

INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO: REELABORACIÓN DE LA HISTORIA DE MARIA

Maria Figueras Vives
FPCEE/SAAP Blanquerna
MariaFV@blanquerna.url.edu

Núria Grañó Solé
FPCEE/SAAP Blanquerna
Nuriags@blanquerna.url.edu

Lluís Botella García del Cid
FPCEE/SAAP Blanquerna
Lluísbg@blanquerna.url.edu

This article presents a case study of emotional distress which was approached from a narrative constructivist perspective. The work structure is as follows: firstly the case and the method used is contextualized, secondly the description of the client is provided, thirdly the conceptual framework guiding the therapist intervention is described, fourthly the challenges and the client goals are assessed, fifthly a treatment plan is formulated. Finally the course of the therapy is described and an evaluation of the results of the therapy is made.

Keywords: emotional distress, narrative therapy, the family's relational dynamics, case study.

1. Contexto del caso y método

En este artículo analizaremos un caso de psicoterapia trabajado básicamente desde una perspectiva constructivista. Seguidamente vamos a justificar por que hemos elegido el siguiente caso así como a describir cual fue la metodología de trabajo y el encuadre clínico.

Este caso fue seleccionado como estudio de caso único debido a que ilustra de manera clara la evolución positiva de la paciente y porque ejemplifica diversas cuestiones teóricas de relevancia según la visión constructivista integradora,

mostrando la eficacia de esta concepción teórica en este caso.

Para maximizar el rigor metodológico del estudio de caso se han incluido anotaciones de todas las sesiones de la terapia que tuvo lugar en un centro médico ambulatorio privado de Barcelona. Estas nos han permitido el estudio detallado de los datos recopilados, así como la citación textual de algunos comentarios y hechos más relevantes de las sesiones terapéuticas. Por este motivo se ha tenido en cuenta información tanto cuantitativa, obtenida a través de escalas y cuestionarios administrados al inicio de algunas sesiones; como cualitativa, contrastando y compartido datos recogidos y opiniones entre las terapeutas del caso y otros profesionales del equipo de supervisión semanal.

Para conocer la situación y la evolución de la paciente durante el transcurso del tratamiento, se ha administrado el cuestionario de Evaluación de Resultados CORE Outcome Mesasure (Barkham, M. et al.; 2001). Es un cuestionario de 34 ítems auto administrado que evalúa el estado del cliente centrándose: 1- bienestar subjetivo; 2-problemas/síntomas; 3- funcionamiento y 4- riesgo.

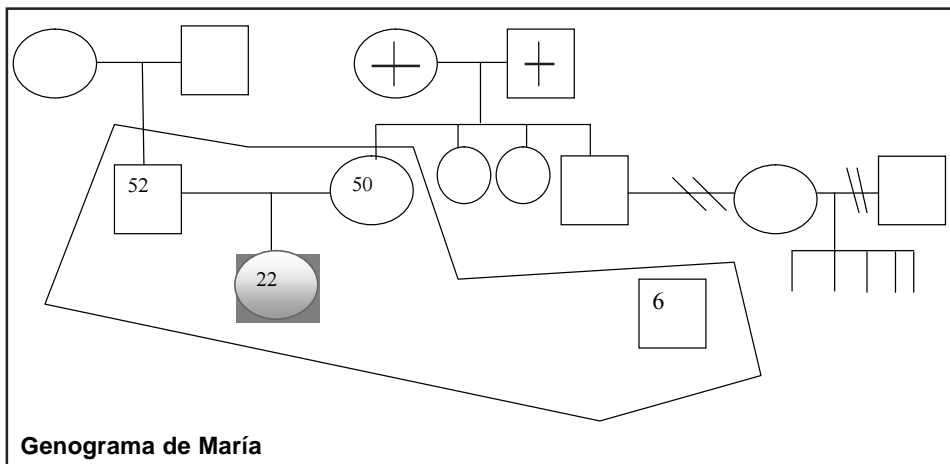
Para evaluar el alianza terapéutica se ha utilizado el WATOCI (Working alliance Theory of Change Inventory) que es una versión modificada de la original WAI (Working alliance Inventory) de Horvath y Greenberg (1986), revisada posteriormente por Corbella y Botella (2004).

Es necesario decir que todos los datos que se exponen aquí provienen del testigo de la paciente, que se asume decir la verdad, siguiendo una “actitud crédula” (Kelly, 1955, p.322), como experta en sí misma y en su vida, para poder ser ayudada. Por este motivo, la atención se ha centrado en la vivencia subjetiva de su realidad y no tanto en hechos objetivos pasados.

Para garantizar la confidencialidad han sido modificados algunos datos personales que permitían reconocerla, procurando mantener la información relevante para la comprensión del caso y su abordaje.

2. La paciente

María es una chica de 22 años que está estudiando una licenciatura. Ésta guarda estrecha relación con el mundo de la psicología hecho que hace que tenga grandes conocimientos sobre conceptos psicológicos que la ayudan en las sesiones. Actualmente su constelación familiar se encuentra constituida por su madre, su padre y un primo hermano que está con ellos desde que tenía 11 meses; inicialmente a modo de acogida pero desde hace tres años con adopción. Su primo se llama Ángel, es el hijo más pequeño de sus tíos maternos. Debido a los problemas de drogodependencia de su madre biológica y la poca cura que el padre le brindaba, el EAIA les retiró la custodia. Se le propuso la acogida inicialmente a la abuela materna de Ángel pero al ver que ella no podría hacerse cargo demasiados años debido a la enfermedad degenerativa que sufría, la misma le propuso a la madre de la María, su hija mayor y con quien tenía más confianza, que se hiciera cargo hasta



que la madre (biológica) se rehabilitara. De lo contrario, Ángel tenía la posibilidad de ir en acogida a con una familia de Girona. El EAIA pedía una respuesta rápida y con el consentimiento de Josep, el padre de María realizaron el procedimiento de acogida del niño. Con once meses Ángel presentaba graves problemas fisiológicos y de relación pero los médicos lo atribuían a las condiciones ambientales que había sido expuesto y a la poca estimulación que había recibido. La paciente asegura que no aguantaba la cabeza derecha, las piernas le temblaban (le faltaba fuerza), la mirada estaba perdida y triste y no sonreía; y con el paso del tiempo se le ha diagnosticado espectro autista, lo que ha cambiado la vida a la familia de la paciente.

María mantiene poco contacto con su tío (padre biológico de Ángel) lo describe como una persona con pocos recursos económicos, “limitado” intelectualmente y “extraño” de carácter. Los domingos es el día que los pasa con Ángel pero la paciente asegura que cuando el niño ve su padre su conducta es de fuga y en el regreso se puede apreciar un estado nervioso en el niño.

Explica que la llegada de Ángel a su casa se produjo cuando ella tenía dieciséis años y que la noticia se la comunicó su padre en el coche, volviendo del instituto, diciéndole: “tendrás un hermanito”. Ella pensó que su madre estaba embarazada hasta que le clarificó que era Ángel que venía una temporada a vivir con ellos. María afirma que es un tema que tiene pendiente solucionar porque la llegada del niño a su hogar le produjo sentimientos muy contradictorios que nunca ha podido expresar, y que es un tema que le ha estado preocupando significativamente en los últimos años.

La paciente es una chica que ha compaginado el trabajo con sus estudios; a menudo eran trabajos relacionados con el ámbito educativo que le es de gran interés profesional excepto este año que se dedica exclusivamente a finalizar la carrera y a hacer las prácticas de esta.

Se define como una chica dependiente de su madre e insegura cuando debe

tomar decisiones. Asegura que se exige mucho a sí misma y que le da muchas vueltas a las cosas. Le preocupan los rituales que debe hacer cuando se siente ansiosa (tocar cosas varias veces) y los miedos irracionales (por ejemplo a morir de un ataque de corazón).

María tiene la teoría de que los problemas y vivencias de su pasado así como la acogida de la Ángel, repercuten de alguna manera a su situación actual y está dispuesta a abordarlos mediante un proceso psicoterapéutico; cree que el trabajo psicológico podría ser una manera de integrar todos los sentimientos contradictorios que actualmente le producen malestar y tristeza. Según la paciente, necesita orientación y ayuda en referencia a su preocupación por el que siente por su hermano, como ella lo define: por una parte asegura que ha sido una alegría muy grande tenerlo en la familia pero por otra siente que tanto sus padres como ella deben *cargar* con el problema de tener un hijo discapacitado. Esto le genera sentimientos muy contradictorios y no se permite sentir emociones como tristeza y rabia.

Describe la llegada de Ángel como muy positiva sin negar los cambios que ha habido a nivel de reestructuración familiar. Relata que la relación entre sus padres siempre ha sido buena aunque en los últimos años ha cambiado por el “problema” de su hermano y por buscar una “etiqueta” a este problema que permita encontrar la solución. La visita a numerosos médicos sin obtener respuestas claras han traído un estado de preocupación a la familia.

Según los datos obtenidos en la evaluación inicial, María es concedora del que es un proceso psicoterapéutico y se muestra motivada por iniciar un tratamiento. Sus expectativas de mejora son elevadas y espera sentirse mejor con ella misma. La interferencia de los problemas que explica la paciente en su vida es de siete en una escalera que va de cero a ocho, donde ocho significa mucha interferencia y cero significa ninguna interferencia. Se puede deducir que el malestar subjetivo es elevado y por lo tanto, estará más predispuesta a introducir cambios. Con su discurso se intuye, que se encuentra en la etapa de contemplación según Prochaska, (1999): “quiere cambiar pero no sabe como hacerlo”. Teniendo en cuenta estas cuestiones podemos predecir que es un caso de buen pronóstico psicoterapéutico.

En esta misma sesión inicial de evaluación acordamos que las metas terapéuticas de la paciente son las siguientes:

- Dar otro significado al cambio que se produjo cuando llegó su hermano con el objetivo de digerir los sentimientos que tiene contradictorios hacia su hermano.
- Mejorar la relación con su hermano y con sus padres.

3. Marco conceptual de la intervención. Fundamentos empíricos y clínicos

A continuación se presenta una síntesis del marco conceptual que ha guiado la intervención, exponiendo por una parte, algunas ideas básicas del constructivismo y de la Psicología de los Constructos Personales (PCP) de George A. Kelly (1955/

1991) y por otra, se hará referencia a la integración; una actitud que ha sido muy presente en el caso presentado.

Dado que no es posible expandirnos en las implicaciones del constructivismo, sólo destacar que se ha mantenido siempre una actitud abierta hacia varias visiones y orientaciones psicológicas, desde la coherencia teórica y el eclecticismo técnico. De este modo se ofrece una teoría, unas estrategias y unas técnicas adaptadas a la paciente que facilitan la alianza y el cambio terapéutico; sin pretender que sea el cliente el que se adapte a estas, pudiendo generar una sensación de incompreensión que dificulta la alianza terapéutica y el éxito de la terapia.

Según el enfoque constructivista el conocimiento es una construcción subjetiva de la experiencia humana y resulta válido cuando es viable a través de la coherencia interna y el consenso social. Se deduce después de que no existe una única verdad dogmática sino múltiples maneras de interpretar la realidad. El ser humano es visto como proactivo y no como reactivo: busca activamente dar significado a la experiencia y lo hace a través del lenguaje. “La multiplicidad de significados sólo es posible gracias al poder creativo y múltiple del lenguaje y del discurso humano” (Gonçalves, 2002; p.20). Y como afirma Neimeyer (1998, p.32) “los seres humanos tienen negado el acceso directo a la realidad inmediata más allá del lenguaje”.

La experiencia es organizada jerárquicamente en unidades básicas de significado o constructos (dimensión avaluativa bipolar que discrimina entre elementos en función del atributo específico que abstrae, Bannister y Fransella, 1986, p.171). Es después cuando la evaluación y el conocimiento del ser humano se basan en métodos cualitativos, no tanto cuantitativos, y en el análisis hermenéutico de sus narrativas.

