

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Estudio exploratorio del uso de la técnica de Externalización (Terapia Narrativa) para el Tratamiento de Trastornos de Ansiedad Fóbica

Memoria para optar al título de psicóloga

Autor: Paulina Méndez Peña
Profesor Patrocinante: Claudio Zamorano

Septiembre 2012

A mi Amanda Mailen

Mi pequeñez

Que alegra cada uno de mis días con su hermosa sonrisa

Agradecimientos

- A todos los profesionales del Cosam de Pudahuel, por su entrega, seriedad y compromiso con la labor que realizan. Valores que me transmitieron y me comprometo a aplicar en mi ejercicio profesional.
- Al programa eQtasis, por su constante formación y entrega de herramientas, las cuales han sido la base fundamental de mis conocimientos clínicos, contribuyendo a mi claridad respecto al tipo de profesional que quiero ser.
- A mi profesor patrocinante por su gran disposición y colaboración en la realización de este estudio.
- A mi familia, amigas y amigos, quienes durante año me han dado su apoyo y cariño de forma incondicional.
- A José, por su gran apoyo, compañía y amor, quien junto a nuestra hija me hacen luchar, plantearme metas y disfrutar infinitamente.

INDICE

I RESUMEN	
II INTRODUCCIÓN	5
III OBJETIVOS	6
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
IV DESARROLLO	10
Trastornos de ansiedad	11
Modelo Narrativo	11
Experiencia en procesos terapéuticos	13
V CONCLUSIONES	19
VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
	32

I. RESUMEN

En Chile en los últimos años se ha llevado a cabo el Plan Nacional de Salud Mental, apuntando a un cambio en las intervenciones y tratamientos para distintos trastornos mentales. Considerando la prevalencia de estos, las consecuencias y costos que tienen es importante proponer y utilizar tratamientos efectivos y adecuados al contexto. En este sentido, el objetivo de este estudio es revisar los efectos de un abordaje terapéutico utilizando la técnica de externalización del modelo narrativo en pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad fóbica. Para ello se relatan brevemente tres procesos terapéuticos llevados a cabo durante el año 2010 en una institución de salud de nivel secundario, en los cuales se trabajó desde el modelo narrativo, a partir del cual los pacientes tuvieron cambios significativos en la forma de relacionarse con la ansiedad, siendo un abordaje terapéutico atingente y efectivo, finalizando los procesos con un alta terapéutica.

II. INTRODUCCIÓN

En Chile se considera en las últimas décadas un cambio de perfil epidemiológico de la población, relacionándose el absentismo y bajo rendimiento laboral, el aumento del número de accidentes, enfermedades físicas y muertes prematuras con trastornos mentales. Es en este contexto que se desarrolla el Plan Nacional de Salud Mental, cuyo énfasis es un modelo comunitario de atención, fortaleciendo la promoción, prevención y atención primaria, enfocando la capacidad de resolución a las familias y comunidades. (Minoletti y Zaccaria, 2005).

El Plan Nacional de Salud Mental contempla una red de servicios de salud mental y psiquiatría, los cuales deben estar articulados de modo coherente para asegurar la intensidad y diversidad de las atenciones que requieren los pacientes, existiendo distintos niveles de resolución que son parte de la red de salud general (Ministerio de Salud Chile, 2000):

a) *Nivel Primario de resolución (Barrio-comuna)*: Consultorios rurales y generales urbanos, postas rurales, Centros de Salud Familiar (CESFAM) y hospitales tipos 3 y 4.

b) *Nivel Secundario de resolución (Comuna-Provincia)*: Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (Cosam), Consultorio de Referencia en Salud (CRS), Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), hospital general tipo 1,2 y 3, Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), hospital psiquiátrico, hogares protegidos, agrupaciones de usuarios y familiares y comunidades terapéuticas.

c) *Nivel Terciario de resolución (Provincia-Región)*: Hospital de día para niños y adolescentes, servicios de psiquiatría de corta estadía para adolescentes, servicios de psiquiatría de mediana estadía, unidad de adicciones ambulatorias, unidad de adicciones con hospitalización, Programa de Reparación Integral en Salud para personas afectadas por represión política 1973-1990 (PRAIS), unidades de psiquiatría forense, hospitales psiquiátricos.

Dentro de los estudios realizados en torno a la prevalencia de trastornos mentales en Chile destaca el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (Vicente,

Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002), realizado entre 1992 y 1999. De este estudio se desprende que un 36% de la población mayor a 15 años tuvo un desorden psiquiátrico durante su vida, y que un 22,6% lo había tenido en los últimos 6 meses. Se consideraron trastornos afectivos, trastornos ansiosos, uso de sustancias y otros trastornos, siendo el grupo de trastornos ansiosos el más frecuente en la población, con una prevalencia de vida de 17,9% y una prevalencia de 6 meses de 9,7%. En cuanto a la utilización de servicios de salud mental por adultos con algún diagnóstico de trastorno ansioso se desprende: el 60,3% de los pacientes acude en primera instancia a un servicio de atención de nivel primario; el 51,4% de los pacientes acude a servicios no especializados en salud mental y sólo el 16,3% acude a servicios especializados. (Vicente, Kohn, Saldivia, Rioseco y Torres, 2005)

Es en este contexto, que es importante que los servicios de la red de salud mental entreguen un diagnóstico y tratamiento pertinente a las necesidades de los usuarios, por lo cual es necesario que los profesionales conozcan la efectividad de las intervenciones que realizan en este ámbito (Santibañez, Román y Vinet, 2009). En este sentido, la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas son de relevancia social, ya que deben ajustarse a las necesidades de la población y ayudar a aumentar la relación costo-beneficio tanto terapéutico como sanitario y social. (Echeberú y Corral, 2001, citado en Santibañez, Román y Vinet, 2009)

