunque el contenido de este se nos ofrezca, en gran parte, en términos de pasado; y, en efecto, a partir de esta comprensión, podemos llegar a una mejor valoración del pasado. (Allen, 1945, p.19, citado por Aberastury, 2015)

Se considera de gran relevancia mencionar algunos aspectos fundamentales sobre el papel de la familia en la historia del niño y en su proceso de desarrollo. No se puede desligar el pequeño nunca de su historia, de su contexto y de su realidad social, económica, cultural y familiar; desde estos contextos debe entenderse su construcción de significados y sus necesidades afectivas. A continuación se presenta un breve apartado que resalta algunos aspectos importantes del rol de la familia.

El papel de la familia

La familia es el contexto en donde se desenvuelve la historia del niño, todo lo que sucede en ella, desde la etapa prenatal, incide en el desarrollo del pequeño. Como lo menciona Cyrulnik (2010), mucho antes del nacimiento, el bebé deja de estar dentro de

su madre y empieza a estar con ella, interactuando con sus reacciones emocionales y corporales. Cuando el bebé nace se sumerge en el mundo de sus progenitores, queda inmerso en las representaciones que ambos tienen sobre ser padres, sobre crianza y en sus formas de vincularse.

Cuando el niño es presentado a sus padres por primera vez, es imperiosa la necesidad de estos de buscar la mínima prueba física que les permita percibir al recién nacido como su hijo; esto favorece la acogida del niño en la familia y facilita concederle un lugar en la historia de esta (Cyrułnik, 2010). Los padres que reciben a niños con temperamento fácil, suelen adaptarse sin dificultad al nuevo integrante de la familia pero corren el riesgo de sentirse demasiado libres a pesar de la presencia del recién nacido. Esta situación podría provocar un relativo descuido por parte de los progenitores, y desorganizar el prometedor punto de partida en la personalidad del pequeño; un niño con temperamento demasiado fácil corre el riesgo de verse solo, lo que afecta su fase siguiente de desarrollo (Cyrułnik, 2010)

Por otra parte, el mismo autor plantea que un niño con temperamento difícil o que es percibido como problemático, puede obligar a los padres a tener una mayor vigilancia y cuidado sobre él, reparando el trastorno y mejorando la calidad del vínculo.

En la medida en la que el niño crece descubre que la vida no es perfecta, que el mundo en el que vive es un lugar que puede ser hostil. Adicionalmente, sus padres, al tiempo que se ocupan de él, deben atender sus propios conflictos y dificultades personales y de pareja; los niños aprenden, cada uno a su manera, a lidiar y sortear estas situaciones, como lo menciona Oaklander (2001).

Los padres y hermanos impulsan y acompañan a los niños a lo largo de sus etapas de desarrollo, siendo testigos y participes de sus logros y carencias. Así pues, las familias tienen la función de acoger y contener las turbulencias que surgen en la vida

del pequeño; una familia suficientemente contenedora (tomando prestadas algunas palabras de Winnicott) favorecerá que el niño elabore e integre estas experiencias. Mientras tanto, una familia en donde no tiene cabida una sana expresión del malestar, en donde el niño encuentra un ambiente muy rígido o muy desestructurado, propiciará que aparezcan formas inapropiadas de relacionarse, de lidiar con la angustia y de vivenciarse a sí mismo.

Análisis del caso

Seguidamente se realizará un análisis de cada sesión en función de los siguientes elementos: saberes terapéuticos –saber acoger, saber empatizar, saber escuchar, saber observar, saber ser objetivo, saber indagar y cuestionar, y saber orientar-, proceso y contenido, presencia interpersonal e intrapersonal. Se evidenciará cómo la aplicación de estos conceptos, o la falta de ella, favoreció u obstaculizó el proceso terapéutico.

Primera sesión

Desde el primer momento la terapeuta optó por una postura prejuiciosa ante el caso de Alejandro. En la primera sesión con el padre se pudo evidenciar esta actitud en los siguientes apartados:

La terapeuta, por experiencias previas, tiene una fuerte creencia en el carácter complicado de este tipo de casos, adicionalmente, considera que no se cuenta con el acompañamiento adecuado por parte de los padres.

En esta revelación sobre las creencias de la terapeuta se evidencia su dificultad por acoger la situación del paciente y juzgarla aún sin conocerla. De acuerdo con Romero (2003), al acoger y al ser objetivo la persona se percibe aceptada y adquiere confianza en su forma más genuina, en este momento la terapeuta no había conocido el paciente ni su situación y ya se encontraba etiquetándolo como complicado y quizá en cierta medida limitando su posibilidad de actuación en el proceso de terapia. Estos

sesgos actúan sobre la manera en la que se relaciona con el otro, y en cómo se aprecian sus posibilidades de mejorar. Afortunadamente, en el transcurso de la primera sesión la terapeuta encontró que este juicio había sido erróneo y pudo disminuir la manera en la que esta percepción afectaba su visión del caso y del paciente, como se evidencia a continuación:

El padre del paciente es bastante detallado en cuanto a la relación de cercanía y afecto que mantiene con su hijo, hecho que, a juicio de la terapeuta, fue una agradable sorpresa tratándose de un caso del ICBF.

Seguidamente, en esa misma sesión, la terapeuta se permite desconectarse del relato del padre del paciente con el fin de validar en su mente un juicio de valor sobre la situación familiar, hecho representado en este fragmento:

Al escuchar esto la terapeuta se sorprendió en gran medida por cómo estas situaciones se presentaban aún en esta época, por su mente pasaron pensamientos sobre el imaginario colectivo sobre el rol femenino, cómo a esas dos señoras les podía faltar más empoderamiento y empezó a imaginar los posibles escenarios de cómo el padre concretó tal acuerdo con ambas. Pensó también en que esto quizá se trataba más de una postura moralista que feminista, pues no conocía la situación de las dos mujeres frente al acuerdo. Luego de unos segundos de debate mental, notó cómo esto le había llevado a desconectarse del relato del acudiente y su atención regresó forzosamente a este.