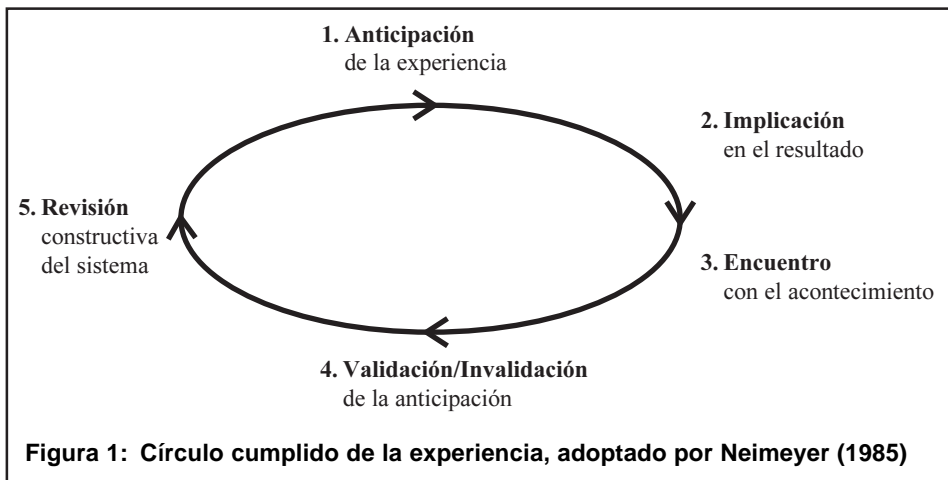
En este sentido, Mahoney (1988,1991) presenta tres características básicas comunes a la teoría psicológica constructiva: 1) la consideración del ser humano como agente proactivo en la construcción de sus propios significados, que anticipa hipótesis y busca la coherencia interna de sus sistemas; 2) la existencia de una estructura jerárquica que organiza los significados, de forma que los constructos nucleares forman parte de la identidad y proporcionan estabilidad dinámica y continuidad temporal, generando mayor resistencia al cambio; mientras que existen otros constructos periféricos subordinados a los anteriores más susceptibles de cambiar; 3) el desarrollo dinámico de la autoorganización como proceso no lineal: el ser humano va sufriendo “perturbaciones” como resultado de nuevas experiencias y la resistencia al cambio, lejos de ser un proceso patológico, acontece una forma de mantener la integridad del sistema. En la misma línea, Neimeyer, (1998) planea cuatro metáforas de la psicoterapia constructivista que ilustran muy bien las diferentes visiones de la práctica psicoterapéutica, especialmente a un nivel teórico concreto, que pertenece a varias tradiciones que, aún así, mantienen los cuatro principios comunes del constructivismo como epistemología: 1) *La terapia como*

ciencia personal constituye la piedra angular de la PCP formulada por Kelly y será abordada más adelante con mayor profundidad; 2) Se caracteriza por prestar mayor atención a las fases evolutivas primarias, así como a las relaciones de apego. Defiende que los *cuestionamientos profundos de sí mismo* se deberían basarse en un descubrimiento cuidadoso y guiado; 3) *La terapia como reconstrucción narrativa*, en tercer lugar, parte de la redesccripción biográfica de las historias vitales es decir, el cliente busca terapia cuando se siente identificado con su problema y está sujeto a una narrativa dominante prototípica que incapacita, delimita o niega su persona (White y Epston, 1990). Es después cuando el terapeuta, en una relación de experto a experto, ayuda a experimentar con nuevas posibilidades para hacer emerger narrativas alternativas más funcionales y coherentes por el cliente; 4) La cuarta metáfora propuesta por Neimeyer es la *terapia como una elaboración convencional*. Esta proviene de la tradición familiar sistémica que parte de que el significado surge en una acto comunicador en vez de estar presente en el sí mismo individual. “El terapeuta actúa como director de la conversación por co-construir una nueva historia con la familia que tenga coherencia, que sea relevante por los que luchan alrededor del problema y que se les dé una sensación de posibilidad elaborativa” (Loos, 1993. Citado a Neimeyer y Mahoney, 1998. P.43).

En este sentido, otro autor destacado es George A. Kelly (1955/1991) que presenta la Psicología de los Constructes Personales (PCP). Aquí se puede distinguir un postulado fundamental seguido de once corolarios que desarrollan diferentes aspectos de este. Partiendo del postulado fundamental según el cual “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que anticipa los acontecimientos” Kelly (1955/1991), el significado que le damos a la experiencia es una construcción personal y por lo tanto existe la posibilidad de reinterpretar la realidad de una manera diferente.

Este autor a través de la comparación con el método científico, describe el proceso según el cual la persona atribuye un sentido a la experiencia; el científico elabora hipótesis de la realidad basándose en sus conocimientos previos para después tratar de validarlas o rehusarlas. Por lo tanto, las anticipaciones de la experiencia determinadas por el sistema de constructos de la persona guían las acciones posteriores y confieren a las teorías previas un valor predictivo de la conducta futura. Kelly describe el proceso según el cual se anticipa y se contrasta la experiencia y lo denomina “Círculo completo de la experiencia”. Véase Fig. 1.

La primera fase (1) hace referencia a la generación de hipótesis o anticipaciones basadas en las teorías preexistentes confirmadas en círculos anteriores. La implicación en el resultado (fase 2) dependerá del que suponga una invalidación de la hipótesis; es decir, cuanto más nucleares sean los constructos, mayor será la implicación en el resultado de la contrastación subjetiva con la realidad. El encuentro (fase 3) con el acontecimiento posibilita la validación o invalidación de la hipótesis (fase 4), haciendo posible dos opciones: la aceptación de la hipótesis al



ser esta validada, reafirmando el valor otorgado a los constructos implicados; o rechazando la hipótesis inicial, obligando a hacer una revisión constructiva de la teoría previa que ha precedido la hipótesis desconfirmada (fase 5). El círculo se cierra cuando el nuevo sistema de constructos personales revisado permite generar nuevas predicciones (fase 1).

De esta manera el funcionamiento óptimo del individuo según la PCP consiste en la sucesión indefinida de círculos completos de la experiencia, incrementando la eficacia predictiva de un sistema de constructos personales cada vez más coherente, extenso y organizado. Es por esto, que el trastorno mental se relaciona con el bloqueo del individuo en una de las fases del círculo, considerando de mayor gravedad el bloqueo en las primeras fases del círculo que en las últimas.

La PCP plantea un cambio en el sistema de significados del cliente que le permita reinterpretar la experiencia de forma que pueda atribuirle sentido y seguir generando anticipaciones óptimas. Ofrece una alternativa a la manera inicial que uno tiene de interpretar la realidad para que pueda volver a iniciar el círculo de la experiencia.

Desde esta perspectiva se respeta el equilibrio entre la preservación y la alteración de estructuras de significado, necesarias por todo ser humano (Neimeyer, 1988). Es la tarea del terapeuta tolerar y permitir que las dudas y las resistencias puedan aparecer en el proceso de cambio, como dice Mahoney (1991, p. 283) “el cambio psicológico significativo raramente es fácil o rápido”. La resistencia se entiende como el conflicto intrapersonal, necesario para preservar el sentido de su identidad y la acción dirigida al cambio (Corbella y Botella, 2004).

Como concluye Lambert (1986), los factores comunes representan el 30% del cambio terapéutico, por lo tanto influyen en el resultado de la psicoterapia siendo un ingrediente activo de esta. Uno de ellos es la alianza terapéutica. “La calidad de

la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito psicoterapéutico” (Safran y Muran, 2005, p. 25). El cliente debe sentir que en el espacio terapéutico puede experimentar con nuevos significados y constructos sin poner en peligro o atentar contra las estructuras de significados preexistentes. También la visión del terapeuta como agente validador de sus anticipaciones facilitarán la alianza terapéutica y el cambio.

4. Evaluación de los problemas, metas, competencias e historia del cliente

Después de comentar el marco conceptual que ha guiado la intervención, se puede proceder a vincular la teoría con el caso concreto presentado. Debemos decir que se trata el caso desde una óptica integradora dónde se analizarán la demanda, el problema, la historia, las metas y las narrativas de la paciente por poder entender el posterior plan de tratamiento y estudiar la evolución y eficacia de esta.

Cuando María tenía 16 años sus padres decidieron acoger su primo germano (por parte de familia extensa materna) debido a las malas condiciones ambientales que este estaba expuesto. El EAIA propone a la madre de la paciente tener este niño de once meses de edad en régimen de acogida hasta que su madre biológica estuviera rehabilitada de varias adicciones. La llegada de Ángel coincide con la adolescencia de María, una etapa evolutiva dónde se conforma la identidad de uno mismo y los cambios hacia la independencia son los predominantes.

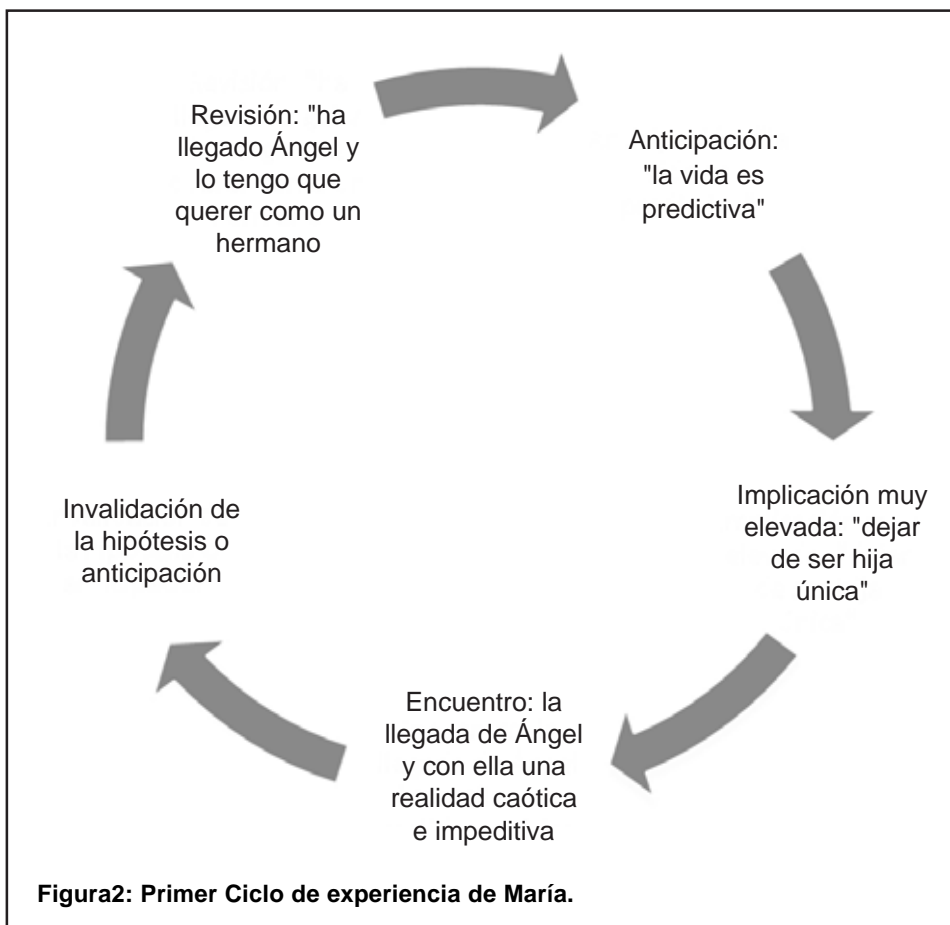
María con dieciséis años pasa de una infancia ideal hacia la elaboración repentina del cambio que supone para ella este “hermano”. Esta elaboración le promueve unos sentimientos que no puede manifestar debido a la discapacidad que presenta Ángel. Autores como Juan Luís Linares hablan de los “hermanos de los Ángeles” refiriéndose a aquellas personas que no pueden expresar sus sentimientos hacia sus hermanos con discapacidad porque no está bien visto, socialmente, enfadarse, gritar o pelearse con una persona discapacitada. Esto hace que haya una invalidación continua de los sentimientos, en este caso la tristeza y la rabia por haber cambiado y hipotecado la vida de sus padres.

Partiendo del *Círculo de experiencia* de Kelly la paciente llevaría a cabo la siguiente atribución de significados a su experiencia. Véase Fig. 2.

Se puede entender que María anticipaba (fase 1) que su vida sería predecible: dónde sus padres sólo estarían por ella y que su madre no tendría más hijos porque el curso natural de la vida no se podría cambiar.