En cuanto a la evidencia existente acerca los tratamientos empíricamente validados, es decir, aquellos que demostraron superioridad frente al no tratamiento u otro tratamiento, existiendo manuales o protocolos y una clara identificación de los pacientes a los cuales se realiza la psicoterapia, podemos encontrar como “claramente eficaz”: para *trastornos depresivos* la terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal , para *trastorno obsesivo-compulsivo* la terapia de exposición y prevención de respuesta, para *trastorno de estrés postraumático* técnicas cognitivas y de exposición, para *esquizofrenia* terapia de intervención familiar, para *trastorno de la personalidad (evitativo)* entrenamiento en habilidades sociales, para *trastorno por abuso de alcohol* tratamientos conductuales, para *trastornos sexuales* terapias cognitivo-conductuales y para *trastornos de ansiedad* terapia cognitivo conductual, de exposición y terapia de relajación. (Castro, 2001)

En este contexto, en relación a la importancia de investigar acerca de la efectividad de terapias de distintos enfoques teóricos, considerando las terapias enmarcadas dentro del enfoque sistémico, la pregunta de investigación que constituye la guía de investigación para este estudio se formula: ¿Es posible aplicar una terapia narrativa utilizando la técnica de externalización como tratamiento efectivo para pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad fóbica?

Ya que la mayoría de los estudios realizados en cuanto a efectividad en psicoterapia apuntan a las terapias cognitivo-conductuales como aquellas empíricamente validadas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, indicando que no hay estudios suficientes para hablar de la efectividad de otros enfoques y modelos terapéuticos, la relevancia de este trabajo consiste en tener un acercamiento a un abordaje terapéutico distinto al que se suele usar o recomendar para los trastornos ansiosos, considerando la prevalencia de este tipo de trastornos mentales en nuestro país es necesario proponer modelos terapéuticos que sean atingentes tanto al trastorno como a las características de los individuos y el contexto en el que se desenvuelven.

Por otro lado, con este estudio se espera hacer un aporte teórico y práctico al quehacer del psicólogo clínico que trabaja con trastornos de ansiedad fóbica, dando a conocer una forma de abordar dichos trastornos desde un abordaje terapéutico enmarcado en el enfoque sistémico, abriendo la posibilidad de una nueva línea de investigación en la utilización de éste y otro abordajes terapéuticos para el tratamiento de distintos trastornos de ansiedad, permitiendo quizás poder promover estudios en torno a la efectividad de distintas psicoterapias para el tratamientos de trastornos mentales que tienen una alta prevalencia en nuestro país.

Para ello se realiza un estudio exploratorio basándose en la experiencia de práctica profesional en el Cosam de Pudahuel¹, en donde se trabajó en el programa de Trastornos Emocionales, enfocado a la atención clínica de usuarios mayores de 18 años

¹ Centro comunitario de Salud Mental Familiar, que brinda atención integral y especializada en salud mental a usuarios de distintas edades residentes en la comuna de Pudahuel en la Región Metropolitana. Integrado por profesionales psicólogos, psiquiatras, psicopedagogas, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos en rehabilitación, enfermera y paramédico.

que cumplieran con el diagnóstico de algún trastorno emocional, en este caso se consideraron 3 casos clínicos de pacientes diagnosticados con *Trastorno de Ansiedad Fóbica* según el F40 del CIE-10, con los cuales se llevó a cabo un proceso terapéutico desde el modelo narrativo, utilizando como abordaje terapéutico la técnica de externalización propuesta por Michael White y David Epston (1993), resumiendo las principales etapas de dichos procesos terapéuticos, dando cuenta de los cambios producidos a partir de éstos en relación con su motivo de consulta inicial.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

- Revisar los efectos de un abordaje terapéutico utilizando la técnica de externalización del modelo narrativo en pacientes diagnosticados con trastorno de

ansiedad fóbica, a partir de atenciones realizadas en el Cosam de Pudahuel durante el año 2010.

Objetivos Específicos

- Sistematizar las etapas del proceso terapéutico de tres pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad fóbica atendidos en el Programa de Trastornos Emocionales del Cosam de Pudahuel durante el año 2010.

- Indagar en los alcances y limitaciones de este abordaje terapéutico.

- Proponer y contribuir a la formación de futuras líneas de investigación de abordajes terapéuticos efectivos para el tratamiento de trastornos de ansiedad fóbica.

IV. DESARROLLO

1. Trastornos de Ansiedad

El concepto de ansiedad tiene muchas definiciones y aproximaciones, una de las más reconocidas es la de la Organización Mundial de la Salud, según la *Guía diagnóstica*

y descripciones clínicas de los trastornos mentales, conductuales y del desarrollo, en la 10ª Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en donde se dice que en los trastornos de ansiedad los elementos de la función psicológica imposibilitan el funcionamiento adaptativo de la persona. (OMS, 1988)

Según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2000) la ansiedad es la anticipación aprensiva de peligro o adversidad futuros, que pueden ser internos o externos, la cual se acompaña de síntomas físicos de tensión o disforia. Spielberg (1972) señala que la ansiedad es un estado emocional displacentero que se caracteriza por sentimientos subjetivos de preocupación y tensión, además de activación del sistema nervioso autónomo.

Para determinar si un comportamiento puede ser diagnosticado como trastorno de ansiedad existen criterios universales recogidos en dos clasificaciones: *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV* (Asociación de Psiquiatras Americanos) y *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10* (Organización mundial de la Salud)

Según la clasificación del DSM IV enumera doce trastornos de ansiedad: crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias. (DSM-IV-TR, 2000)

Según la clasificación del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), que es aquella utilizada en Chile, los trastornos de ansiedad son los correspondientes a las codificaciones F40 y F41(OMS, 1988). En el código F40 están considerados los *Trastornos fóbicos de ansiedad*, en los cuales la ansiedad es provocada en su mayoría por situaciones definidas que no suelen ser peligrosas, las cuales terminan siendo evitadas o soportadas con temor, centrándose en síntomas particulares y comúnmente asociada con temores secundarios (muerte, pérdida de control, locura). En este código se consideran: agorafobia, fobias sociales, fobias específicas (aisladas), otros trastornos de

ansiedad fóbica, trastorno de ansiedad fóbica sin especificación. En el código F41 están considerados *otros trastornos de ansiedad*, en los cuales la ansiedad es el principal síntoma sin estar restringido a alguna situación. En este código se consideran: trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, otro trastorno mixto de ansiedad, otros trastornos de ansiedad especificados, trastorno de ansiedad sin especificación.