Como es notorio, esta discusión mental que sostiene la terapeuta, corresponde a aspectos de su propia experiencia y de su imaginario, que en este momento pone por encima de la relación con el padre del paciente; en otros términos, no estaba adoptando por la postura de comprensión y escucha que caracteriza al saber escuchar. Como lo mencionan Romero (2003) y Villegas (2013), saber escuchar implica silenciar la mente,

acallar el ruido interno y poner a un lado los prejuicios mientras se atiende a la experiencia del otro. Esta hubiese sido una excelente oportunidad para la terapeuta de captar cómo el padre posicionaba a Alejandro en medio de estas dos familias, o para notar con atención si daba mayor importancia a su presencia en uno de los dos núcleos familiares. En lugar de eso, la terapeuta se desconectó del aquí y el ahora haciendo un análisis, a la luz de sus propios pensamientos, del contenido de lo que se narraba, perdiendo de vista el proceso.

El proceso es de gran relevancia pues se refiere al tono afectivo que acompaña lo que se dice en la sesión, implica poner la atención en lo actual y poder captar estas manifestaciones del afecto. Como lo mencionan De Castro y García (2011) el terapeuta debe buscar acercarse y adentrarse en la vivencia del paciente como medio para comprender sus experiencias desde su postura, estando atento al movimiento afectivo que subyace a todo encuentro entre dos personas.

La terapeuta, luego de percatarse de la forma en la que se había desconectado debido a su propio ruido interno, se dispuso en mayor medida a estar presente en la sesión. Se evidencia luego, en el siguiente fragmento:

(...) Yo decía, no vecino, no puede ser; pero cuál ha sido mi sorpresa doctora que cuando llego a la tienda y empiezan a mostrarme el video de seguridad, ahí aparece Alejandro cogiendo el celular, se ve clarito que es él.

En este momento la terapeuta se sorprende ligeramente por el hecho, pues era un niño muy pequeño presentando estas conductas, pero sin mostrarse de esta manera responde de la siguiente forma:

T: Me imagino, Don Jorge, que debió haber sido muy difícil para usted ver eso.

El padre asintió (...)

En esta ocasión, fue posible para ella ofrecer una respuesta empática y acogedora ante el relato del padre del paciente. De acuerdo con Romero (2003), al ser empático es posible sentirse tocado por la situación del paciente, y al estar dentro de este proceso se podrán realizar intervenciones asertivas y de acuerdo con este movimiento afectivo.

Más tarde, en esta sesión, la terapeuta pone nuevamente sus prejuicios y sus hipótesis pre elaboradas por encima del niño que aún no conocía, como se refleja a continuación:

En su mente ya había una clara representación del paciente como un niño descontrolado, que iba a llegar a la consulta a destruir los juguetes, un niño que iba a ser difícil manejar.

Este sesgo predispondría luego la manera en la que ella recibiría al paciente. Sin lugar a dudas, esta anticipación a la experiencia real favorecía en la terapeuta una sensación de seguridad, pues al imaginarlo de esta manera no debía estar a merced de la incertidumbre producto de no conocerlo. De acuerdo con De Castro y García (2011), la experiencia de ansiedad se relaciona siempre de manera estrecha y directa con los valores y significados desde los cuales una persona asume su postura ante las situaciones. En este caso, la terapeuta considera valiosa la sensación de seguridad que le ofrece hacerse una idea sobre el paciente, aunque esta pueda representarle dificultades en el encuentro más adelante.

Segunda sesión

Durante esta sesión tuvieron lugar reacciones de la terapeuta que denotaban su ansiedad ante el manejo de situaciones en las que debía orientar, en cierta medida, el relato del padre de Alejandro y el manejo que desde casa se le daba a las situaciones problemáticas. Los siguientes son apartes clave en esta premisa:

(...) La terapeuta se encontraba ligeramente consternada, pues no sabía de qué manera interrumpir a Don Jorge para preguntarle por la ausencia de Alejandro; simultáneamente sentía molestia con el padre del paciente por ser tan laxo con los límites y por no permitirle a su hijo aprender de las situaciones que estaban presentándose. Pasados 20 minutos de la sesión, de ininterrumpida narración, la terapeuta interviene de la siguiente manera:

T: Don Jorge, ¿y el niño?

P: Doctora, en la casa.

T: ¿Por qué no vino?

P: Ah doctora, ¿tenía que traerlo?

En esta interacción se presentaron varias situaciones susceptibles a ser analizadas. En primer lugar, la terapeuta quiso omitir el momento “tenso” de preguntar desde el comienzo por la ausencia del niño, no obstante, al no hacerlo tan solo consiguió que este momento se alargara por 20 minutos. La necesidad de evitar estos momentos de confrontación podría relacionarse con que, para la terapeuta, la aprobación o percepción que otros tengan de ella tiene un gran valor. Por este motivo, si no es consciente de que esto está presente con ella en el momento de la sesión, evitará a toda costa las situaciones que la lleven a esta posición.

Al mismo tiempo, durante esta sección de la sesión, la terapeuta no estaba manteniendo la distancia ideal necesaria para validar las acciones del padre desde su propio centro de valores, como lo plantea Villegas (2013), sino que estaba asumiendo la situación como un ataque personal a sus propios valores.

No obstante lo anterior, luego de este momento, la terapeuta fue capaz de captar la intencionalidad del padre en ese momento ahí y entonces con ella. Esto no hubiese sido posible si solamente hubiera estado atenta al contenido del relato del padre, sino

que exigía estar pendiente al proceso que acompañaba esta narración. Al mismo tiempo, fue necesaria la presencia interpersonal para poder comprender y sentir la experiencia del paciente en su relación en ese momento inmediato con sí mismo y con la terapeuta (Villegas, 2013; De Castro y García, 2011). Como se muestra a continuación:

En este momento, por la mente de la terapeuta surgió la realización de que Don Jorge estaba haciendo lo mismo que hacía con sus vecinos. Estaba asumiendo este espacio por Alejandro, tomando la responsabilidad que al niño le correspondía. La terapeuta hizo esta acotación:

T: Don Jorge, me llama la atención que usted también viene a poner la cara acá por Alejandro, de la misma forma que hace con sus vecinos.