En lo referente a la implicación en el resultado (fase 2), se deduce que era muy elevada: puesto que el que realmente estaba en juego era la propia definición de sí misma como hija única. La identidad como hija era el que estaba expuesta a una invalidación masiva de los constructos nucleares.

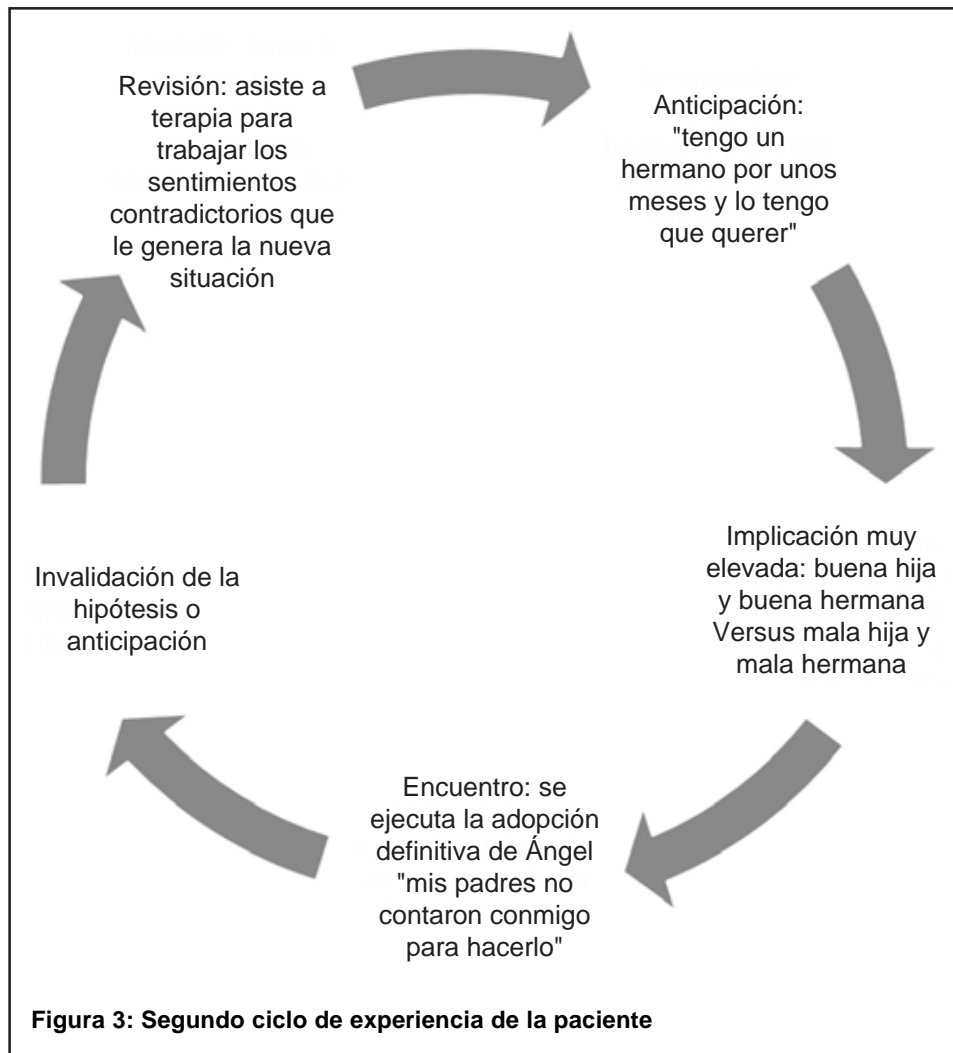
Cuando María tenía 16 años sus padres decidieron que el proceso de acogida de Ángel (primo germano de María) siguiese adelante sin ninguna explicación previa a la paciente y traerlo a vivir con ellos para que recibiera amor, estimulación



cognitiva y pudiera mejorar su desarrollo motriz (fase3). En este momento se contrasta la hipótesis o anticipación que había hecho María, de que su vida era predecible, porque dejaba de ser hija única, con esto su anticipación quedó totalmente invalidada (fase 4). Una invalidación como esta atenta a la identidad como hija y supone una toma de conciencia de una realidad caótica, impredecible e incontrolable que genera ansiedades.

Ante la invalidación del constructo personal la paciente opta por dar sentido a la experiencia que ha vivido “ha llegado Ángel a casa y debo de quererle como a un hermano” de forma que el nuevo sistema de significados le permitió adaptarse al cambio pero de manera temporal. Esta adaptación a María no le fue suficientemente óptima para seguir adelante, puesto que seis años después inicia de nuevo un círculo con una anticipación diferente, pero que en el primer círculo hay hechos pendientes. María en vez de elaborar el proceso de tener un hermano de manera repentina debe elaborar la experiencia que supuso para ella este gran cambio en su

realidad predecible. Por este motivo, el círculo de experiencia del cliente con 22 años es diferente. Véase Fig. 3.



Este segundo, se inicia con la hipótesis “tengo un hermano por unos meses y debo de quererle como tal” (fase 1); en lo referente a la implicación en el resultado (fase 2) se deduce que es muy elevada: puesto que estaba en juego la propia definición de “buena hija y buena germana” porque desde la perspectiva social sus padres están haciendo una “buena obra” por este niño y si expresa la rabia que le genera la situación impredecible y caótica se convierte en una “mala hija” y “una mala germana” esto ha hecho que sus sentimientos hayan quedados invalidados de

manera reiterada durante muchos años.

No debemos olvidar, que es en la etapa de la adolescencia de la paciente cuando la acogida de Ángel se efectúa. María asegura que “no contaron con ella en la decisión” y recrimina a sus padres “que le dieran una mala explicación sobre la llegada y la temporalidad de acogida de Ángel a su casa” (fase 3) puesto que los padres no le explicaron la verdad desde el inicio del proceso. De hecho cuando llegó a terapia no recordaba que le hubieran explicado los procedimientos que siguieron o la situación en la que se encontraron sus padres para llevar a cabo ellos la acogida y porqué no lo hicieron las otras hermanas del padre biológico. La acogida debía ser provisional pero con el paso del tiempo se ha efectuado la adopción aún habiendo acudido a dos juicios porque la madre biológica reclamaba el niño; según la paciente “sólo lo quería por recibir ayudas económicas”. Los padres de María no veían con buenos ojos que Ángel volviera en aquel entorno tan degradante hecho que hace que en los 19 años de la paciente Ángel se convierta en su hermano de manera legal.

En este momento, se contrasta la anticipación que había hecho la María con la interpretación subjetiva de la realidad y esta quedó totalmente invalidada (fase 4): la llegada de un hermano no era tan problema por la paciente (que como hemos dicho fue capaz de cerrar el círculo aun cuando tenía “asignaturas pendientes”) como la amenaza que este suponía al apego que había establecido la paciente con sus progenitores. María se define como dependiente de sus padres y mantiene una estrecha relación con su figura de apego materna. Ella asegura que hasta los 16 años era una niña feliz, generosa, vulnerable, siempre rodeada de su familia de origen pero que a partir de esta edad notó que había aspectos en ella que iban cambiando.

El constructo “buena hija vs. mala hija” es nuclear, puesto que ella se define como una persona bondadosa, generosa y querida por los otros. El temor a una invalidación de su propia identidad, genera una resistencia al cambio que hace que la paciente no pueda expresar sus sentimientos ni tomar decisiones que impliquen dejar el hogar, punto dónde se encuentra el bloqueo. María debe reconstruir su sistema de constructos personales (fase 5) de tal manera que le permita atribuir nuevos significados que le faciliten adaptarse a los cambios vividos antes los últimos seis años y poder funcionar de manera óptima. Por este motivo acude a terapia.

Actualmente María se siente muy culpable por tener sentimientos muy contradictorios hacia Ángel y se siente que es mala hija por tener resentimiento y sentimientos negativos hacia sus padres. En este punto es dónde se encuentra el bloqueo del *Círculo completo de la experiencia* descrito por Kelly. Esta hipótesis resulta comprensible si se revisa la historia de la cliente y explica muchas de las implicaciones que se derivan.

A partir de la llegada de Ángel, María atravesó una etapa que ella describe como “muy difícil” debido a la búsqueda constante del diagnóstico de su hermano. Se debe tener en cuenta que la paciente estaba en la etapa de la adolescencia,

momento evolutivo característico por la búsqueda de la propia identidad, cuando sus padres aceptan acoger provisionalmente el niño. María asegura que tiene una estrecha relación con su madre lo cual hace que la llegada del niño ponga en peligro el apego que había construido con el paso de los años y la estabilidad del sistema familiar.

La madre de María es la mayor de cuatro hermanos y también estaba muy unida a su madre que murió hace tres años debido a su enfermedad degenerativa. La pérdida de su madre fue muy duro para las dos. Autores como Oliva (2004) hablan de transmisión generacional del apego que hace referencia a la transmisión intergeneracional de la seguridad en el apego. En este caso tanto María como su madre han construido un tipo de vínculo a ambivalente ha ido pasando de generación en generación.

Desde el punto de vista de la psicología sistémica la llegada de Ángel supuso una alteración de la homeostasis del sistema familiar. Las necesidades, las llamadas de atención constantes del niño hacia la madre de María hacen que la vida de la paciente se vuelva impredecible, caótica y con ansiedades añadidas. Para poder seguir funcionando se produce una parentalización en María, ésta pasa a realizar muchas de las funciones de cuidadora hacia a su hermano Ángel “normalmente soy yo la que debo regañarle, porque sólo me hace caso a mí”, “fui a hablar con los médicos del hospital para que me dijeran qué diagnóstico tenía Ángel” mientras que su madre queda en segundo lugar. El cambio en la jerarquía familiar supone una perturbación de las fronteras generacionales y son patológicas al no ser recompensadas de ninguna forma según los propios valores familiares “es mi obligación” dice de manera reiterada María. Esta parentalización también es transgeneracional puesto que la madre de María se encuentra parentalizada con su único hermano. La paciente afirma que su abuela contó con su madre para la adopción del niño porque “es la más responsable de todas las hermanas y en la que confiaba más”. En el sistema familiar de María han aparecido cambios en la estructura pero no se mantuvo la organización (ella hacía funciones maternas) porque se organizaron en cambios pendientes.

5. Formulación del plan de tratamiento

Una vez conceptualizado el caso se procede a la explicación de las líneas generales que ha seguido la intervención. La teoría anteriormente presentada conduce inequívocamente a un plan individualizado de tratamiento adaptado a las necesidades de María. Véase Fig. 4.

Una de las primeras fases que se contempló fue el establecimiento de una buena alianza terapéutica pues desde la teoría constructivista se contempla la relación entre paciente y terapeuta de experto a experto basada en la colaboración como parte del proceso de cambio. Una buena alianza terapéutica está considerada la variable con mayor capacidad predictiva de la mejoría del cliente (Corbella y



Botella, 2004; Botella y Grañó, 2006). Una adecuada relación terapéutica requiere un buen vínculo entre terapeuta y cliente que permita un acuerdo entre metas y tareas terapéuticas, siendo un prerrequisito para que se lleve a cabo un buen proceso psicoterapéutico. En este sentido, durante las primeras sesiones las terapeutas se interesaron por la vida de María así como por sus aficiones e intereses sin cuestionarla, facilitándole un espacio de confianza donde sus opiniones eran muy válidas, mediante una escucha activa y respetando su silencio si no quería contestar alguna pregunta. La paciente empezó a colaborar desde el inicio, implicándose en las tareas y considerándolas útiles, lo que también contribuyó al establecimiento de la alianza. En este sentido, a lo largo del proceso terapéutico no hubo ningún hecho que evidenciara una ruptura de la alianza, al contrario esta fue aumentando como demostraban los cuestionarios de alianza terapéutica que se le iban administrando a lo largo de las sesiones.

En este sentido la intervención se centra inicialmente en un contexto de confianza, con un buen vínculo que no la haga sentir vulnerable, temeroso, enjuiciado, inseguro ni influenciado que permita a la paciente invalidar la anticipación actual: “si expresa sus sentimientos dejará de ser una buena hija y una buena hermana”. Por lo tanto, se tiene muy presente al inicio del tratamiento no invalidar la identidad nuclear de la paciente sino que las intervenciones van dirigidas a ofrecer

interpretaciones alternativas de los constructos periféricos que no atienden a la definición de sí misma; Así pues, solo se llevan a cabo invalidaciones de los constructos de María en el momento en que se consigue establecer una relación terapéutica segura que permita co-construir nuevos significados y hacer cambios en la narrativa de la paciente y disminuir la incompatibilidad aparente que existía entre los sentimientos que le generaba la nueva situación familiar.