Una vez diagnosticado un trastorno de ansiedad, el tratamiento a seguir debe contemplar: “aliviar los síntomas, evitar las secuelas y ayudar y/o asesorar en la resolución de problemas psicosociales, buscando la efectividad en términos de coste/beneficio” (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008, p. 53) considerando tanto una terapia psicológica como un tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo: aliviar síntomas, prevenir recaídas y evitar secuelas. Dentro de los fármacos utilizados en el tratamiento de trastornos de ansiedad se encuentran: antidepresivos, ansiolíticos (benzodiazepinas, azapironas), pregabalina, hidroxicina, antipsicóticos atípicos, entre otros. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008)

El objetivo de la terapia psicológica es llevar a cabo un proceso de comunicación interpersonal a partir del cual se puedan generar cambios en distintos niveles en relación con los objetivos y expectativas del paciente al acudir a ésta. Son numerosos los enfoques teóricos existentes en psicología clínica para el abordaje de los procesos terapéuticos, en el caso del tratamiento de los trastornos de ansiedad, la mayoría de las investigaciones se han centrado principalmente en dos enfoques teóricos, siendo desde allí desde donde se realizan la mayoría de las intervenciones terapéuticas: terapias cognitivo-conductuales, caracterizándose por ser activas y directivas, trabajando de forma estructurada corrigiendo patrones de conducta mal adaptados, identificando procesos afectivos y cognitivos disfuncionales y construyendo técnicas adaptativas y funcionales de respuesta; y psicoterapias psicodinámicas, basadas en investigaciones psicoanalíticas, que consideran el origen de la sintomatología relacionado a conflictos entre diferentes aspectos del yo, motivaciones inconscientes, experiencias tempranas, mecanismos de defensas y la relación terapéutica, teniendo la terapia como objetivo promover

comprensión e integración de los aspectos en conflicto, para desarrollarse con más libertad y eficiencia. De estas dos son las Terapias Cognitivo Conductuales las más utilizadas, existiendo mayor investigación en cuanto a su eficiencia y a los resultados en procesos terapéuticos. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008). De las revisiones e investigaciones acerca de los resultados de los tratamientos de la terapia cognitivo conductual (TCC) para distintos trastornos de la salud mental, se encuentra evidencia de eficacia de TCC para trastorno de ansiedad generalizada, crisis de pánico, fobia social, entre otros (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006)

2. Modelo Narrativo

Los modelos terapéuticos enmarcados en el enfoque sistémico tienen a la base algunos conceptos epistemológicos provenientes de distintas disciplinas y contextualizados en el paradigma posmoderno. El concepto de posmodernidad fue precursado por el francés Jean François Lyotard (1991;1992), entendiendo ésta como posición de escepticismo frente a metarrelatos que dejan de ser creíbles para una gran parte de la sociedad perdiendo legitimación. Gergen (1994) en su texto "*Hacia una psicología postmoderna y occidental*" caracteriza la posmodernidad basándose en tres elementos: la racionalidad es entendida como forma de participación grupal emergida de interacciones de lenguaje; el lenguaje adquiere significado a partir de acciones de interacción organizadas; el universo es una construcción y no una realidad a ser descubierta y objetivada por la mente racional.

Dentro de las principales influencias del pensamiento sistémico se encuentra la *Teoría General de Sistemas*. Fue Ludwig von Bertalanffy quien propuso la construcción de un Modelo de Sistema General, definiendo así los sistemas como *complejos de elementos en interacción*, distinguiendo sistemas abiertos y cerrados, siendo los sistemas vivientes "abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno" (Jutoran, 1994, p. 4). Por otro lado, Gregory Bateson (1976) propone el concepto de "la pauta que conecta" refiriéndose a las formas, configuraciones y relaciones que se pueden observar en todos los fenómenos, considerando que el fenómeno sólo tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce.

Otro de los conceptos importantes es el de *Cibernética*, el que se puede ver como un proceso, desarrollado en tres niveles de complejidad según Heinz von Foerster (Jutoran, 1994): *Cibernética de "0 orden"*, la cual sería implícita. Considera un sistema de autorregulación inventado por Herón de Alejandría en el año 62 a.c., el cual consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa; *Cibernética de primer orden* (cibernética de los sistemas observados) considerada en dos etapas, la primera en la cual Norbert Wiener instala el concepto de homeostasis como proceso autocorrectivo y la segunda en la que Magoroh Maruyama considera mecanismos de retroalimentación negativa y mecanismos de retroalimentación positiva como procesos favorecedores del cambio, esenciales en la evolución de los sistemas vivientes; *Cibernética de segundo orden* (cibernética de los sistemas observantes) en donde el sujeto de estudio pasa a ser el observador observando su propia observación, considera además que las personas no son descubridoras de un mundo exterior, sino constructoras de la realidad propia.

El pensamiento sistémico también es nutrido por la *Teoría de la Comunicación*, que considera la comunicación como comportamientos que inciden en la interacción de las personas, planteando algunos supuestos: es imposible no comunicarse; hay dos niveles componentes en la comunicación, el contenido del mensaje y la definición de la relación; los hechos se organizan según las distinciones de cada participante, resultando distintas lecturas de una misma situación; toda comunicación tiene un componente digital y uno analógico; existe una relación simétrica y complementaria entre los participantes. (Jutoran, 1994)

Teniendo en cuenta estas influencias de pensamiento es que se puede hacer una breve historización de las terapias sistémicas. En la década de 1950 el MRI (Mental Research Institute), en Palo Alto, fue uno de los primeros centros intelectuales de terapia familiar. Dentro de los principales supuestos del "grupo Bateson" se encontraba que los síntomas eran estrategias para restaurar el equilibrio familiar (Beels, 2009), teniendo así funcionalidad y sentido dentro de la organización familiar. En este sentido la persona que presenta los síntomas cumple la función de asumir los problemas de la familia, entonces no hay que considerar sólo al individuo sintomático, sino a todos los miembros de la familia. Se instaura desde el enfoque estratégico el uso de espejo unidireccional, el cual

dividía la sala de terapia de una sala de observación. El método del MRI se basaba en el pensamiento sistémico y en el cibernética de primer orden.