Tercera sesión

Esta sesión marca el primer encuentro de la terapeuta con Alejandro, por lo que, en primera instancia, implica una validación o reestructuración de los sesgos que había elaborado sobre el paciente, tal y como se muestra a continuación:

Antes de que Alejandro llegara, la terapeuta tenía en su mente una idea de cómo podría ser el niño. Pensó en que, de acuerdo con la descripción del padre, el niño llegaría descontroladamente a tomar todos los juguetes y que sería todo un reto pedirle que organizaran todo al finalizar el tiempo de consulta. ¿Cómo sería Alejandro físicamente? ¿Sería hermoso como lo describió el padre? Todos estos interrogantes golpeaban fuerte en el imaginario de la prevenida terapeuta.

El niño ingresó al consultorio notándose tímido ante este nuevo ambiente. Sin lugar a dudas esta reacción inicial tomó por sorpresa a la terapeuta, que esperaba un niño híper expansivo desde el primer momento.

Como se mencionó anteriormente, al tener una idea en mente de cómo sería Alejandro, la terapeuta podría irse relacionando con él, a través de sus prejuicios, y esto

le ofrecería una mayor sensación de seguridad. Es importante mencionar, que aunque la terapeuta tenía prejuicios fuertes ante el paciente, estaba abierta a la experiencia de conocerlo y no intentar validar o legitimarlos por encima de la persona de Alejandro.

Ahora bien, como lo mencionan autores como Romero (2003), Yalom (2006) y Villegas (2013) la acogida es una postura, una invitación con actitud dispuesta ante el otro, recibiendo de él lo que tenga por ofrecer, respetando sus tiempos y aceptando sus limitaciones. En el siguiente fragmento se puede ver cómo la terapeuta no asume esta postura y favorece que Alejandro continúe usando sus mecanismos defensivos al sentirse abrumado o presionado a expresar sus emociones.

T: Tu papá ha estado preocupado últimamente por unas situaciones que se han presentado en casa. ¿Sabes a qué situaciones se refiere?

*A: *asiente con la cabeza**

T: ¿Quieres hablar de ellas?

A: Me da pena.

*T: Está bien Alejandro, entiendo que no es fácil hablar de esas cosas. *silencio*
¿Quieres jugar?*

Esta intervención se dio durante los primeros minutos de conversación con Alejandro. A pesar de que se trataban de aspectos importantes para poner en contexto el trabajo de las dos partes, esta intervención no tuvo en consideración que este sería un tema de difícil manejo para el niño; aún más grave es que ni siquiera la terapeuta se había preocupado por establecer una cercanía con el mundo del paciente y su estructura de significados. En este punto la terapeuta no conocía quién era el niño, lo que sabía de él había sido aportado en semanas anteriores por el padre del menor. Como mencionan De Castro y García (2011) no se trata de entender un fenómeno psicológico – en este

caso las conductas de Alejandro- como si estas fueran separadas de su experiencia y no tuvieran un sentido desde su postura personal.

De la misma forma Oaklander (2001) menciona que, usualmente, al trabajar primero con los niños lo que es fácil o cómodo para ellos, se encuentran más dispuestos a adentrarse en temas más difíciles. Así, en el momento en el que la terapeuta se dispuso genuinamente a conocer al niño, y su estructura de significados, fue más sencillo que este se abriera a la relación con ella, como se evidenció en el siguiente diálogo:

La terapeuta indagó sobre los gustos del niño, cuál era su deporte favorito, la comida que más le gustaba, el nombre de sus amigos, el colegio en el que estudiaba. En este momento Alejandro comentó lo siguiente:

A: Ayer a una niña en el curso le robaron la cartuchera.

T: ¿Sí? ¿Cómo paso?

A: No sé, ella la dejó ahí en el bolso y después no estaba.

T: ¿Y tú sabes quién fue?

Sin embargo, justo en este momento la terapeuta se apresuró a intentar resolver rápidamente el problema o la situación por la cual asistía Alejandro a consulta, perdiendo de vista que estos síntomas son creación de la estructura psicológica que está detrás y que solo conociéndola podría acercarse al significado y sentido de estas manifestaciones (De Castro y García, 2011). A continuación queda plasmado lo anteriormente descrito:

En este momento la terapeuta pensó en que quizá sería el momento apropiado para probar si Alejandro podía confesar que esto había sido acto suyo y empezar a hablar de los otros episodios de hurto.

Luego de esto, la terapeuta consiguió estar atenta al proceso que estaba acompañando el relato de Alejandro y logró captar lo siguiente:

(...) A: Llorar.

T: ¿Cómo crees que se sintió?

A: Triste

La terapeuta notó que esta respuesta parecía automatizada, como si careciera de cualquier valor afectivo. Parecía una respuesta 'de cajón'. Se aventuró a ir un poco más allá.

T: Si te hubieran robado la cartuchera a ti, ¿cómo te hubieses sentido?

A: Triste. Llorar.

La terapeuta notó que estas palabras no reflejaban sentimientos ni acciones para él. Parecían solo palabras pronunciadas.

La posibilidad de percibir el tono afectivo de un instante específico de la relación está determinada por la capacidad de estar atento, saber escuchar, saber acoger, saber observar, siguiendo el movimiento del afecto del interlocutor. Por esta razón, Romero (2003) hace énfasis en que el proceso de la terapia no involucra solamente al paciente, sino que se da en medio de una relación dialéctica paciente-terapeuta.

El hecho de haber percibido en este momento el proceso que acompañaba las palabras, podría haber sido un propulsor para acercarse y conocer más la manera en la que Alejandro vivenciaba sus emociones negativas, no obstante, la terapeuta tenía la tendencia a apresurarse durante las sesiones y a presionar a Alejandro cada vez que este hacía explícito que había algo que le afectaba, como en el siguiente diálogo sobre su relación con su madre:

(...) En este punto Alejandro se notó triste pero parecía sacudirse rápidamente de sus emociones, parecía como si no pudiese profundizar en esas sensaciones hasta sentirlas realmente.