Una vez se estableció esta alianza terapéutica se procedió a explorar y revisar el sistema de constructos personales de María por entender y comprender su funcionamiento mediante la autocaracterización que permitía generarle nuevas preguntas que de manera natural generaban respuestas invalidadoras de los constructos que resultaban disfuncionales. Una vez se pudo co-construir nuevos constructos la dirección de la terapia se centró en aflojar algunas construcciones que resultaban demasiadas rígidas y polarizadas por ejemplo “buena” o “mala”, “feliz” o “infeliz”, “generosa” o “egoísta”, entre otras. Se intentó considerar nuevas alternativas y flexibilizar la rigidez inicial de estos constructos, admitiendo predicciones variables y atribuir un significado más abierto.

El abordaje del caso ha sido desde un enfoque integrador por este motivo durante el proceso terapéutico se han utilizado varias técnicas procedentes de diferentes orientaciones pero que no por esto son incompatibles entre ellas. La mayoría de las técnicas empleadas proceden de la terapia narrativa, puesto que para la paciente estas le ayudaban a cumplir los objetivos dentro de la terapia: “digerir los sentimientos ambivalentes”.

Se procedió, a través de la técnica narrativa de la carta, a liberar todos aquellos sentimientos y emociones que había reprimido durante los años y le habían invalidado la propia identidad. Al mismo tiempo, y desde una óptica más sistémica se hizo un trabajo sobre los roles y los límites familiares ya que podemos hablar de una confusión de límites entre los diferentes subsistemas familiares. El trabajo con la unidad familiar desde la perspectiva sistémica va a permitir tratar la diferenciación de roles, las estructuras e interrelaciones, dificultades parentales y los límites familiares.

6. Curso de la terapia

A continuación se presentan los aspectos más destacados del proceso terapéutico de María mencionando y comentando de manera cronológica y sintética los aspectos más relevantes de las sesiones realizadas. Se hará hincapié en algunas de las intervenciones específicas y en la evolución de la paciente a lo largo de los meses de psicoterapia realizados.

La paciente de 22 años ha realizado un proceso psicoterapéutico que se desarrolla en un centro privado a nivel ambulatorio con una duración de cinco meses. En total han sido quince sesiones con periodicidad diversas entre ellas: las primeras sesiones iniciales fueron semanales; de la diez a la trece incluídas pasaron a

ser quincenales y las últimas, pasadas tres semanas.

La intervención en todo momento es individual y se dirige a trabajar la reconstrucción del significado de la llegada de Ángel y consecuentemente la de una realidad caótica e impredecible. A la vez, se pretende que María integre poco a poco todos aquellos sentimientos ambivalentes que le generan esta nueva realidad.

Así pues, todo el proceso psicoterapéutico de María se describe y se comenta a través de las hipótesis teóricas que guían el proceso, centrándonos en las intervenciones que se llevaron a cabo desde una perspectiva integradora lo cual hace que las técnicas empleadas procedan de diferentes orientaciones teóricas pero no por esto incompatibles entre ellas.

Dicho esto se procede a la descripción general del proceso psicoterapéutico del cliente.

6.1. Evaluación

En la evaluación María explica el motivo de demanda y se explora su historial personal. Su discurso es algo caótico aun cuando al final consigue transmitir la idea principal.

La información recogida durante la primera sesión ha sido ya comentada con anterioridad, con lo cual solo es necesario resaltar: el estado ansioso que le genera la nueva situación y la inhibición de emociones verso esta. Se muestra preocupada por si las terapeutas entienden su discurso. Estas se centran en escucharla activamente, comprender el sistema de constructos personales de María y empezar a establecer una buena alianza terapéutica que es la que después permitirá a la paciente hacer cambios, sintiéndose segura.

6.2. Sesión número 1

La primera sesión se centra en la situación actual de la paciente.

Al entrar la paciente comenta que se siente más tranquila, afirma que la sesión de evaluación la ayudó mucho a pensar en que no es incompatible el hecho querer con la carga que supone tener un hermano, no biológica, discapacitado.

Así pues, se opta por continuar con este tema principal y se pide a la paciente que exponga de manera extensa los aspectos que le generan este malestar.

María: *la verdad es que me preocupa bastante qué pasará cuando mis padres ya no puedan hacerse cargo de Ángel.*

Tp1: *y... ¿qué crees que puede pasar?*

María: *creo que la mejor opción es que yo me haga cargo porque soy la que lo conoce mejor y porque es mi hermano.*

Tp1: *¿has pensado alguna otra alternativa?*

María: *no, porque las residencias no me gustan, pienso que son lugares muy fríos y Ángel ya viene de un lugar así, donde no le han ayudado, al contrario ha hecho que esté como está ahora. Si yo me ocupo no lo*

abandono.

Tp1: ¿cómo crees que te sentirías si estuviera atendido en una residencia?

María: muy culpable, como si lo abandonara.

Tp2: ¿qué piensan tus padres sobre esto?

María: mi madre siempre me dice que Ángel acabará en una residencia porque no me tengo que “hipotecar” mi vida. Es una carga fuerte de sacrificio pero que me toca a mí porque míos padres ya han hecho mucho por este niño.

María cree que su deber es hacerse cargo de su hermano en un futuro porqué sino la palabra “abandono” volvería a la vida de Ángel. No es capaz de contemplar posibilidades alternativas a este “sacrificio” cómo podrían ser: un centro de día o una residencia donde se le puede visitar a diario y el fin de semana estar juntos.

El estilo de afrontamiento de la cliente tiende a ser externalizador puesto que las atribuciones de significado que ha ido configurando sobre el estado actual de Ángel son, a priori, únicamente por el ambiente que había sido expuesto en los primeros meses de vida.

En este inicio de la psicoterapia, pues, aparece el dilema que María tiene versus su hermano: “le quiero mucho y no lo puedo abandonar porque es mi hermano” versus “es un sacrificio muy grande por mí cargar con él”.

Paralelamente se trabaja con las emociones por articular constructos preverbales a los que no había puesto nombre. Aparece el concepto de “rabia” y a través de un ejemplo concreto, la cliente explica que la emoción la originó el pensar que Ángel ha hecho que el matrimonio de sus padres también cambiasse. La paciente asegura que su madre siempre duerme con el niño porque es la única manera que este se calme y pueda adormecerse.

En la segunda parte de la sesión se entró a explorar la vida conyugal de los padres de la paciente y a observar como Ángel había pasado a ser el centro común de la pareja pues ya no compartían ocio. Esto permitió observar el rol que tenía cada unidad familiar y la dinámica disfuncional que se había establecido en los últimos años en la familia de María.

En esta sesión la paciente muestra poca resistencia al cambio dónde su sistema de significados personales resulta poco impermeable. Acostumbra a atribuir las causas de los hechos a través de la externalización por esta razón en las siguientes sesiones se remarca mucho los cambios que ha conseguido debido a *su* esfuerzo y poco a poco se va invalidando esta construcción. Siempre se respetan sus tiempos, gracias a la buena alianza terapéutica, pronto se pudieron hacer confrontaciones directas sin poner en peligro la relación terapéutica.

Des de este pensamiento dicotómico que compone el sistema de constructos polarizados, se entiende que aparezcan resistencias a introducir cambios como forma de preservar su identidad actual que es ser “buena hija” y “buena hermana”.

6.3. Sesión número 2

En la segunda sesión se pretendió entender algo más de la estructura y la organización de la familia del cliente y los cambios que había supuesto la llegada de su hermano en el sistema familiar.

La paciente inicia su discurso comentado que la llegada de Ángel desequilibró las relaciones entre sus padres y ella es la que asume las funciones de mediadora en los conflictos que se producen entre ellos, cuando, antes lo resolvían entre ellos de manera directa. Por lo tanto, se puede hablar de un sistema no sumativo es decir que “las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes” (Feixas y Miró, 1993, p. 258). Así pues, para que la familia esté en continua homeóstasis la paciente realiza funciones en un subsistema que no le atañen y deja de banda otro cómo puede ser hacer de hermana de Ángel y no de madre de este y de su padre.

Se comienza a observar que los límites no son claros dónde los roles de cada uno de los miembros son difusos y como consecuencia aparece poca diferenciación entre los subsistemas. Además, se percibe de las relaciones paterno-filiales que Ángel es usado rígidamente por desviar o evitar los conflictos parentals.

Tp1: dices que las cosas han cambiado mucho desde la llegada de Ángel, ¿en qué sentido?

María: bien, pues desde que Ángel está en casa mi madre y yo no paramos de ir de especialista en especialista, de médico a médico para encontrar un tratamiento porque nosotros no queremos una pastilla sino un plan para de tratamiento que nos aporte mejoras en el estado de Ángel. Esto hace que mi madre esté mucho rato con el niño y mi padre que trabaja afuera muchas horas (de transportista) cuando llega está cansado y se pone a la televisión. Cuando hablan de algo es de Ángel porque tampoco comparten nada...

Tp1: ¿cómo crees que hubiera estado la relación de tus padres si Ángel no hubiera tenido ninguna discapacidad?

María: yo creo que hubieran continuado como yo la recuerdo desde pequeña como unos padres unidos dónde los fines de semana podíamos ir todos tres al cine, al teatro,.. Y ahora esto no lo podemos hacer.

Tp2: pero seguramente ahora con tu hermano podéis compartir otras cosas...

María: pues ahora que lo dices sí; Ángel hace que vayamos al parque, que mi padre juegue con él porqué es muy divertido y alegre. Por mí mi padre es más como un hermano y Ángel se lo pasa muy bien con él. pero mi tío los domingos (hermano de mi madre) viene a recoger a Ángel y se lo lleva todo el día.

Tp1: ¿y cómo lo recibe Ángel esto?

María: muy mal, él no quiere ir con mi tío... ¡siempre vuelve muy alterado!

En esta sesión aparece la necesidad de María a ser buena hija, a resolver los conflictos entre sus padres, en ayudar a buscar un tratamiento para Ángel y al imponer límites a su hermano como por ejemplo “comer solo” o “vestirse sin ayuda” del contrario se sentiría “culpable” y “egoísta”.

Se le pide a la paciente que realice la autocaracterización para la próxima sesión y esta se muestra muy interesada al hacer la tarea.

6.4. Sesión número 3

La tercera sesión se centra principalmente a trabajar los constructos personales de María mediante la autocaracterización con objetivo de construir alternativas más funcionales.

María hace una diferenciación en la manera de definirse: por una parte, “antes” como ella dice, refiriéndose a 10 años atrás y por otra parte, “ahora” con veintidós años. Se describe “antes” como una niña feliz, vulnerable, sin miedos, decidida, tímida, vergonzosa, inocente, muy generosa, muy querida por la gente que la rodea versus la niña que es “ahora”: extrovertida, cuestionándose reiteradamente si es feliz, con miedos irracionales, pensamientos absurdos, egoísta, que no se adapta al resto, que se hace respetar, que dice que no, agradecida, trabajadora, autoexigente, responsable, muy dubitativa, insegura, transparente, influenciable...

Tp1: quizás me equivoco pero hemos observado que te defines con adjetivos y acciones muy extremistas, como si no hubiera un punto medio: antes tímida y ahora extrovertida, no tenías ningún miedo y ahora sientes que tienes miedos irracionales y pensamientos absurdos,... ¿qué piensas tú?

María: la verdad es que no me había fijado... siento que las cosas que hago o están bien o están mal y que soy así o no,.. No pienso en términos entremedios. Creo que antes era más valiente y más decidía y ahora ya no.

Tp1: me da la sensación de que es como si la María de ahora extrañara a la de antes...

María: (se pone a llorar) Sí..., siento que he cambiado y ¡que me hecho de menos!!

Tp2: quizás no has cambiado tanto como te piensas, solo te has ido haciendo mayor. Todos traemos dentro la niña que hemos sido y poco a poco vamos incorporando nuevos aspectos de nosotros mismo sin dejar de ser un mismo.