En los 70', aparece la *terapia familiar estructural*, precursada por Salvador Minuchin (2003), en donde se considera a la estructura familiar como un conjunto de pautas funcionales que organizan los modos de interacción de sus miembros, dichas pautas son transacciones repetidas que establecen las reglas familiares. La patología se encuentra en la estructura familiar y no en el paciente índice, en este sentido la *funcionalidad o disfuncionalidad* de una familia es determinada por la adaptación de la organización estructural a los cambios tanto internos como externos. Las principales intervenciones son orientadas a de la organización familiar cuestionando el síntoma, la estructura familiar y la realidad familiar. (Minuchin y Fishman, 2004)

Por otro lado, un grupo de terapeutas que trabajaban originalmente en el MRI (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata) se distancian de éste, formando el grupo de Milán. Al igual que los estratégicos trabajan en equipo, pero con algunas diferencias: las intervenciones que hace el terapeuta son hechas a nombre del equipo, tienen un formato de sesión ritualizado (pre-sesión, sesión, intervalo, devolución, post-sesión), el proceso consta de pocas sesiones espaciadas en un largo período de tiempo, se basa en el principio de la *connotación positiva*, en vez de prescribir el síntoma se prescribe la configuración entera de la familia. El *Modelo de Milán* centra su interés en los patrones de comportamiento, en premisas epistemológicas y sistemas de significados, considerando que los sistemas no son homeostáticos sino evolutivos, por lo cual en la terapia se debe producir un *deutero-aprendizaje* y que el sistema consultante descubra por sí mismo las soluciones. Introducen además los conceptos de *hipotetización*, *circularidad* y *neutralidad*. (Bertrando y Toffanetti, 2004)

A fines de la década de 1980, se estaban dando lugar desarrollos en la terapia familiar que influyeron en el desarrollo de la terapia narrativa (Freedman & Combs, 1996): énfasis en los recursos de los consultantes, siendo relevante lo que los consultantes hacen cuando no ocurre el problema; consultante y terapeutas como parte del sistema terapéutico, por lo tanto la responsabilidad del proceso terapéutico es de ambos; aparición de una aproximación construccionista del significado, pasando de la relevancia de las

tensiones intrapsíquicas de las personas a la posibilidad de generar significado que éstas tienen; énfasis en la narrativa, siendo los relatos de cada persona lo central en el trabajo terapéutico.

Los precursores de este modelo son White y Epston (1993) quienes conciben la terapia como una operación política, redescubriendo el análisis de la posición política que tiene el terapeuta. Las consecuencias de su análisis y trabajo son microsociales, basta con desmitificar los discursos de poder frente a los individuos y la presencia de sus familias para obtener un resultado político. Las personas cuentan su vida y mediante su narración la estructuran y le dan significado. Por lo general, una historia que corresponde a una narración parcial de una experiencia de vida, se hace dominante generando la identidad que la persona se atribuye: el individuo es relatado por la cultura y los otros significativos, de forma tal que termina siendo reprimido de su autenticidad. De esta forma el problema se ve como oprimente y nocivo para la integridad del sistema, no como útil al funcionamiento de éste. En este sentido, el objetivo de la terapia narrativa es que el individuo se sienta “agredido” por un problema que viene desde el exterior, y se le ayude a enfrentarlo, recuperando poder y la confianza en que puede vencer “derrotando al problema”.

Dentro de los planteamientos del modelo se consideran: la gente da significado a sus vidas proyectando su experiencia enmarcada en relatos, los cuales configuran su vida y sus relaciones; estos relatos no son sobre la vida ni sobre la experiencia, sino que son la estructura de la vida y se convierten en su núcleo; la evolución de las vidas se produce de la representación de los relatos; el texto narrado es la historia acontecida; en situaciones de crisis las personas no son capaces de narrar su historia, o la hacen de forma tal que contradicen la experiencia que se ha vivido; es sumamente importante considerar el contexto y la naturaleza local/política de las narrativas del ser humano; ningún relato abarca toda la experiencia de una persona; existen relatos dominantes y relatos subyugados. (Morales, 2008)

Los supuestos básicos del trabajo narrativo son:

- Aún sin intervención, los sujetos ya cuentan historias.

- Los sujetos son activos en la construcción del significado, dándole sentido a lo que sucede en sus vidas.
- Somos *multihistoriados*.
- La identidad se considera como práctica, intencional y esperanzadora.
- Los sujetos responden según lo que han vivido, según su historia dominante. (Morales, 2008)

La terapia narrativa se estructura de la siguiente forma: Descripción saturada del problema; externalización del problema; identificación de las exigencias necesarias para la supervivencia del problema; investigación de situaciones en que el sujeto puede haberse sometido a éstas técnicas pero no lo hizo; generación de significados alrededor de estas situaciones; síntesis de un relato histórico de resistencia; generación de historias alternativas incorporando aspectos vitales negados con anterioridad. (Morales, 2008)

El proceso más importante dentro de la terapia narrativa es la *externalización*, “abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a las personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos” (White y Epston, 1993, p. 53) . La metodología de la externalización implica la deconstrucción de los relatos dominantes, de esa forma los sujetos recuperan la capacidad de identificar aspectos de la experiencia de vida que han sido ignorados anteriormente (acontecimientos extraordinarios), y al identificarlos se puede estimular a las personas a que construyan nuevos significados en relación con ellos.

Para generar un proceso de externalización en primer lugar se debe caracterizar el problema, usando la historia para caracterizar su trama y transformarlo en un personaje. La idea es que los sujetos logren ver cómo ha surgido el conflicto, considerando al problema como algo que se crea y mantiene en las relaciones. Para ello se realizan “Preguntas de influencia relativa” para poner en palabras el impacto del problema en su vida e identificando los recursos y responsabilidades, para ello se consideran dos conjuntos de preguntas (White y Epston, 1993):

- *Influencia del problema sobre la vida de las personas y sus relaciones*: De esta forma se identifican las esferas de influencia del problema (conductual, emocional, físico, interaccional, actitudinal), surgiendo por lo general una descripción saturada por el problema. Este conjunto de preguntas ayudan aún más a las personas a separarse del problema. Ejemplos de estas preguntas son: ¿Cómo este problema ha afectado tu vida? ¿Qué has comenzado o dejado de hacer? ¿Desde cuándo te afecta este problema?