T: Debe ser difícil querer estar con tu mamá y no poder.

A: *Sí. Vamos a jugar con esto mira, ten esto *sosteniendo los tractores**

T: *¿Cómo ha sido esto para ti?*

A: *Coge esto, tú vienes manejando de allá para acá y nos chocamos.*

T: *¿Has hablado con tu mamá de esto?*

El paciente siguió jugando como si no hubiese nadie más en la habitación.

En este punto es posible determinar, sin lugar a dudas, que el paciente no estaba cómodo hablando del tema o no estaba listo para aprehender las sensaciones que estaban vinculadas con esta situación. No obstante, para la terapeuta era un motivo de desesperación, pues necesitaba (para su propia tranquilidad) que la sesión transcurriera a su ritmo y no al del paciente, como se refleja a continuación:

Esta situación frustraba a la terapeuta, pues era como si estuviera hablando con una pared. No sabía cómo continuar en este momento, así que preguntó por su relación con el padre.

En este momento la terapeuta no acogió la forma en la que Alejandro se relacionaba con estas sensaciones, no respetó sus tiempos y su incapacidad, en ese momento, de abrirse más sobre este tema. Al respecto, Romero (2003) y Villegas (2013) mencionan que al acoger al paciente y su forma de sentir en su totalidad, se le está invitando a que él también acoja estas sensaciones y partes de sí mismo. Esta hubiese sido una excelente oportunidad para que Alejandro acogiera lo difícil que era para él no poder estar con su madre, y la tristeza y frustración que esta situación traía consigo.

Onceava sesión

En esta sesión la ansiedad de la terapeuta juega un papel fundamental en su relación con Alejandro. Desde antes del encuentro, tiene presente en su mente que debe obtener resultados pronto; esta aproximación sin lugar a dudas habla del ritmo que para

ella debe seguir el proceso y no de los tiempos que el paciente maneja y necesita. A continuación se pone en manifiesto la anterior premisa:

Antes de que Alejandro llegara a la sesión, la terapeuta tenía en mente que las aproximaciones logradas hasta ahora no estaban dando resultados esperados y que no había conseguido que el niño hablara de sus emociones sin utilizar mecanismos de defensa poderosos.

Es posible notar que para la terapeuta, en este momento, el progreso del niño estaba visto en función de lo que ella pudiera lograr con él, antes que los avances personales que hacían parte del proceso de Alejandro. Esto hablaba de su ansiedad por obtener resultados, y probablemente se veía afectada su propia vanidad al sentir que sus aproximaciones no estaban siendo eficaces. La terapeuta no estaba acogiendo que sus ritmos eran distintos a los del niño y que este necesitaba realizar su proceso dando todos los pasos que necesitara. Como lo menciona Villegas (2013), Yalom (2006) y Romero (2003) el acogimiento invita y permite a otro a ser tal cual es, sintiéndose cómodo en presencia del terapeuta y abriendo la posibilidad de mostrarse en su forma más genuina.

En los siguientes fragmentos es posible evidenciar cómo la prisa de la terapeuta está por encima de las necesidades afectivas del paciente.

(...) La terapeuta estaba decidida a utilizar el recurso de Lucas a como diera lugar.

T: ¿Qué era lo que más te gustaba de Lucas?

*A: Que yo lo quería mucho. Ya no quiero hablar más de Lucas. *tomó las fichas de ajedrez para empezar a jugar pero no sabía cuál mover primero**

*T: *tomando un caballo del tablero* Si este fuese Lucas, ¿qué haría?*

*A: Que ya no quiero hablar de Lucas. Ya no quiero jugar esto, vamos a jugar con este ahora. *Señaló el piso indicando además el dominó de fichas y figuras*.*

(...) T: No me has terminado de contar de Lucas.

*A: *silencio**

T: Si no quieres hablar de él ahora está bien, entiendo que debe ser difícil para ti.

Esta afirmación no era cierta pues la terapeuta no estaba dispuesta a dejar de hablar de Lucas y tampoco estaba entendiendo que para Alejandro era difícil compartir una experiencia de tristeza abiertamente, por primera vez.

En esta sesión Alejandro muestra la manera en la que sabe cómo sentir en ese momento, no se trata de que no quiera mostrarle a la terapeuta esas sensaciones de dolor y tristeza, sino que realmente no sabe cómo sentir las, pues hasta ahora la manera de vivenciarlas ha sido bloqueándolas o desplazándolas. La terapeuta debe permitir que Alejandro las experimente de esta manera, defensiva, hasta que se sienta preparado para dar el siguiente paso y permitirse sentir cómo estas vivencias lo transforman y le tocan.

Esta posibilidad de esperar y respetar los momentos de Alejandro está dada por el saber acoger y el saber ser empático con su dificultad para sentir el dolor o la tristeza. Al poder captar el movimiento de su afecto, es decir, no solo la tristeza incipiente, sino, y ante todo, su dificultad para sentirla, se podrá comprender su experiencia y el sentido que para él tiene vivenciarse de esta manera, aquí y ahora con la terapeuta.

La prisa de la terapeuta no solo estaba dada por la necesidad de que Alejandro expresara sus sentimientos de tristeza y dolor, sino que además, esperaba que en esta misma sesión se pudieran tocar temas aún más complicados para él, como lo era la relación con su madre. A continuación, la acotación de la terapeuta que permite concluir lo anterior:

La terapeuta se ubicó en el piso con Alejandro pero no podía dejar de pensar en que Lucas era lo primero que Alejandro le había contado sobre una experiencia de pérdida. En sesiones anteriores había mencionado superficialmente su tristeza por la

enfermedad de su mamá y que esto le impedía vivir con ella, pero nunca había mencionado su temor a perderla (que sí había sido explícito en el padre en la sesión de devolución). La terapeuta estaba decidida a que Alejandro hablara de Lucas en esa sesión, a que llorara de tristeza y que eventualmente dijera que así como le dolió perder a Lucas le dolería perder a su mamá.