Para María era muy importante su infancia; una niñez idealizada que solo le permitía recordar aspectos positivos que le contrastaban mucho con la realidad caótica que vivía desde hacía seis años, en la que solo recuerda aspectos negativos de esta.

A lo largo de las sesiones, se ayuda a María a integrar las dos partes por obtener una alternativa funcional diferente que le permita mantener su identidad cambiando

pero, algún constructo más periférico. También se pretende aflojar el constructo que predice a una chica insegura y con miedos a través del contraste de la validez interna de su sistema de constructos.

6.5. Sesión número 4

Tp1: ¿lo que descubriste te ha ayudado a entender cosas?

María: la verdad es que estoy muy contenta de todo lo que estamos descubriendo. Me he dado cuenta que siento añoranza de mí misma pero que no lo debo hacer sintiéndome culpable, sin vergüenza,... ¡os agradezco mucho lo que estáis haciendo por mí!

Tp2: nosotras solo te ayudamos, ¡la que está haciendo posible los cambios eres tú! Nosotras estamos aquí para ayudarte en el proceso, para proponerte herramientas de cambio.

María: estoy muy contenta... incluso he notado que la relación con el Ángel está cambiando de manera muy positiva y con mis padres también.

En esta sesión se intenta llevar a cabo un refuerzo positivo a la paciente, haciéndole ver que los cambios son fruto de las nuevas atribuciones de significado a su experiencia y no a nosotras, las terapeutas.

Aparecen diferentes temas importantes a lo largo de la sesión. En primer lugar, se habla de la relación que tiene con Ángel; un tema importante para ella que prioriza en sus metas terapéuticas. Se tratan los sentimientos que le genera el hecho de no poderse comunicar con su hermano y de como este le rechaza los besos y abrazos que la paciente le quiere hacer “él solo quiere besos de mi madre”. En segundo lugar, se intenta integrar nuevos constructos más funcionales, es una buena ejemplificación cuando dice “vergonzosa versus extrovertida”, que se termina redefiniendo como “vergonzosa versus reservada”. En tercer lugar, se trata el tema de los miedos que salen en la autocaracterización. La paciente las define como miedos irracionales; por ejemplo el hecho de pensar que le puede coger un ataque de corazón y que nadie la encuentre o el miedo a que explote la casa por una fuga de gas lo cual hace que deba comprobarlo dos veces antes de irse a dormir (compulsión). María reconoce que son rasgos obsesivos que siempre la han acompañado en momentos de estrés o de cambio. El hecho de no percibir el control de la situación, hace que la paciente tenga más estrés y que los miedos irracionales apareciesen. Se le resalta la capacidad que tenía por adaptarse a los cambios, como había hecho con el de Ángel durante seis años.

Se acaba la sesión hablando de los cambios, comentando que no todos los cambios son tanto grandes ni tienen tantas repercusiones en la vida de uno como el de la llegada de su hermano. No todos los cambios son impredecibles ni deben ser por siempre jamás, porque normalmente tienen retorno o marcha atrás.

6.6. Sesión número 5

La María explica todo el proceso de acogida de Ángel y en su narrativa se refleja vacíos de información. Al preguntarle porque cree que no recuerda cierta información relevante del proceso responde: “nunca le pregunté a mi madre, no se... no hablamos demasiado del tema; y además no me pidieron permiso por hacer lo de Ángel”.

Tp1: ¿por qué crees que te debían haber pedido permiso?

María: porque es una cosa muy importante que incumbe a toda la familia!

Tp2: pero... si tu madre hubiera quedado embarazada, ¿crees que también te habrían pedido permiso?

María: no no,... ¡ visto así no la verdad!

Tp1: puede ser que en vez de pedirte permiso, les podrías “pedir, exigir,...” que té hubieran explicado bien lo que iban a hacer y que atendieran las preguntas que te sugerían en aquel momento. En un embarazo tienes nueve meses para preparar la llegada de un hermano en cambio en tu caso, no tuviste ni un día ni una explicación clara.

Se le pide a la paciente que para la próxima sesión hable con su madre por saber la información que ella necesite para entender el proceso de acogida del Ángel.

6.7. Sesión número 6

María acude a la sesión muy contenta y orgullosa. Explica que ahora entiende muchas cosas que no recordaba “el hecho de poder hablar con mi madre me ha ayudado a clarificar vacíos de información que tenía y a entender porque Ángel lo acogió mi madre y no mis otras tías; para mí ha sido muy importante esta charla con mi madre”. Las terapeutas remarcan los cambios conseguidos, se la felicita por esto y se la anima a continuar adelante.

Sigue hablando de la conversación que tuvieron con su madre. La paciente comenta que descubre de esta conversación que su abuela materna fue abandonada con tan solo seis años a una casa de un señor desconocido y que vivió muy mal el hecho de no tener madre. Cuando esta señora supo que Ángel no se podía quedar con su madre biológica no dudó en quedárselo ella (no quería que se sintiera abandonado) pero por motivos de salud le pidió a su hija mayor (madre de la paciente) que era en la que confiaba y mantenía una estrecha relación materno-filial que se hiciera cargo de Ángel. A la vez el EAIA solo les había dado dos días para darles una respuesta de lo contrario el niño tenía una familia que lo esperaba. Así pues, bajo la presión legal del EAIA para darles una respuesta y la presión moral de la abuela de la paciente, su madre después de hablarlo con su padre deciden aceptar el proceso de acogida hasta que su madre biológica se rehabilite.

Tp1: veo que en tu familia la palabra “abandono” se ha ido pasando de generación en generación.

María: pues sí..., yo no lo sabía pero es verdad. Ya mi abuela fue

abandonada con seis años y no quería que a Ángel también le pasara.

Tp1: y... tu madre ahora tampoco debe querer que Ángel, de mayor, se sienta abandonado.

María: ella siempre dice que acabará en una residencia porque yo no puedo sacrificar mi vida pero siento que si hago esto lo vuelvo a abandonar, como su madre hizo con él.

Tp2: o quizás lo que haces es ofrecerle una vida segura, con recursos que él puede necesitar, con cuidados constantes, con estimulación cognitiva,...

Tp1: dejarlo en una residencia no quiere decir que no lo puedas ver más, te lo puedes llevar los fines de semana, o algún día por la tarde,... que él resida en otro lugar no quiere decir que se abandone o que se deba perder el contacto.

María: (emocionada) pues sí... pero si al menos le pudiera explicar a Ángel; Es duro tener un hermano en el que no te puedas comunicar hablando!

Las terapeutas creen que es el momento en que María puede transmitir todo lo que siente por su hermano y como que hablando con él no es vía de comunicación factible con niños con espectro autismo se le pide que escriba una carta a Ángel dónde le explique todo lo que siente y ha sentido desde su llegada. La clienta lo acepta de manera muy positiva y emocionada.

6.8. Sesión número 7

En esta sesión la María viene nerviosa y preocupada. La semana pasada no pudo venir y comenta “he echado de menos la sesión de la semana pasada y esto me da miedo”. Le da miedo sentirse dependiente de la terapia por sentirse bien o no. Las terapeutas le recuerdan que hasta el momento ha producido cambios muy positivos ella sola y que la terapia es un proceso que se va dejando poco a poco. A la vez se le recuerda que en la última sesión se trataron temas muy nucleares como son: la historia de Ángel, la relación con su madre, descubrimientos que había hecho de sus familiares, y que además le pedimos una tarea que podía remover muchos aspectos de uno y que esto quizás no se lo habríamos advertido. Se intenta hacer ver a María que no es una dependencia lo que ella tiene sino una necesidad y se habla de la diferencia entre estos dos conceptos.

A continuación se comenta la carta que ha escrito a Ángel donde puede describir sentimientos y vivencias, como si pudiera mantener una conversación con él. La cliente no se muestra muy satisfecha de la carta y llorando explica “no la he podido acabar como yo quisiera”. Afirma “me ha sido muy difícil, me suponía un padecimiento”; Cada vez que María pensaba con Ángel le venían ganas de llorar “lo que no he llorado todo este tiempo lo he hecho ahora”. Se cree que es positivo para ella que haya podido sacar parte de lo que traía adentro con el objetivo de iniciar algún cambio en constructos polarizados de “buena o mala hermana” si expresa lo

que siente.

María: (llorando) *me da vergüenza no haber sabido afrontar la situación y elaborarla.*

Tp1: *te cuesta pensar que no has sido capaz de hacerlo, pero... si solo tenías 16 años.*

María: *ya pero creo que lo podía haber hecho mejor o diferente.*

Esta sesión resulta especialmente significativa, puesto que María consigue expresar sentimientos que hacía años que tenía “congelados” y poco elaborados. En un ambiente muy emotivo la paciente habla de sus pensamientos que no había compartido con nadie. La actitud de las terapeutas permitía explorar con las nuevas alternativas que se iban generando y actuar como validadores de la voz sumergida para conseguir, al final, una integración de las dos voces que la paciente manifestaba.

Se le pide para la siguiente sesión que incluya a la carta lo que le faltaría decir (la parte de rechazo hacia Ángel) y que la termine como ella hubiera deseado.

6.9. Sesión número 8

En esta sesión la paciente inicia justificando el comentario de la sesión pasada de sentirse dependiente “no me gustó decirlo” aunque las terapeutas deciden no darle más importancia con objetivo de no establecer esta idea en la relación terapéutica que se quiere mantener: de experto a experto. Así pues se le pide que comente un poco como se ha sentido en rescribir la carta a su hermano.

María: *me ha sido más fácil, he estado más serena y no he llorado tanto...*

Tp1: *y... ¿Qué crees que ha pasado?*

María: *pues creo que ahora puedo expresar lo que siento de una manera más libre, sin miedos, sintiéndome tranquila conmigo misma.*

Tp2: *¿qué cosas dirías que te han ayudado en esta segunda carta?*

María: *pienso que la relación con Ángel está cambiado de manera positiva, desde que entiendo que me puedo relacionar con él, que puedo decir las cosas que siento, aunque no sea hablándole y diciéndole a la cara, se que lo puedo hacer de otras maneras. Ya no siento tanta culpa ni vergüenza por haberlo elaborado como pude sino que me siento orgullosa; esto me hace estar más tranquila y creo que es lo que me ha ayudado a hacer mejor esta segunda carta..*

En esta sesión la cliente se encuentra más predispuesta al cambio, se observa que incorpora la narrativa de las terapeutas en su discurso y esto supone un avance en comparación a la rigidez inicial. Finalmente cuando verbaliza la parte de rechazo que le supuso la llegada de Ángel la paciente se siente tranquila consigo misma. Se le pide que para la próxima sesión piense qué quiere hacer con esta carta y que si puede lo ejecute.

6.10. Sesión número 9

María se muestra muy tranquila y más contenta. Se comienza la sesión comentando el destino de la carta.

Tp1: *¿pudiste pensar qué querías hacer con la carta?*

María: *sí... ¡y además lo pude hacer!*

Tp1: *¿nos lo quieres explicar?*

María: *sí, ¡por supuesto! Estoy muy contenta, fue muy especial para mí; fue al mar y en forma de barco, ahí la lancé.*

Tp2: *¿crees que te resultó difícil?*

María: *¡sí! Estuve unas dos horas antes de lanzarlo; además, mis padres no lo sabían porque sino mi padre se hubiera reído...*

Tp1: *¿y cómo te sientes ahora?*

María: *me siento más libre para dar amor, de los sentimientos que tenía congelados, como si ahora no hubiera padecimiento... la relación con Ángel está cambiando despacio pero de manera muy positiva, sintiéndome más cerca de él sin tener que estar encima de él siempre.*

De este fragmento se deduce que María está integrando sus sentimientos de manera muy positiva. Está construyendo nuevos constructos que van más allá de ser “buena hermana” o “buena hija” entiendo así, que uno tiene derecho a expresar lo que siente.

Después de la novena sesión se presenta el caso a supervisión y se valora con todo el equipo la elaboración conjunta de una carta de respuesta (técnica narrativa), a través del lenguaje metafórico, que refleje la situación y el punto de vista de Ángel en la familia y en su relación potenciando la demanda de un rol como hermana. El principal objetivo es que la paciente tome conciencia, explore alternativas de soluciones y que genere un cambio, en su perspectiva.