- *Influencia de las personas sobre la “vida” del problema*: Se genera información que se contradice con la descripción saturada por el problema, de forma tal que las personas identifican sus competencias y recursos ante la adversidad. Al separarse del problema las personas están menos paralizadas por éste, de esta forma se facilita el descubrimiento de acontecimientos extraordinarios. Ejemplos de estas preguntas son: ¿Cómo has conseguido enfrentarte al problema? ¿En qué capacidades te estabas apoyando cuando enfrentaste el problema? ¿De qué forma repercutirá ahora en (...) saber lo que sabes de (...)? ¿Por qué ahora has decidido enfrentar este problema?

La idea es que la persona otorgue una valoración a los efectos del problema en su vida, que emita un juicio valórico posicionándose respecto del impacto del problema en su vida, enfatizando aún más la toma de distancia respecto del relato dominante y el interés por un relato alternativo. Es necesario entender qué es importante para la persona y el terapeuta debe ser un facilitador para ponerlo en palabras, de forma tal de saber qué valoran de sus vidas, lo que esperan y a qué le otorgan valor y sentido. (Morales, 2008)

3. Experiencia procesos terapéuticos

A continuación se comentarán algunos procesos terapéuticos que se llevaron a cabo durante la práctica profesional en psicología clínica. Esta práctica fue realizada el año 2010 en el Cosam de Pudahuel en el programa de Trastornos Emocionales del

equipo clínico de adultos, en el cual se atendían principalmente pacientes diagnosticados con *trastornos de ansiedad* según los F40 y F41 del CIE-10. Los pacientes pertenecientes al programa habían pasado por una entrevista de ingreso realizada previamente por un profesional psicólogo del equipo clínico de adultos de la institución, a partir de la cual se realizaba un diagnóstico y se derivaba al paciente al programa que correspondiese para comenzar un proceso terapéutico. Al iniciar el proceso terapéutico se debía corroborar el diagnóstico realizado previamente por el/la profesional en la entrevista de ingreso y evaluar la posibilidad de derivación a entrevista con psiquiatra en caso de que el paciente requiriera tratamiento farmacológico. Para llevar a cabo los procesos terapéuticos se exigía desde esta institución trabajar desde el enfoque sistémico, existiendo algunos modelos más utilizados en un programa u otro. En el caso específico de los procesos con pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad el modelo a utilizar era de libre elección, por las características de la mayoría de los casos que presentaban dicho diagnóstico se eligió trabajar desde el modelo narrativo, siendo el proceso de *externalización* del problema un buen abordaje terapéutico para el trabajo torno a la problematización de la ansiedad de los pacientes y por consiguiente la “mejoría” de su problema, siendo posible dar de alta a 3 de 5 pacientes con los que se utilizó esta técnica durante el período de práctica, de las otras dos una fue derivada al programa de Violencia Intrafamiliar (VIF) por estar siendo víctima de VIF, requiriendo en ese momento otro tipo de apoyo y la otra por problemas de salud de un familiar declaró no tener tiempo para seguir con el proceso terapéutico, sin embargo, adhirió al tratamiento farmacológico el cual pretendía seguir de todas formas. Por lo cual se considerará la experiencia con los tres casos en que sí se pudo llevar a cabo un proceso hasta su fin, en los cuales los pacientes ingresaron al programa con el diagnóstico de *trastorno de ansiedad fóbica* según el F40 del CIE-10.

Caso 1

El primer caso corresponde a una mujer de 52 años, divorciada, con dos hijos, ambos casados, por lo que hace algunos meses vive sola, trabaja desde su casa realizando labores de corte y confección. Llega a consulta declarando que en el último

tiempo se han acentuado sus síntomas ansiosos frente a ciertas situaciones. Relata que dentro de los síntomas que presenta se encuentran un miedo excesivo, el cual se acompaña del aumento de palpitaciones, sudor de manos, mareos y ganas de llorar. Dichos síntomas aparecen frente a algunas situaciones en particular, las cuales trata de evitar, y en caso de no poder las afronta con temor: cuando llueve, especialmente si hay truenos y relámpagos, se encierra en su dormitorio con llave y prende el televisor con volumen muy alto para no escuchar lo que sucede afuera, sin embargo, no deja de sentir miedo e imagina constantemente que le sucederá algo malo como que se volará el techo, que un árbol caerá sobre su casa o que se cortará la luz y el teléfono quedando incomunicada; cuando hay silencio alrededor, enciende el televisor o la radio, pues ante el silencio comienza a angustiarse y a pensar en que algo malo sucederá (que entrarán a robar a la casa, que le dará un ataque al corazón antes los síntomas ansiosos a nivel físico, entre otros), evita el silencio en todo momento, incluso por las noches deja el televisor encendido para que haya ruido; cuando sale a la calle de tarde/noche, tiene un constante miedo a ser asaltada, por lo que evita salir al atardecer y realiza todas sus compras por la mañana, en caso de salir más tarde lo hace en compañía de alguna vecina, además del miedo a ser asaltada teme a perros y gatos callejeros, que puedan atacarla sin provocación, por lo cual, salir a la calle se vuelve una situación ansiosa, sintiendo mucho miedo y palpitaciones, de forma tal que trata de hacer todo rápido para volver pronto a la casa o a algún lugar que considere seguro. Todos estos miedos que declara la paciente no tienen fundamento a la base para seguir manteniéndose, por un lado su casa es de material sólido y no hay árboles cerca, por lo cual ante una lluvia o tormenta nunca ha sucedido ni debiese suceder alguna de las situaciones que teme, por otro lado nunca ha sido asaltada o han entrado a robar a su casa, tampoco ha sido atacada por algún animal. El motivo de consulta que declara la paciente es: *“Entender qué me está pasando, conocer el origen de mis miedos para enfrentarme a ellos y que no me pase nunca más”*. Además del proceso terapéutico la paciente llevaba a cabo un tratamiento farmacológico con ansiolíticos.