Sin lugar a dudas, en este momento la terapeuta había perdido de vista a Alejandro y se había centrado solamente en los objetivos de la terapia y en la reducción o alivio de los síntomas. Según lo propuesto por Oaklander (2001) los niños no siempre están en la obligación de reconocer las cosas, en ocasiones se retraen y temen hacerlo, o no están preparados. Suelen expresar a su manera lo que necesitan o quieren en un momento específico. Seguidamente otros apartes de esta sesión en donde priman los intereses de la terapeuta por encima de las necesidades afectivas de Alejandro.

T: ¿Te duele que Lucas no esté?

A: Me duele porque Lucas me dejó

T: Me imagino que te debió haber dolido que Lucas te dejara.

A: Ya no quiero hablar de Lucas

T: Se me ocurre algo. Sé que no quieres hablar de Lucas, pero podemos jugar a ser pintores y pintar lo que queramos. ¿Te animas?

*A: Sí *dijo con notable entusiasmo**

T: ¿Qué tal si pintamos a Lucas?

Alejandro siguió esta imposición de la terapeuta y dibujó a Lucas borrando constantemente sus trazos.

T: Quedó muy lindo Lucas.

*A: No, quedó horrible *borró vigorosamente los contornos del animal* Odio a Lucas, lo odio.*

En este momento, a pesar de mencionar al niño que podía pintar lo que quisiera, la terapeuta le impuso tener que dibujar a Lucas y no permitió que fuese el niño quien guiara el proceso de la terapia. A pesar de estas constantes presiones, la terapeuta consiguió que Alejandro hablara un poco más de sus sensaciones sobre Lucas, como se muestra a continuación:

T: ¿Por qué lo odias?

A: Porque me dejó, él era mi amigo.

T: ¿Qué hacían juntos?

A: Yo hablaba con él, lo acariciaba, bailábamos.

T: ¿Y ahora con quién puedes hacer esas cosas?

A: Con nadie. Odio a Lucas, ¿por qué me dejaste solo?

Sin embargo, una vez hubo hecho esto, no sabía de qué manera contener lo que Alejandro estaba sintiendo y lo que le estaba manifestando. En este momento la terapeuta se centró más en el contenido que en el proceso, pues ella buscaba a toda costa que el niño manifestara estas sensaciones, no obstante no consideró la atmósfera afectiva que se crearía en el momento en el que se diera esta situación. Axline (1981) propone, en el marco de la terapia con niños, que a través del juego pueden expresarse sentimientos de tensión, frustración, inseguridad, etc., que al salir a la superficie son susceptibles a ser enfrentados, elaborados e integrados a la experiencia. No obstante, al realizar esto de manera precipitada, ni la terapeuta ni el paciente estaban preparados para saber de qué manera enfrentar esta descarga.

Como se menciona a continuación, la terapeuta no desistió en su insistencia sobre Lucas, pues esta era la mejor manera que había encontrado de aliviar su ansiedad,

dirigiéndola hacia un objetivo específico en relación con la vivencia del paciente; sin importar, desde luego, si esto era lo más indicado para el paciente.

*(...) Ahora se encontraba sin plan, esto la hizo sentir ansiosa. A pesar de esto, no se detuvo sino que continuó su campaña de insistir sobre Lucas. Indicó a Alejandro, que aunque no quisiera dibujar a Lucas, este estaba presente en la habitación imaginariamente y que ella podía verlo justo ahí. Alejandro rio y empezó a lanzar marcadores hacia donde se suponía que estaba Lucas presente, gritando “te odio, te odio, me dejaste” mientras lo hacía. Alejandro había identificado la papelera como Lucas y estaba tirando todos los objetos hacia ella; la terapeuta, en medio de la ansiedad sobre cómo proceder, cargó la papelera y mencionó que Lucas estaba adolorido de tantos golpes, “¿Qué cosas buenas merece escuchar Lucas?” expresó.
(...)*

(...) La terapeuta se acercó nuevamente donde Alejandro y mencionó lo siguiente:

T: Parece que te cuesta hablar de Lucas, te duele que la gente se vaya de tu vida.

A: Que no quiero hablar de Lucas.

T: Me imagino que debe ser difícil para ti perder a Lucas, que lo querías tanto.

*A: *silencio**

T: ¿Qué te parece si lo dibujamos con amor?

A: No.

T: Lucas es como todas las cosas tristes que te pasan. No merecen ser habladas.

*A: *silencio**

La terapeuta continuó insistiendo en que Alejandro hablara de Lucas, a pesar de que este manifestaba explícitamente que ya no quería tocar el tema.

La terapeuta pudo haber hecho uso de algunos recursos como la presencia interpersonal e intrapersonal en este punto, para acercar a Alejandro al reconocimiento

de su experiencia en el momento presente, tanto de sí mismo, como en la relación con la terapeuta (De Castro y García, 2011).

Doceava sesión

Como es natural, todas las personas están siempre moviéndose en un tono afectivo que media en la manera en la que se relacionan con su mundo. En este caso la terapeuta se encontraba en un estado de melancolía que le permitió estar más atenta y sensible ante la experiencia de Alejandro, y no atender de forma inmediata a sus propias exigencias. En un principio no lo percibió de esta manera, no obstante, en la medida en que avanzaba la sesión, pudo identificar que la conexión que estableció con el paciente era más genuina y que la prisa había disminuido. En el siguiente momento de la sesión se puede notar esta precisión:

Alejandro comenzó a armar solo una torre con las fichas de Jenga. A medida que lo construía, mencionó que era un castillo. La terapeuta, quien le había permitido levantar la edificación en silencio, inició la siguiente conversación:

T: Qué gran castillo, ¿quién vive dentro?

A: Nadie, está solo.

T: ¿Y eso?