6.11. Sesión número 10

El equipo cree que es una buena idea realizar una carta en nombre de Ángel como ritual de cierre, como si fuera su hermano quien respondiese la que ella le había hecho inicialmente.

La paciente se muestra muy sorprendida, en el momento que se le entrega la carta y se le pide que la lea en voz alta se pone a llorar y no puede parar hasta que acaba de leerla.

Se aborda el tema de la culpa, del rol que ella juega dentro de su casa y entre las relaciones ya sea conyugales o con Ángel. Se intenta cambiar aquellas conductas que se percibe como negativas y le generan culpa como por ejemplo cuando ella comenta: “haz un beso a la mamá porque se ponga contenta”, buscando alternativas funcionales y siempre preservando constructos que definen su identidad. La paciente sabe lo que debe hacer “de hermana mayor” al margen de ser buena o mala pero no sabe cómo hacerlo sin renunciar a su identidad

6.12. Sesión número 11

María decide iniciar la sesión comentando lo que sintió por la carta recibida, en la sesión pasada.

María: *¡con tanta llorera no era capaz de escucharme! Estoy alucinada... porque era la respuesta de mi carta. Me sabe mal porque no podía parar de llorar; ¡ Me desbordé! Normalmente tengo más control...*

TP1: *el control muchas veces no nos permite expresar lo que uno siente; nosotras (haciendo referencia a las terapeutas) también nos emocionamos cuando lees la carta. ¿Crees que has podido sacar algunas conclusiones?*

María: *la verdad es que me ha tranquilizado mucho saber que no hay culpables y que él lo que necesita es una hermana mayor, ¡ no una madre! Siento que ahora es como un capítulo cerrado con final feliz; decidí comentarle a mi padre lo de la carta que hice a Ángel*

TP2: *¿y como reaccionó él?*

María: *muy bien, no me lo esperaba...me dijo que si para mí era importante y me servía ¡creía que estaba muy bien!*

TP1: *nos parece muy positivo que lo hayas compartido con tu padre sin anticipar su respuesta.*

Se continúa hablando de la relación que tiene con sus padres y como ella se siente dependiente de las opiniones de estos. La paciente cree que siempre ha estado triangulada en las relaciones que establece y que es uno de los aspectos que más le incomodan en los vínculos.

Se termina la sesión hablando de las emociones y cómo podemos tener un control, dejándolas salir, a sabiendas de por qué sirven y como se pueden utilizar de una manera útil y adaptativa.

Para la próxima sesión se le pide a la paciente que identifique las emociones que siente con más frecuencia a través de la técnica de las cinco columnas: pensamiento, emoción y acción.

6.13. Sesión número 12.

Esta sesión se pretende hacer más hincapié en el tratamiento de las emociones para hacer ver a la paciente un proceso de gestión adecuado de las emociones con objeto de poder hacer un uso estratégico y psicoterapéutico. La María pero le resulta de poco interés, aparentemente, hacer este abordaje en este momento y así lo expresa al inicio de la sesión:

María: *¡no tenía ganas de hacer la tarea, de hecho no la quería hacer! No se si es el momento de trabajar esto...*

TP1: *no es el momento de trabajar esto...*

María: *¡es que me resultó muy difícil detectar mis emociones! (mostrándose preocupada) pero después pensé que era importante trabajar esta parte de mí...*

Tp2: *¿por qué crees que te resultó difícil?*

María: *no lo sé... seguramente nunca me había parado a pensar lo que yo sentía; siempre estaba pendiente de mis padres y de Ángel y ahora que debo mirar dentro mío me cuesta!*

Después de que la paciente decidiera continuar con el proceso psicoterapéutico la sesión continuó con una parte didáctica sobre el recorrido de un proceso adaptativo de las emociones y se aseguró que María entendiera la importancia del trabajo sobre estas. Para la próxima sesión se le pidió que intentase hacer de nuevo las cinco columnas pensando en situaciones reales. A la vez se le entregó una hoja de frases a completar como por ejemplo: “cuando los otros me dejan de lado yo me siento...” o “cuando me siento querida...” para facilitar a la paciente la exploración de sus emociones. Paralelamente se le va anticipando la finalización del proceso reconociéndole los cambios realizados a lo largo de los meses.

6.14. Sesión número 13

María entra en la sesión con una expresión de satisfacción que justifica diciendo “me ha gustado mucho hacer esta actividad y sobre todo por escrito”. Asegura que le ha sido más fácil hacer las cinco columnas a través de situaciones reales (mediante la hoja de frases a completar). A lo largo de la sesión se van observando a través de una actitud proactiva cambios significativos en sus constructos a través de alternativas funcionales.

Comentar que María está más predispuesta al cambio, puesto que continúa incorporando la narrativa de las terapeutas en su discurso “sé que más allá de los miedos irracionales debo ver aquellos que son funcionales y creo que despacio los voy descubriendo”.

Empieza a dejar de banda la rigidez y la polarización de constructos para permitir ver *colores grises*. Una buena ejemplificación de cambios de constructos es el siguiente: complaciente versus flexible; miedo versus sorpresas, reflexiva versus obsesiva, profunda versus analítica entre otras.

6.15. Sesión número 14

Las terapeutas inician la sesión recordando que ésta será la penúltima sesión del proceso y la paciente se ve orgullosa de ello. Comenta que estas últimas semanas han sido duras para ella porque el final de curso ya casi llega y tiene muchas preocupaciones: entregas de trabajos, estudiar por los exámenes, y además la semana pasada su madre tuvo un accidente. Las terapeutas al verla emocionada deciden hablar más extensamente de estos problemas. Inician la sesión aclarando lo que ha pasado en la constelación familiar de la paciente.

Tp1: *¿qué tipo de accidente tuvo tu madre?*

María: *se pilló el dedo con el maletero! Pero no me lo quiso decir...*

Tp2: *¿quieres explicarnos como sucedió?*

María: pues yo la llamé para decirle que iba a buscar a Ángel en la escuela para que ella no fuese porque salía del trabajo (trabaja cuidando una señora mayor); por teléfono la noté nerviosa y le pregunté qué le pasaba y me dijo que nada que se había hecho un corte en el dedo pero que ya estaba de camino con su coche. Yo me quedé algo preocupada porque se me hacía extraño ver a mi madre en aquella actitud por un corte. Así que junto a Ángel la esperé, cuando ella llegó estaba muy pálida y le vi mucha sangre en el dedo y ¡de golpe se desmayó! Yo veía que ella no respondía y los padres de los otros niños llamaron a una ambulancia. Dentro de poco volvió en sí pero yo estaba muy pero muy nerviosa. Cuando le pregunté en el señor de la ambulancia como estaba mi madre me respondió: ¡mejor que tú! (riéndose)

Tp2: buff... que susto

María: si... me asusté mucho puede que fuese algo exagerada pero no entendía nada

Tp1: puede ser que me equivoque pero esto me recuerda la situación de la acogida de Ángel. Recuerdo que en aquel momento también tuviste muy poca información y pocas explicaciones y parece como si en este episodio se volviera a repetir. Tu madre parece tener un estilo de comunicación dónde la información que da es poca y tú ante esta amenaza te asustas y haces hipótesis que después no se pueden cumplir.

La sesión se termina hablando del estilo de comunicación que predomina en su casa y de los cambios positivos aparecidos en las últimas semanas en las relaciones paternofiliales “me doy cuenta que cuando no anticipo la respuesta de mi padre él no se comporta como yo había pensado”.

Para la próxima sesión se le pide que haga una segunda autocaracterización para hacer el cierre del proceso psicoterapéutico y comprobar si ha habido cambios en los constructos de la María.

6.16. Sesión número 15

La paciente pone de manifiesto los cambios que ha observado mientras realizaba la segunda autocaracterización. Asegura que no se identifica con la persona que escribió la primera porque fraccionaba mucho el pasado con el presente y ella cree que ahora lo tiene todo más integrado. De hecho el recorrido emocional que ha hecho la paciente a través de esta narrativa le ha sido útil para darse cuenta que su pasado es el que conforma su presente y que por lo tanto, no son dos partes independientes sino que es una línea circular que nunca deja de dar vueltas.

Uno de los aspectos a destacar es la incorporación de la narrativa de las terapeutas en su discurso: “es sensible, profunda y reflexiva” versus “es vulnerable, profunda y obsesiva” o “pocas veces actúa asertivamente, y le molesta ser así” versus “se siente aligerada cuando se permite expresar el malestar con asertividad”;

puesto que antes la paciente se pensaba que decir que *no* era actuar de manera asertiva, con el proceso se ha dado cuenta que no lo es.

En términos generales, la segunda autocaracterización es más positiva y mucha más integradora que la inicial.

7. Monitorización del proceso terapéutico

Para comprobar los avances de la terapia se han utilizado diferentes instrumentos de evaluación. Dado que han sido comentados con anterioridad, este apartado se centrará en el análisis comparativo de los resultados obtenidos en el CORE-OLMO, y en el WATOCCI, al inicio y al final de la terapia.

Como se puede observar a la Tabla 1, los resultados administrados en el pre y post terapia, no indican una mejora significativa en el estado de la paciente. Esto se atribuye por una parte, en el momento temporal de la autoadministración de este que era al final de la carrera de la paciente (momento en que los niveles de ansiedad son elevados y las preocupaciones son varias) y así lo verbalizó María “el final de curso me hace estar más nerviosa y preocupada, incluso a las noches no duermo bien soñando con los exámenes y puede que los resultados de los cuestionarios salgan peores”. Por otra parte, como se concluyó en el estudio de Ll. Botella, L. Belles, N. Grañó, D. Beriain (2009) *Resultado y Proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora*, puede ser que sea fruto del aumento de consciencia de algunos aspectos que antes de hacer el procesos psicoterapéutico eran obviados. Esto, produce un cierto malestar temporal que responde a una disminución de las puntuaciones generalizadas. Por estas razones, se concluye que la no mejora sintomática no tiene efectos significativos de disminución de la magnitud del cambio sintomático pre-post en la paciente.

Dimensiones	Pre-	Post	Diferencia de medianas Pre-Post
Bienestar social	0.75	1,75	1
Problemas/síntomas	0.5	1.41	0.91
Funcionamiento psicosocial	0.41	0.83	0.42
Riesgos	0	0,16	0.16
Total de los ítems	0.41	1.02	0.61
Todos - R	0.5	1.21	0.71

Tabla 1. Comparación de la diferencia de las medianas pre y post terapia para cada una de las dimensiones del CORE-OLMO

A lo largo de las sesiones se ha administrado el WATOCCI para evaluar el estado y evolución de la alianza terapéutica: tareas, objetivos y vínculo. Se ha

administrado en las cuatro primeras sesiones, en la séptima y en la quinta. Dado que la paciente presenta una buena capacidad de mentalización y de establecimiento de relaciones sociales, se ha podido observar un incremento de la puntuación en cada uno de los aspectos evaluados a medida que la terapia avanzaba. El hecho que las puntuaciones desde el inicio fueran elevadas era ya un buen predicador de una mejora significativa generalizada sin contemplar la posibilidad que la paciente tuvo expectativas irreales.

Para terminar con este apartado comentar que la alianza terapéutica mediana no se ve afectada por el empeoramiento sintomático temporal de la paciente.

8. Evaluación final del proceso y resultados de la terapia

En el caso de María gran parte de la terapia se centró en propiciar conversaciones diferentes a aquellas en las que participaba habitualmente. Dado que la paciente estaba acostumbrada a hablar desde la voz social –posición que le había traído a un bloqueo narrativo– se ha intentado que las conversaciones generasen nuevas alternativas más funcionales.

Como se ha comentado María descubrió que se podía comunicar con su hermano a través de la carta y a la vez, que se le podía dar voz a este. Es necesario decir que la comunicación fue uno de los puntos fundamentales a tratar puesto que las relaciones paterno-filiales también se veían afectadas por una comunicación disfuncional. Se trabajó el sistema familiar a nivel individual a fin de clarificar los roles y funciones que cada uno de los miembros desarrollaba. María ha notado cambios en el sistema: por una parte asegura que la relación con su hermano “es más libre” y por otra, que la comunicación que se ha establecido entre los diferentes subsistemas está cambiando de manera muy positiva.