Durante las dos primeras sesiones lo que se hace es principalmente escuchar su relato en torno a lo que la tiene aporreada, conociendo antecedentes acerca de su vida, su relaciones familiares y sociales, saber desde cuando se presentan estas situaciones como ansiosas y por qué decide consultar ahora. Durante las sesiones siguientes se trabaja en torno a las “soluciones intentadas” para que estas situaciones

dejen de aparecer como problemáticas y se empieza a realizar un proceso de “cosificación” de su ansiedad. En general, a la paciente le cuesta mucho poner en palabras lo que quiere expresar, sobre todo si se trata de emociones, por lo cual para poder externalizar su ansiedad (miedo para ella) se trabaja con dibujos, pidiéndole a ella que pueda dibujar cómo se siente en los momentos que se encuentra en una situación ansiógena, tratando de dibujar su miedo, la forma en que ella explica su dibujo es: “*aquí estoy yo, como una guagua, así como un feto indefenso, todo alrededor está nublado y con lluvia, no se ve nada, esta cosa grande con forma rara es el miedo, que aparece entre la lluvia a atacarme, como si fuera un monstruo, entonces yo me hago chiquitita y me encierro como en un capullo*”. En base a ese dibujo y su relato es que se comienza a trabajar en torno al concepto de *monstruo* para referirse al miedo y a los síntomas que ella presenta antes las situaciones ansiógenas.

Conceptualizada y personificada su ansiedad, en las siguientes sesiones se trabaja en torno a la *influencia del problema sobre ella*, en cómo aparece este *monstruo* en distintas situaciones y qué sucede en esos momentos. Ella relata la forma en que ha dejado de hacer cosas como salir, compartir con las amigas del vecindario, visitar a sus hijos, dejar tiempo para distracciones, además de tomar medidas exageradas de seguridad en su casa como tener 3 chapas y un candado en la puerta, cuando está en la calle alejarse si ve un animal cruzando la vereda o retrocediendo, e incluso en ocasiones hacer un recorrido más largo para evitar las casas en que sabe que los perros salen a la calle: “*cuando vengo al Cosam me doy la vuelta larga, podría salir directo por mi pasaje acá al Salitre, pero a tres casas tienen perros y gatos con la reja abierta, así que me voy por el otro lado, me meto a unos pasajes y salgo a la calle de acá, me demoro como 10 minutos en vez de 5, pero es la única forma, si veo los perros me devuelvo, me dan miedo, son grandes y me pueden morder*”. Dice que una amiga le ha contado que algunas vecinas se refieren a ella como “la hipocondríaca” y que dicen que ni sus hijos la van a visitar porque los aburre con sus problemas. Cree que por culpa de este *monstruo* se está quedando sola y se siente impotente.

Alrededor de la sexta sesión se comienza a trabajar en torno a la *influencia de la persona sobre la vida del problema*, ante lo cual la paciente le cuesta reconocer las cosas que ha hecho o dejado de hacer que permiten que sigan apareciendo este tipo de

situaciones. En lo que se trabaja en estas sesiones es en la forma en que ella *alimenta al monstruo*, de forma que este crece cada vez más y ella dice “*claro, yo misma lo alimento con mi vida, yo me hago chica y él grande, si sigo así voy a desaparecer*”. Dentro de lo que ella reconoce como *alimento para el monstruo* se encuentra: el hecho de poner más seguridad a las cerraduras y la reja de su casa, pues en vez de sentirse más segura ha aumentado su paranoia, ya que “*al ver la casa más protegida les llama más la atención a los delincuentes, porque creerán que protejo cosas de valor y al final me da más miedo*”; evitar a los animales o pasar con miedo junto a ellos, pues mientras más distancia toma más miedo va adquiriendo, de manera que se genera una bola de nieve de miedo, que ella podría parar enfrentándose a los animales, que ella reconoce que son indefensos a menos que sean atacados; le permite al *monstruo* invadir su vida, en la medida que se aleja de otras personas como sus hijos, vecinos, amigas, etc., siendo sólo el *monstruo* con quien interactúa de forma permanente. Por otro lado, logra identificar momentos en los que no ha permitido que el *monstruo* se acerque, como cuando están de visita sus hijos y su nieto, cuando siente que le va a dar miedo algo dice “*yo soy la mamá y abuela, tengo que ser fuerte, si está lloviendo aunque sé que me da miedo no dejo que me estanque, lo paso bien, me río, no me achuncho, yo sé que me la puedo, pero sola es otra cosa*”, también recuerda cuando hubo un terremoto en febrero de ese año, hecho que relata “*cuando fue el terremoto todos pensaban que yo estaba con una crisis, como era de noche y más encima se cortó la luz, pero yo no, estaba tranquila, busqué unas velas, abrí la puerta y salí a ver cómo estaban las vecinas, después no podía prender ni la tele ni la radio, estaba todo en silencio, y en vez de angustiarme me puse a hacer cosas, a ordenar lo que se cayó hasta que mi hijo me llamó y ahí me acosté y descansé sin miedo*”.

Luego, en las últimas sesiones, se llevó a cabo por un lado un proceso reflexivo, en donde la paciente iba identificando los recursos que poseía para enfrentarse a este *monstruo* sin dejar que este la consumiera, logrando darse cuenta que efectivamente era ella quien “elegía” cómo enfrentarse a éste, que podía permitirle que la invadiera o tomar medidas para alejarlo, llegó finalmente a la conclusión que la dueña de su vida era ella misma y no este miedo en forma de *monstruo*. En paralelo a este proceso reflexivo la paciente fue poniendo en práctica distintas formas de enfrentarse a las situaciones ansiógenas, de forma tal que no sintiera la invasión del miedo ni los síntomas de

sudoración, palpitaciones o mareos, corroborando así lo que ya se venía hablando en torno a su responsabilidad con respecto a la intromisión del problema en su vida. En la sesión de cierre se hizo una especie de síntesis del proceso, comparando el cómo ella veía el problema al inicio del proceso y cómo lo veía ahora, en qué herramientas poseía para manejar sus problemas en general, considerando los recursos y reconociendo sus debilidades. Declaró disminuir considerablemente el número de episodios ansiosos, éstos eran ahora aislados y fácilmente manejables por ella, se dejó en claro además que si volvía a ocurrir un episodio ansioso no debía verse como un retroceso, sino como parte del proceso que ella debía continuar fuera del espacio terapéutico, el cual era un apoyo a su proceso personal.