A: Porque sí. Después se destruye. Ven, vamos a destruirlo.

En este momento Alejandro, haciendo un movimiento, invita a la terapeuta a participar de su juego.

(...) En este momento no recibe respuesta del niño, pero decide no insistir con el fin de no llevarlo a sentirse saturado y ponerlo en la necesidad de defenderse.

Como es evidente, la terapeuta permitió que Alejandro marcara la pauta hasta ahora en la sesión. Acogiendo la manera en la que expresaba sus emociones y llevaba su juego. Al hacer esto, fue posible que el mismo niño le pidiera que participara de su

juego y se vinculara con ella en la relación. Como se ha mencionado con anterioridad, Villegas (2013) propone que la postura de acogimiento favorece un flujo de apertura, empatía y comprensión. Esto era lo clave en este momento del proceso. Seguidamente la terapeuta se encontró con otra oportunidad para mostrarle al paciente esta postura que estaba optando:

Alejandro propone reiniciar el juego, debido a que perdió el primer intento. La terapeuta notó que al paciente le generaba mucha ansiedad perder, e indagó sobre cómo se sentía perder. Alejandro contestó con el genérico “triste”, igual de hueco y falta de emoción a había aparecido en ocasiones anteriores; a diferencia de ocasiones anteriores, no retomó el tema de inmediato, sino que le propuso al niño que quien perdiera debería dar una entrevista.

En este momento la terapeuta decide no abordar la situación de manera directa, como había hecho en ocasiones anteriores, sino que propone hacerlo a través de un juego. Independientemente de si en el siguiente momento de la sesión haya funcionado o no esta estrategia, es importante reconocer que la terapeuta estaba enfocada en mayor medida en la empatía hacia el paciente y en la aceptación de las emociones de Alejandro. Como afirma Romero (2003) para conseguir esta cualidad de ubicarse en el lugar del otro, es necesario poder encontrar en la propia experiencia elementos que permitan esta conexión. La terapeuta, al estar más consciente de sus propios afectos en ese momento, fue capaz de reconocer la dificultad que para el niño representaba esta situación, y además notar con mayor detenimiento qué sensaciones correspondían a su propia vivencia y cuáles eran producto de su relación con Alejandro en el aquí y el ahora.

Esta posibilidad alude a otro de los saberes descritos en el marco de referencia, el saber ser objetivo; este alude a la posibilidad necesaria de poner entre paréntesis el

ruido interno para poder ver al otro desde su postura y no a través de los propios prejuicios (Romero, 2003).

En este mismo orden de ideas, luego en la sesión se presenta el siguiente momento:

Luego Alejandro perdió en el juego pero nuevamente se rehusó a cumplir con el trato, saliendo inconforme del consultorio, manifestando que se marcharía.

La terapeuta no lo siguió, sino que mencionó “aquí estaré” mientras Alejandro se iba.

En este momento la terapeuta no se apresuró a ir tras Alejandro con el fin de no sentir que había fallado, sino que respetó que en ese momento esa era la postura que Alejandro estaba asumiendo en el aquí y el ahora con ella. Por el contrario, le mostró que ella estaría ahí para esperarle y recibir de él estas sensaciones de frustración e impotencia. La sesión luego tomó un giro inesperado para la terapeuta pues Alejandro evidenció por primera vez el motivo de consulta en su relación con ella; esto era importante pues por primera vez el niño estaba mostrando a la terapeuta una parte de sí mismo que le apenaba y de la que se estaba defendiendo.

No obstante lo anterior, para la terapeuta fue motivo de ansiedad esta revelación, pues se sintió insegura al no estar preparada para manejar esta situación. Llevó a Alejandro a racionalizar esta conducta y no indagó en el proceso de lo que estaba sucediendo en el aquí y el ahora con ella. Se concuerda con Romero (2003) en esta aproximación fue desacertada pues se sitúa al paciente en una posición pasiva esperando recomendaciones o consejos del terapeuta y no se le reconoce como protagonista de su propia experiencia.

Conclusiones y discusión

El análisis de la experiencia de ansiedad de la terapeuta, manifestada en múltiples formas a través de las diferentes posturas que adoptaba en su relación con el

paciente, permite reconocer el valor de las actitudes terapéuticas como medios y como herramientas clave en la constitución del vínculo terapéutico. La exploración y análisis de estas formas de actuación en este caso en específico, evidencian que al priorizar las propias sensaciones de incertidumbre, frustración, necesidad de aprobación, vanidad, entre otras, se pierde de vista el protagonista principal del proceso, que es el paciente mismo y su experiencia en el momento presente.

Esta afirmación reafirma la postura de Yalom (2006) al destacar que el proceso en terapia se ve propulsado si el terapeuta es capaz de dejar a un lado su propia urgencia por manifestarse, y entra en el mundo del paciente, conociéndolo y comprendiéndolo. Así pues, manifiesta que los pacientes se benefician de la sola experiencia de sentirse escuchados y comprendidos. De igual manera, se reafirman los planteamientos de Romero (2003), quien enfatiza en las posturas que adopta el terapeuta en función del conjunto de saberes-actitudes como favorecedores del proceso de conocimiento y comprensión. Este autor también resalta la dificultad que supone para el proceso el hecho de que el terapeuta se sienta perdido o se ocupe de resolver sus conflictos durante la sesión.

Estos puntos son importantes porque en la medida en la que el terapeuta esté atento a elaborar sus propios conflictos en la sesión (como por ejemplo pretender que el paciente resuelva pronto sus confusiones con el fin de no sentirse fracasado, no profundizar en temas sensibles para sí mismo aunque sean necesario para el paciente, o al contrario hacer demasiado énfasis en temas que tienen mayor interés propio que para el paciente, entre otros) estará dejando de lado las necesidades afectivas del paciente y el movimiento que en ese momento está teniendo su afecto.