María ha llevado a cabo cambios en sus constructos más nucleares a lo largo del proceso psicoterapéutico dejando de ser tan rígida y polarizada “buena hija y buena hermana” en su narrativa de identidad. De hecho, ella dice que no se reconoce en la primera autocaracterización que hizo pues ahora siente que su vida es un libro organizado por capítulos terminados e integrados. Así pues, la “narración dominante” (White y Epston, 1993) que limitaba su personalidad, su sentido de identidad evolucionó hacia un discurso alternativo que hace más agradable la vida de la paciente. El hecho de haber co-construido otras maneras de narrar la vida de María ha ayudado a dar un nuevo sentido a su vida, a si misma y a sus relaciones.

Aunque todavía queden cambios relevantes para conseguir los objetivos y metas terapéuticas iniciales se han podido cumplir observando una mejora significativa a nivel relacional

En resumen, el caso clínico analizado en este estudio parte de un punto de vista multicausal e integrador, que describe claramente un proceso psicoterapéutico trabajado desde una perspectiva constructivista en que se utilizó técnicas narrativas y cognitivas adecuadas para esta paciente.

9. ANEXOS

Anexo 1. La autocaracterización de María

Haciendo balance de María e integrando aspectos de su propia trayectoria vital que han ido configurando su personalidad y manera de ser, empezaré diciendo en esta descripción que con los años María ha cambiado algunos aspectos. Ella recuerda haber sido una persona muy tímida y vergonzosa; y se sorprende cuando los amigos la perciben y recuerdan como una persona extrovertida. Sí que es verdad que la timidez la ha ido perdiendo, pero ella continúa identificándose en un grado menor. Con los años la María que todos (familia, maestros, vecinos) conocían por “la niña feliz”, “la que siempre ríe”, ha ido cambiando. Le encantaba que se lo dijese; y le gusta recordarlo. Siempre ha sido feliz, y ahora siente y piensa que también. Se cuestiona por que antes vivía y ni se lo planteaba y por que ahora se lo pregunta frecuentemente. No se lo pregunta des de la autoevaluación cuantitativa, pero sí des de su propia vivencia subjetiva de la propia felicidad; hasta que se cansa de darle tantas vueltas y lo deja. Siempre llega a la misma conclusión: ahora, a diferencia de antes (*infancia*) le resulta difícil expresar y transmitir la felicidad que de pequeña la hacía brillar.

Otras cosas que han cambiado es que María de pequeña no tenía miedo a nada (era más decidida), se ha convertido en una persona llena de temores irracionales que ella sabe que no tienen ningún sentido, pero que aún así la incomodan; y se sorprende –y se ríe de sí misma– ante algunos pensamientos absurdos.

Continuando con el contraste, la María de antes (cuando hablo de antes lo sitúo a 10 años atrás, más o menos) era una persona –una niña– súper generosa. Siente añoranza ante la generosidad que la caracterizaba. Siente que ahora se ha convertido en una persona más bien egoísta, que lucha por su bienestar ante los demás. Sabe que luchar por sí misma no es ser egoísta, de la misma manera que sabe que ser generosa no es renunciar a los propios deseos, derechos y bienestares; pero se siente incómoda dedicando tiempo y energía por su satisfacción en detrimento de los demás. Siente añoro, pero no culpa. La culpa es otro aspecto que con los años ha ido disminuyendo; antes se sentía culpable por cosas que ni si quiera tenía implicación, ahora no.

Era una niña vulnerable, lo que se dice de los niños que “como era débil, se aprovechaban de ella”. Siempre ha tenido amigos y ha estado –y se ha sentido– amada, pero ha sido típico de la María que se encontrar en relaciones de tres en las que ella se encontraba en medio. Más que vulnerable, inocente. Con el tiempo se ha hecho respetar, ha marcado los límites de respecto y tolerancia (los que a lo mejor ella cree que merece y los que ella dedica a las otras personas). Poco a poco a aprendido a decir que no, y se siente orgullosa cuando se permite expresar el malestar con asertividad.

Ahora bien: hay cosas que no cambian. Continúa siendo una persona agradecida, que siente amor a la vida, con ilusión, con entusiasmo, trabajadora, autoexigente (a lo mejor demasiado), responsable, desordenada, tozuda, muy dubitativa, que le resulta difícil tomar decisiones, sufridora y insegura. Sigue siendo la María transparente. Ella entiende por transparente esta clase de personas que se muestran tal i como son, “sin tapujos”, sin malicias por debajo.

Sigue siendo la María que considera que le cuesta deshacerse de las *cosas y personas* con las que comparte momentos de vida. Por ejemplo: al finalizar la etapa escolar, o al dejar una trabajo que llevaba tres años allí. Cuando dice que “le costaba” quiere decir que lo pasaba mal (siente tristeza, que ella considera que no es excesiva) al despedirse de aquellas personas con las que ha establecido vínculos, pero aún así prefiere hacer una despedida que no irse sin decir nada y evitarlo. Cada vez se toma el inicio del final de una etapa como el comienzo de otra (sin olvidar): llevándose el recuerdo, y se ha dado cuenta que rehacerse no quiere decir olvidar (gran descubrimiento, según el cual se permite nuevos capítulos). María tiende a recordar más las vivencias buenas que las malas: no es rencorosa.

Las dudas, la dificultad de tomar decisiones y el sufrimiento ante una pérdida (un trabajo por ejemplo) son incongruentes con la autonomía e independencia que otros le atribuyen. Sus amigos siempre le habían dicho que era una persona independiente, y ella se lo había creído. Ella no se considera una persona dependiente de los otros, pero es consciente de sus dificultades cuando se trata de tomar decisiones (decisiones banales que, a lo mejor tiene que consultar con sus padres). Sus padres dicen que no se deja ayudar, que es muy tozuda y no escucha los consejos o recomendaciones de los demás; y ella les da la razón con que es tozuda, pero no coinciden en opinión cuando se refieren a que no se deja ayudar, al contrario (ella cree que aprovecha las opiniones y ayudas de los demás). Esta inseguridad (ella lo identifica como inseguridad, y no en términos de dependencia) va acompañada de ser una persona mas bien influenciable. No le gusta nada ser influenciable, pero lo es. Aún que no lo quería, le importa lo que los demás piensen de ella.

Si algún día se tuviera que describir a sí misma se sorprendería de las dificultades con las que es encontraría.

Anexo 2. Carta a Ángel

A ti,

Si me pudieras comprender te explicaría quién eres; quién eres para mí. Para mí eres la historia de mi gran hermano pequeño.

Has llegado en el mundo sin quererlo; y lo peor: sin que tus padres lo quisieran. I me duele que así sea. Debe ser terriblemente doloroso percibir des de pequeño que tus “padres” no te quieren, que no te esperaban, que no te dieron la bienvenida. Tú lo has vivido de la mejor manera que podía: has preferido no integrarte que darte cuenta del desecho y de tener que sobrevivir con el sufrimiento y dolor que esto

supone. Lo pasaste muy mal; y no lo has olivado. Nos ha resultado difícil ganarnos tu confianza: el miedo se apodera de ti. Nadie no te había hecho reír antes; y si llorabas, nadie no te respondía. Nadie no te había abrazado antes, no sabías qué eran las caricias, querías tu espacio; el espacio en el que aún ahora, en ocasiones, te refugias.

Aún ahora te resulta difícil dar segundas oportunidades: la desconfianza y rencor son tus armas. Entiendo, después de todo lo que has pasado, que té sea difícil regalar amor, pero sé que en el fondo lo tienes, y cuando me lo demuestras soy la más feliz del mundo.

Desde que has llegado que la familia ha cambiado; ni mejor ni peor, diferente. A lo largo de los años que has formado parte de mi núcleo familiar me he llegado a sentir fuera de la familia, como si yo hubiera perdido mis padres, mi situación familiar. Me he sentido muy extraña con estos sentimientos y no me sentía cómoda; lo he pasado mal (no digo que me lo has hecho pasar mal tu). Y ahora me da vergüenza haberme sentido así y no haber estado capaz de integrar (y integrarte) de una manera más sana.

Para mi has supuesto un gran cambio; un cambio de vida. Un cambio que implica tristeza, alegría, vida, estimación, impotencia, rabia, incertidumbre, incredulidad, planeamientos morales, cuestionamientos de mi capacidad adaptativa, crecimiento. A ti también te ha cambiado la vida; estamos los dos dentro el mismo barco. Me encanta cuando respondes con una sonrisa de agradecimiento y alegría; cuando te das a entender y ves que te comprendemos. Tu agradecimiento vale un esfuerzo.

Me gusta pensar que el esfuerzo ha valido —y valdrá— la pena; y que verte feliz no tienen precio. Ahora te toca a ti ser feliz, y entre los cuatro lo estamos consiguiendo. Nosotros sí te queremos; tanto como tu a nosotros, porqué tú también nos haces feliz a nosotros.

Anexo 3. Reescritura de la Carta a Ángel

A ti,

Si me pudieras comprende te explicaría quién eres; quién eres para mí. Para mi eres la historia de mi gran hermano pequeño. *Siempre que explico a alguien quién es mi hermano provoca admiración hacia nuestros padres. Sin duda, este acto de amor incondicional es inherente a un sentimiento de admiración a orejas de cualquier. Y es que darte una segunda oportunidad de vida no tiene precio.*

Has llegado en el mundo sin quererlo; y lo peor: sin que tus padres lo quisieran. I me duele que así sea. Debe ser terriblemente doloroso percibir des de pequeño que tus “padres” no te quieren, que no te esperaban, que no te dieron la bienvenida. Tú lo has vivido de la mejor manera que podía: has preferido no integrarte que darte cuenta del desecho y de tener que sobrevivir con el sufrimiento y dolor que esto supone. Lo pasaste muy mal; y no lo has olivado. Nos ha resultado difícil ganarnos

tu confianza: el miedo se apodera de ti. Nadie no te había hecho reír antes; y si llorabas, nadie no te respondía. Nadie no te había abrazado antes, no sabías qué eran las caricias, querías tu espacio; el espacio en el que aún ahora, en ocasiones, te refugias.

Aún ahora te resulta difícil dar segundas oportunidades: la desconfianza y rencor son tus armas. Entiendo, después de todo lo que has pasado, que te sea difícil regalar amor, pero sé que en el fondo lo tienes, y cuando me lo demuestras soy la más feliz del mundo.

Para mí has supuesto un cambio en la familia y no supe mantener el equilibrio. A lo largo de los años que has formado parte del mi núcleo familiar me he llegado a sentir fuera de la familia, como si yo hubiera perdido a mis padres. Me he sentido muy extraña con este sentimiento y no me sentía cómoda; lo he pasado muy mal, me costó gestionar el peso moral (y racional) con el que yo sentía (con el emocional). Poco a poco, el paso del tiempo he ido elaborando la manera de sentirme ante este cambio: negación-aceptación-culpa-vergüenza- y el inicio del final.

Para mí has supuesto un gran cambio; un cambio de vida. Nos has traído mucha alegría, y a tu manera, tú también nos has mostrado la tuya. A ti también te ha cambiado la vida; estamos los dos dentro el mismo barco. Me encanta cuando respondes con una sonrisa de agradecimiento y alegría; cuando te das a entender y ves que te comprendemos. Tu agradecimiento vale un esfuerzo.

Me gusta pensar que el esfuerzo ha valido –y valdrá– la pena; y que verte feliz no tienen precio. Ahora lo que deseo es que en el futuro próximo pudieras tener una vida mínimamente autónoma, que potenciara todas tus capacidades al máximo; y tu hermana de ayudará en la medida de lo posible.

Ahora te toca a ti ser feliz, y entre los cuatro lo estamos consiguiendo. Nosotros sí te queremos; tanto como tú a nosotros, porque tu también nos haces feliz a nosotros.

Anexo 4. “Querida hermana”

Querida hermana mayor:

Mucho ha pasado desde el día que tu madre me vino a recoger en aquel sitio tan frío. Nuestra familia me ha acogido como un hijo más. ¡Yo nunca pedí venir al mundo ni entrar en esta familia pero tampoco pediré salir de ella! Si esta cara fuese para agradecer todo lo que habéis hecho y estáis haciendo para mí, no tendría suficientes palabras.