Caso 2

Corresponde a un hombre de 26 años, casado, con dos hijos, vive con su familia en la casa de sus suegros, trabaja de lunes a viernes como ayudante de maestro en construcción. Llega al Cosam derivado de un consultorio por recurrentes crisis de pánico, caracterizadas por taquicardia, sudoración excesiva, opresión en el pecho y sensación de ahogo, además mantenía recetas de ansiolíticos desde el consultorio, finalizando este tratamiento una semana después de terminar el proceso terapéutico. Dentro de las situaciones en las que el menciona que se producen estas crisis se encuentran: los fines de semana por la noche, la familia de su esposa se preocupa constantemente por un hermano adolescente de ésta, situaciones que el paciente relata *“todos los fines de semana es lo mismo, el cabro chico sale a la calle y nos deja a todos preocupados con sus malas juntas, una vez se puso a pelear y llegaron los pacos... me preocupo también, si es como mi hermano chico, me angustio tanto que me dan estas crisis y termino pasándola mal por problemas que ni son míos”*; cuando debe quedarse trabajando hasta más tarde también le dan crisis en algunas oportunidades, según relata se preocupa excesivamente no llegar temprano a su casa, pues considera que es muy importante pasar tiempo con su esposa e hijos, y llegar más tarde lo haría perderse de acontecimientos importantes de la vida de ellos; cuando tiene algún problema económico, por lo general no le cuenta a nadie, para no preocupar a los demás, trata de solucionarlo por su cuenta, pero si se escapa de sus manos se angustia y le dan crisis de pánico.

Las primeras sesiones se trabaja en torno a: su motivo de consulta, el cual es según él "*que se desaparezcan las crisis, me quiero mejorar porque no vivo tranquilo*"; al por qué consulta en este momento y no antes, y dice que una vez tuvo que acudir al servicio de una urgencia tras una crisis y que fue su motivación por empezar a tratarse, comenzando con un tratamiento farmacológico desde el consultorio, mientras esperaba la derivación para comenzar el proceso terapéutico, derivación que tardó meses; definir cuáles eran las situaciones ansiógenas para él. Luego de ello se comenzó con el proceso de externalización, trabajando en torno a la *influencia del problema sobre su vida*, identificando las esferas que esto afectaba: casi no hacía horas extra en el trabajo, pese a que tenía la posibilidad de hacer y que sería una buena ayuda a sus problemas económicos, esta *preocupación* constante por su familia se lo impedía; sentía que su esposa e hijos no eran felices por su culpa, ya que consideraba que era su responsabilidad ser *el pilar de la familia*, entonces, si él se veía destrozado por las crisis su familia no podría vivir feliz y tranquila; no podía conciliar el sueño los fines de semana debido a la preocupación por su cuñado, incluso cuando éste estaba en casa y no salía él no podía dormir por lo acostumbrado a preocuparse, no teniendo la posibilidad de descansar lo suficiente para sentirse en buenas condiciones y rendir bien laboral y familiarmente. El paciente habla de su problema como "*los turururu*", los cuales lo molestaban a diario y no lo dejaban vivir tranquilo.

Cuando se trabajó en torno a la *influencia de él sobre el problema* surgieron aspectos que él mismo dice no haber tomado en cuenta anteriormente por estar "*nublado por los turururu*": hace unas semanas celebró el cumpleaños de su hija, era sábado en la noche y su cuñado había salido con sus amigos, estaba tan pendiente de la celebración que no se preocupó por su cuñado, se fue a acostar y concilió el sueño con facilidad; en algunas oportunidades ha conversado de dificultades económicas con su esposa, si bien como él teme ésta se preocupa por la situación, lo ayuda a buscar una solución, de forma tal que su propia preocupación disminuye considerablemente evitando así también las crisis; desde su trabajo le exigieron hacer 2 horas extra diarias por una semana, como sabía que no podía negarse y debía rendir bien, controló sus síntomas ansiosos y se ocupó de desempeñarse bien en su trabajo, no tuvo ninguna crisis y cuando llegó a su casa pudo pasar tiempo con su familia.

Durante la sexta sesión comentó que llevaba un par de semanas poniendo en práctica algunas estrategias para *“vencer los turururu”*, pues durante las sesiones anteriores se estaba dando cuenta que era algo que sí podía controlar en algunas ocasiones, que le costaba hacerlo: *“es como una lucha interna que tengo, cuando se que me va a venir empiezo a temblar, pero me digo a mí mismo que yo decido, que no me la va a ganar, y ahí controlo si me da o no el turururu... una vez esperé a sentirme mal, estaba mareado y acelerado, empecé a respirar hondo y a controlarlo, hasta que lo logré”*.

En la última sesión, comenta que no pudo controlar una de sus crisis la semana anterior, sin embargo, lo considera como una *“batalla”* ganada por los *turururu* y que la *“guerra”* la está ganando él, pues ya no deja que los *turururu* entren en su vida: *“antes yo les abría la puerta a mi vida, a mi familia, a mi trabajo, entonces me tenían débil, yo fui el que permitió eso... ahora no, les cierro la puerta, demás que algún día se pueden meter por la ventana, pero ahora me doy cuenta que tengo lo necesario para echarlos, puedo controlarlo, puedo controlarme, antes dejaba que me controlaran”*.