Es por esto que la atención del terapeuta siempre debe estar puesta en el momento presente, cómo el paciente se vivencia a sí mismo y cómo lo hace ahí en el

espacio de terapia. Como lo mencionan De Castro y Correa (2011) y Yalom (2006) más que explorar sobre eventos pasados o planes futuros, se enfatiza en el proceso que se está vivenciando en el presente; es decir, en el aquí y el ahora. El análisis de este caso permite identificar y reafirmar la importancia de la conciencia de este tiempo en la terapia, pues en la medida en la que se esté más atento a la forma en la que se da la dinámica de la relación terapeuta-paciente, se pueden captar pistas que direccionarán el sentido de la sesión y al mismo tiempo, reconocer equivocaciones en tiempo real y poder reconsiderar posturas inapropiadas.

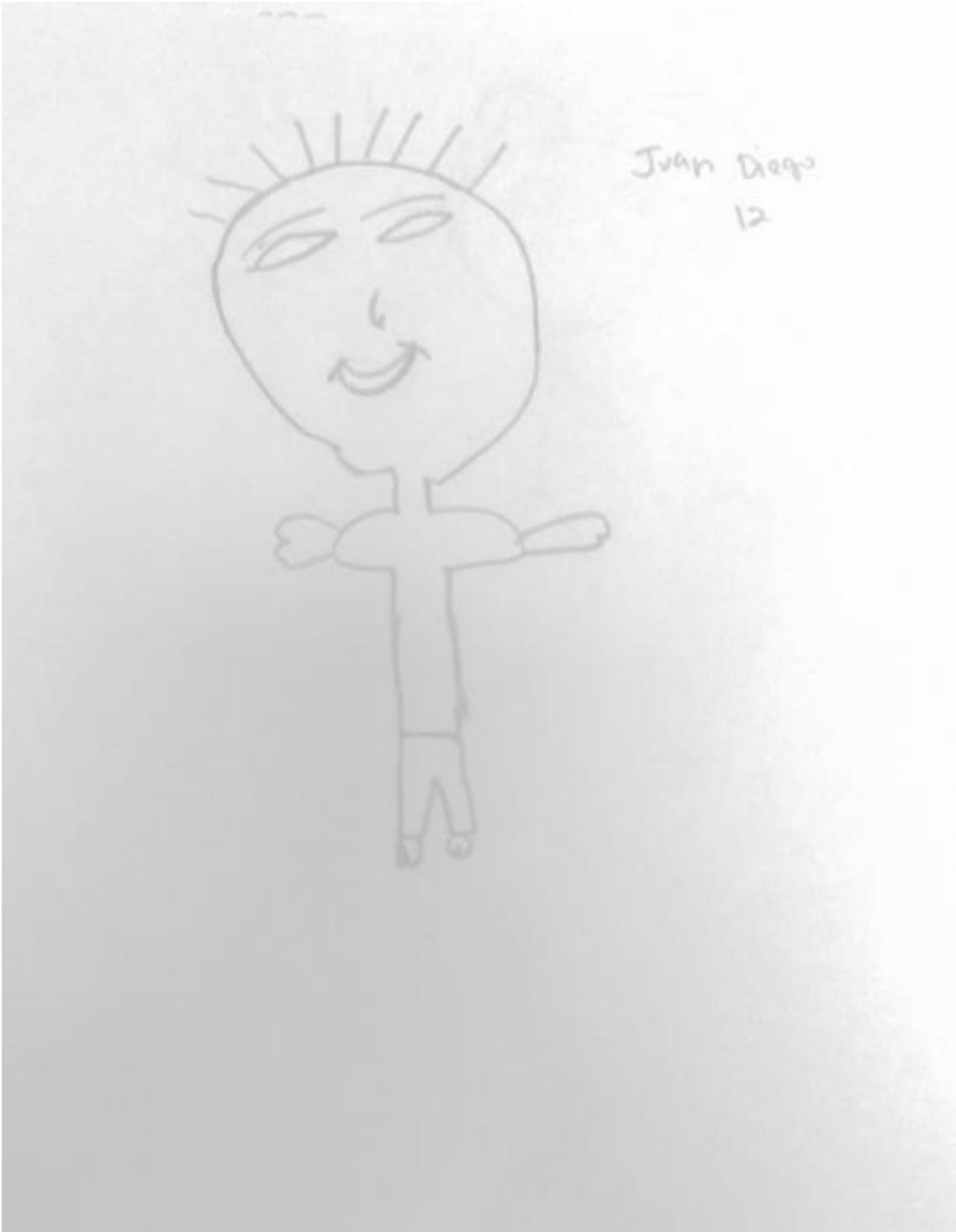
De igual manera, el análisis de este caso también ofrece respaldo a las afirmaciones de Villegas (2013) y Oaklander (2001), quienes proponen que las personas, para compartir lo fundamental de su experiencia con otro, precisan de una invitación que les permita sentirse cómodas y comprendidas, y que no les haga sentir necesario defenderse. En el transcurso de este análisis pudo observarse cómo, en los espacios en los que Alejandro se sentía comprendido, compartía más de su propia experiencia a la terapeuta, dándole a ella la oportunidad de compartirla y experimentarla juntos en la relación.

Bibliografía

- Aberastury, A. (2015). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Axline, V.M. *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
- Cyrulnik, B. (2010). *Los patitos feos*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- De Castro, A., y García, G. (2011). *Psicología clínica. Fundamentos existenciales*. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte.
- De Castro, A., García, G., y Eljagh, S. (2012). Proceso experiencial: comprendiendo al ser humano en primera persona. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 385-420. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21324851007>
- García, G., y De Castro, A. (2008). La psicopatología como máscara de la existencia. *Universitas Psychologica*, 7(2), 585-600. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a21.pdf>
- May (1967). El problema de la voluntad y la intencionalidad en el psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, 7, 17-30.
- May (2000). *El dilema del hombre*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Moreno, M.A. (1998). Crisis del método clínico. *Revista Cubana de Medicina*, 37(2), 123-128. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v37n2/med10298.pdf>
- Oaklander, V. (2001). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Romero, E. (2003). *Neogénesis: El desarrollo personal mediante la psicoterapia*. Sao Paulo: Editora Norte-Sur.
- Yalom, I. (2006). *El don de la terapia*. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Yalom, I. (2000). *Terapia a dos voces*. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Yalom, I. (1980). *Existencial Psychotherapy*. Estados Unidos: Basic Books.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder Editorial.