Sé que desde pequeño os decían que crecería fuerte y sano si me dabais cariño y estimación y ¡no ha estado del todo así! Ni mis padres ni tu ni yo tenemos la culpa de lo que me ha pasado. Tampoco la tienen los profesionales que me ayudan diariamente. No sirve de nada que se culpen unos a los otros. A veces mis reacciones y conductas pueden ser difíciles de comprender o afrontar, pero no es por culpa de nadie. La idea de “culpa” no produce más que sufrimiento en relación con mi

problema.

Mi desarrollo no es absurdo, aun que no sea fácil de entender. De hecho diría que tiene su propia lógica y muchas de las conductas que llamáis como “alteradas” son formas de afrontarme al mundo des de mi especial firma de ser y percibir. Y sé que estáis haciendo un esfuerzo para comprenderme.

Tu siempre me vienes a buscar, me haces aquellos besos eternos que dices que no me gustan. Te pido que respetes las distancias que necesito pero sin dejarme solo. Cuando no estás en casa hecho de menos tus abrazos fuertes y seguros y aquellas miradas cómplices de que ¡sabes lo que voy a hacer! Te doy las gracias por ayudarme a ser más autónomo e independiente mientras que otros a lo mejor me dan demasiada ayuda.

Me resulta difícil comunicarme con el resto de la gente pero como tú sabes soy un niño con sentimientos y fantasías. Me gustaría que entendieras que lo que hago no es contra ti. Cuando tengo una rabieta o me doy cabezazos, si me muevo en exceso o destruyo alguna cosa, cuando me es difícil atender o hacer lo que tú me pides, no estoy tratando de hacerte mal. Pues tengo un problema de interacción, no me atribuyas malas interacciones. Lucho por entender lo que está bien i lo que está mal. Para mí siempre serás mi hermana mayor, y siempre te estaré agradecido por los esfuerzos que hacer para acertarte, conocerme y disfrutar juntamente con migo.

Seguramente no os podré ofrecer las satisfacciones que otro niño os podría dar, pero estoy seguro que muchas otras sí, aun que no sean las mismas.

Después de tantos años me alegro de ser quién soy por el hecho de poder formar parte de nuestra familia. Seguramente os cambie vuestra vida pero vosotros me habéis regalado la que tengo ahora.

Como tú dices estamos en el mismo barco, navegando continuamente por aguas desconocidas pero la vida no es esperar que la tempestad pase sino que es aprender a bailar debajo la lluvia.

Soy un ignorante sobre lo que me pasa pero un niño experto en bienestar emocional, estabilidad familiar y felicidad! Siempre más te estaré agradecido porque es más lo que compartimos que lo que nos separa.

La que era mi madre le tendré que estar agradecido por haberme abandonado porque sino nunca hubiera entrado en el gozoso barco: lleno de amor, cariño, valores, educación, diversión, i calma... lo que yo necesito, una familia **que me acepta tal y como soy.**

¡Siempre recordaré la fuente que me ha dada la agua de la vida!

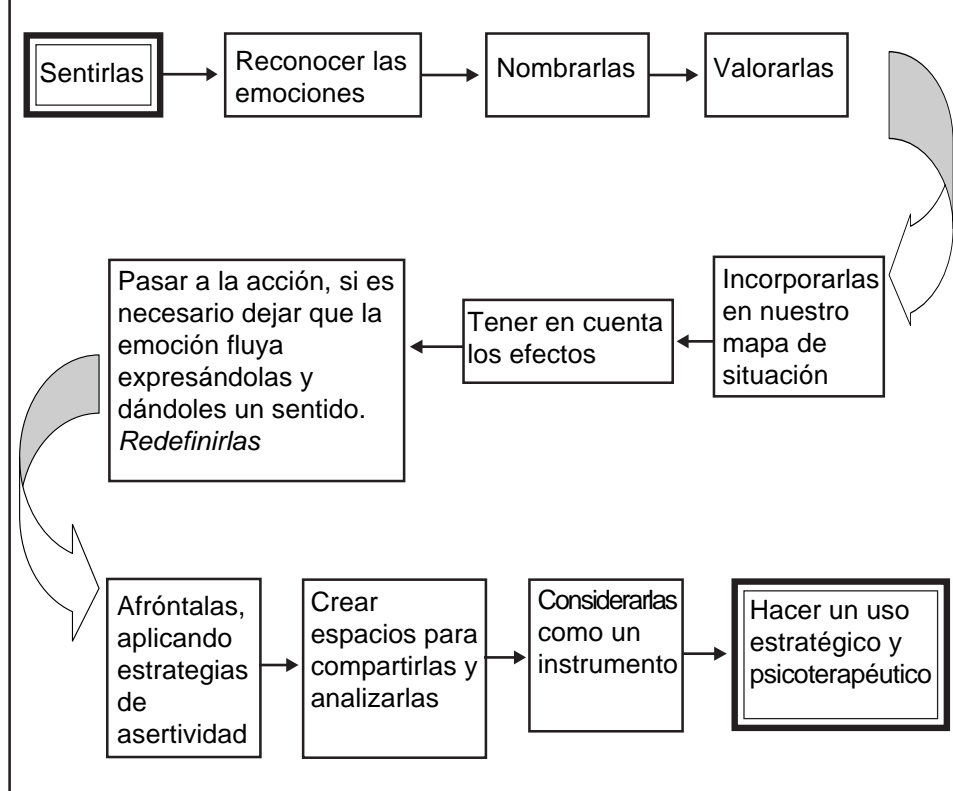
Anexo 5. Didáctica de las emociones

Ecología emocional interpersonal

Todas las emociones tienen su razón de ser. Siempre nos proporcionan información significativa. Por sí mismas no hay efectos buenos o malos. Las emociones aparecen dentro de un contexto y nos dan información. Lo más importante es qué hacemos y cómo gestionamos estas informaciones.

Una buena gestión de recursos emocionales hará que nuestras fuentes de energías, la ilusión, la automatización o la alegría, sean energías renovables y que otras como la envidia y el miedo sean energías reciclables.

Ejemplo de proceso de gestión adecuado de las emociones:



Anexo 6. Segunda autocaracterización de María

María siempre ha sido una persona emotiva. Es sensible, profunda, y reflexiva; y le encanta compartirlo con el entorno. Goza de las relaciones con los demás; de las cuales a menudo confía plenamente y siente un profundo y sincero agradecimiento.

La expresión de agradecimiento es una forma de manifestar la sensibilidad de cara a los demás. La otra manera es mediante susceptibilidad: es una persona que con los años se ha vuelto susceptible, sensible a la crítica. Pero, casi nunca lo verbaliza. Del mismo modo que, cuando se trata de defender las propias necesidades o derechos, tampoco le sale muy bien. Pocas veces actúa asertivamente, y le molesta ser así.

De pequeña siempre le decían que era una niña más bien tímida e introvertida. Ella continúa pensando que la imagen que tiene los demás de ella sigue siendo esta. No obstante, este aspecto ha ido cambiando; y sus amigos la perciben como una persona más bien extrovertida. En relación a los demás se sitúa cercana y cálida. Le gusta “cuidar” a los demás; de la misma manera que le gusta sentirse “cuidada” por las relaciones. Combina la cura a los demás con la propia; así pues, no se olvida de ella: también se cuida a sí misma; se escucha. Por eso, le gusta que le pidan ayuda y pueda satisfacer al otro. Paralelamente, ella cree que es una persona que tiene facilidad por pedir ayuda y por dejarse ayudar.

Sus padres, pero, siempre le han dicho –desde pequeña– lo contrario; que no se deja ayudar. Y en parte, no se equivocan: en algunos aspectos es una persona insoportablemente tozuda, que cuando se propone conseguir algo (siempre y cuando este en su alcance) dedica todos sus esfuerzos y recursos por hacerlo lo mejor posible sin escuchar consejos y objeciones de los demás. A demás de tozuda, es autoexigente. Esto pero no le molesta; considera que la autoexigencia y persistencia (o la tozudez) es funcional, y le sirve para llevar a cabo sus propósitos a su manera.

Y finalmente, otra característica que la define bastante –y que la persigue en las opiniones de sus padres y maestros desde pequeña– es la inseguridad; que cuando aparece lucha a favor de su autoexigencia y en contra su autoestima. Es una persona sufridora, que duda, que tiende a darle vueltas sobre un mismo tema que le preocupa. Paralelamente, los cambios los percibe como amenazadores; como algo que pone en juego su estabilidad y que, además, le provocan incertidumbre. Sabiendo que el futuro es imprevisible, constantemente está intentado planificar, pues a pesar de la inseguridad (acompañada de miedos, curiosidades, sorpresa y alegría) implícita en los cambios, planificar la hacer sentir segura.

Y, para terminar, es una persona que disfruta de vivir plenamente y intensamente; tal y como es.

En este artículo se presenta un estudio de caso de malestar emocional que fue abordado desde una perspectiva constructivista narrativa. El trabajo incluye en primer lugar la contextualización del caso y la metodología empleada, en segundo lugar la descripción de la cliente, en tercer lugar se describe el marco conceptual que guía la intervención de las terapeutas, en cuarto lugar se evalúan la problemática y las metas de la cliente, en quinto lugar se presenta el plan de tratamiento, a continuación se describe el curso de la terapia y finalmente se realiza la evaluación de los resultados.

Palabras clave: malestar emocional, terapia narrativa, dinámica relacional familiar, estudio de caso.

Referencias bibliográficas

- BANNISTER, D. Y FRANSELLA, F. (1986). *Inquiring man: The psychology of personal constructs* (3rd ed.) London: Croom Helm.
- BARKHAM, M., MARGISON, F., LEACH, C., LUCOCK, M., MELLOR-CLARK, J., EVANS, C., CORDEROSDÓNDE, L., CONNELL, J., AUDIN, K. Y MCGRATH, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; vol.69, pp 184-196.
- BOTELLA, L.; BELLES, L.; GRAÑÓ, N.; BERIAIN, D. (2009). *Resultado y Proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora*. Comunicación presentada en el tercer congreso internacional de psicoterapias cognitivas, Palma de Mallorca, España.
- BOTELLA, L. Y FEIXAS, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- BOTELLA, L. Y FEIXAS, G. (1998) *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- BOTELLA, L.; GRAÑO, N. (2006) Dimensions evolutives, neurobiològiques i clíniques dels vincles d'aferrament. *Aloma. Revista de Psicologia i Ciències de l'Educació*. núm. 18 pp.229-238.
- BOTELLA, L.; GRAÑÓ, N. (2008) La construcción del apego, la cohesión didáctica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*. vol. 26 (2) pp.291-301.
- BOTELLA, L.; GRAÑÓ, N.; GÁMIZ, M; ABEY, M. (2008) La presencia ignorada del cuerpo: Corporalidad y (re) construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVII pp. 245-264.
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research an Practice*, 16, 252-262.
- CORBELLA, S. Y BOTELLA, LL. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net
- CORBELLA, S. Y BOTELLA, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema ICDS*, 8, 3461, vol. 16, núm. 4, pp. 702-705.
- FEIXAS, G Y MIRÓ, M.T (1993): *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- GONÇALVES, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- KELLY, G.A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs (Vols. 1 and 2)*. London: Routledge.
- LAMBERT, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner- Mazel.
- LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (1998.), *Successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MAHONEY, M. J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

- MCCOY, M. M. (1977). A Reconstruction of Emotion, in Bannister, D. *New Perspective in Personal Construct Theory*. London: Academic Press, 93-124.
- NEIMEYER, G. (comp.) (1996): *Evaluación constructivista*. Barcelona: Paidós.
- NEIMEYER, R. A. (1998). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- NEIMEYER, R. A. Y MAHONEY, M. J. (1988). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- NEIMEYER, R. A. Y FEIXAS, G (1997). El estado de la cuestión en la terapia de constructos personales. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. (pp. 307-317).
- OLIVA DELGADO, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 4(1), 65-81.
- PROCHASKA, J.O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? In M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change*. (pp. 227-255). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- SAFRAN, J. D. Y MURAN, J. C. (2005) *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional* (original 2000). Bilbao: Desclée de Brouwer
- WHITE, M. Y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.