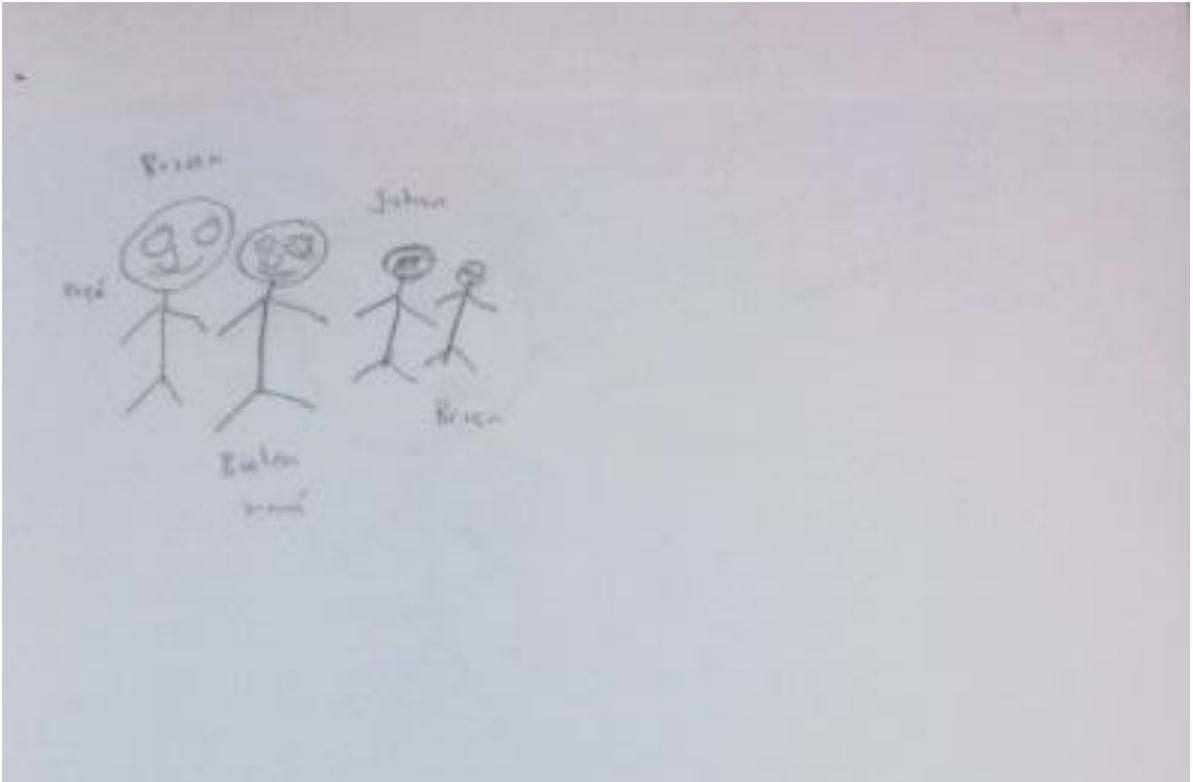
Anexos

Test Machover





Test de la familia.



Consentimiento informado

	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA FAMILIA CONSENTIMIENTO INFORMADO - PACIENTES MENORES DE EDAD (0-11 AÑOS)	Versión: 01 Fecha: 13/01/17 Página 3 de 3
---	--	---

Firma y documento de identidad del psicólogo(a) responsable:

	Firma: <u>[Firma]</u> No. de cedula: <u>1140.860.287</u> de <u>Barranquilla</u> Tarjeta profesional No. <u>156716</u>
---	---

AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA ESTUDIOS CIENTIFICOS

Autorizamos que la información personal de nuestro hijo(a)/representado(a) sea eventualmente empleada en proyectos de investigaciones que abonen a los avances de ciencia, tecnología e innovación, en materia de salud mental, manteniendo el rigor de la confidencialidad para el uso y manipulación de los datos sensibles de mi hijo(a)/representado(a). Dejamos constancia de que entendemos nuestro derecho y el de mi hijo(a)/representado(a) a conocer el detalle todos los procedimientos, instrumentos de medición y actividades requeridas/procesadas en dichos estudios científicos.

Adicionalmente, consentimos que los resultados puedan ser publicados y entregados a la UNIERSIDAD DEL NORTE como requisito de producción final de la investigación, manteniendo total reserva sobre los datos personales de mi hijo(a)/representado(a), acorde a lo regulado por la legislación internacional, nacional e institucional, en la que se protege su dignidad, autonomía y derechos, procurando su bienestar. Si así lo requieren, también los resultados podrán ser socializados con nosotros y nuestro hijo(a)/hijo(a)/representado(a)(a).

En constancia de ello, firmo el presente fragmento adicional de mi consentimiento informado el día 18 del mes 03 del año 2017, en la ciudad de Barranquilla.

CONSENTIMIENTO PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL PARA INVESTIGACIONES²

	Nombre: <u>MIGUEL A. CLIN-L</u> Firma: <u>[Firma]</u> No. de cedula: <u>8660974</u> de <u>B/Quilla</u>
---	---

	Nombre: <u>ALBERTO DE CASTRO</u> Firma: <u>[Firma]</u> No. de cedula: <u>72192337</u> de <u>B/QUILLA</u>
---	---

Firma y documento de identidad del investigador principal:

	Firma: _____ No. de cedula: _____ de _____ Tarjeta profesional No. _____
---	--

² Los datos sensibles solicitados, tales como nombre, firma, número de identificación y/o huella se utilizarán con el único fin de darle validez al presente documento, y no serán divulgados, tratados o manipulados con un fin diferente. (Art 6 y Art 7, ley 1581 de 2012)