Caso 3

Se trata de un hombre de 28 años, casado, con una hija, vive con su esposa e hija en casa propia, trabaja de lunes a viernes en una barraca en San Bernardo. Llega a consulta derivado de consultorio por presentar crisis de pánico con frecuencia, las cuales se caracterizaban por: excesivo miedo a morir accidentado o de un ataque cardíaco, taquicardia, opresión en el pecho, sensación de ahogo y sudoración de manos. Llevaba un mes con tratamiento farmacológico con ansiolíticos, el cual finalizó alrededor de la sexta sesión de psicoterapia. Todas las crisis estaban asociadas a la muerte y a enfermedades cardiorespiratorias, y se daban en las siguientes situaciones: en el transporte de ida al trabajo o de vuelta a éste, en base a lo que el paciente relata *“el año pasado veníamos de la pega en la van y un compañero, un colega con el que me iba y venía todos los días, empezó a sentirse mal, no podía hablar y se puso las manos en el pecho, yo pensaba que era una broma pero de repente como que se le fue la onda, pararon la van y llamaron a la ambulancia, pero no alcanzó a llegar y murió ahí, frente a*

mí de un ataque cardiorespiratorio, nadie pudo hacer nada... yo de ahí quedé con miedo, cada vez que me subo a la van lo paso mal, me imagino que me puede pasar a mí, o a cualquiera en realidad, ahí me voy angustiado hasta que me bajo de la van"; cuando ve vídeos o películas con temáticas asociadas a la muerte se imagina que él puede morir de un ataque cardíaco o de alguna forma fatal con mucho sufrimiento, por lo que evita ver ese tipo de videos o películas; cuando ve a personas en lugares públicos que ponen su mano sobre el pecho o que se echan aire con algún abanico o papel, inmediatamente cree que se trata de personas que están a punto de sufrir un ataque, por lo cual se va del lugar para no ver lo que pasa, y es por ello que evita la micro y el metro, pues sabe que ahí la gente se sofoca con facilidad.

En la primera sesión se escuchó el relato del paciente, el cual tenía claro desde cuándo y por qué comenzaron estas crisis, se estableció el motivo de consulta: *"Dejar de ser miedoso, si la muerte es algo natural, que no me den más crisis por andar con miedo"*, además relató que decidió consultar tras comentar lo que le sucedía con un compañero de trabajo, el cual le contó que también le daban crisis de pánico, y luego de asistir a terapia se sintió mucho mejor. En la segunda y tercera sesión se trabajó en torno a la *influencia del problema sobre su vida*, dentro de esto mencionó: como evitaba el transporte público gastaba mucho dinero en taxis o colectivos, ya que no poseía vehículo propio, por lo que salía poco de la casa o concurría a lugares cercanos, recibiendo reclamos de parte de su esposa e hija por aburrirse mucho en la casa; al presentar crisis de camino al trabajo o incluso en éste, era motivo de burla de algunos colegas, que en ocasiones le jugaban bromas mostrándole videos que sabían que lo asustaban, por lo cual ir al trabajo se estaba volviendo poco agradable; cuando amigos o familiares le preguntaban por qué sentía tanto miedo a ciertas situaciones prefería decir que no sabía el motivo, ya que relatar la situación ocurrida en la van con su colega lo angustiaba y era probable que le diera una crisis; dejó de ir a jugar fútbol todos los fines de semana como lo hacía antes, ya que al hacer ejercicio se le aceleraba mucho el corazón y le daba miedo que le diese un ataque cardíaco, pese a que hacer deporte era lo que más le gustaba desde niño. Durante estas sesiones fue problematizando sus crisis: *"tengo un miedo sin justificación, si al final todos nos vamos a morir de algo y no se puede evitar eso, pero el miedo me paraliza, hago todo lo posible para no pensar en eso, pero el miedo no me deja tranquilo, me persigue a donde voy"*.

Las tres sesiones siguientes se trabajó en torno a la *influencia de él sobre la vida del problema*, identificando las siguientes situaciones: llevaba una alimentación saludable, sin fumar ni beber alcohol, por lo cual estaba disminuyendo considerablemente el riesgo de sufrir un ataque cardíaco; en algunas ocasiones en que veía a una persona y pensaba que le podía dar un ataque al corazón, en vez de huir, se quedaba cerca a la espera de corroborar que la persona estaba bien y que no le estaba sucediendo nada malo; al momento de relatar en sesión el episodio con su colega en la van, si bien sintió miedo logró controlarlo, siendo la primera vez que no le daba una crisis mientras contaba lo sucedido. Se trabajó además en torno al concepto de *muerte*, poniendo en juego las premisas del paciente con respecto a éste, llegando a las siguientes reflexiones por parte de él: *“la muerte es inevitable, y no hay absolutamente nada que pueda hacer para impedir o demorar que pase”, “es posible que me pase toda la vida pensando en que voy a morir de un ataque al corazón y amargándome por eso, llegar a viejo y arrepentirme de no haber disfrutado mi vida, o morir de un accidente o algo nada que ver con el corazón”, “hago todo lo que está en mis manos por llevar una vida sana, el resto no lo puedo anticipar”*

En las últimas dos sesiones se conversó acerca de los cambios percibidos por el paciente en el transcurso del proceso terapéutico, en donde él declara haber reducido de forma notable los episodios de crisis, pasando de sufrir crisis de pánico casi a diario a un par de veces al mes, pese a que su contexto laboral, familiar y social seguía siendo el mismo: *“todavía me pasa que me angustio en la van, pero ahora en vez de estar media hora así estoy un par de minutos y se me pasa, igual que cuando veo a la gente sofocada, no me paso los rollos de antes”*. Retomó las cosas que había dejado de lado, entre ellas jugar fútbol los fines de semana, despreocupándose de su ritmo cardíaco, pues ahora tomaba en cuenta factores a los cuales antes le había hecho caso omiso, como el hecho de que se alimentaba de forma saludable y que el ejercicio ayudaba a disminuir riesgo de padecer de enfermedades cardíacas. Por otro lado el proceso reflexivo que se llevó a cabo permitió al paciente pasar de tener el discurso *“yo soy miedoso”* a *“yo elijo tener miedo o no”*, reconociendo que el miedo no era una característica inherente a él, sino algo externo, por lo tanto algo controlable. En la última sesión, al pedirle que ponga en sus propias palabras el cambio que él notó tras este proceso dijo: *“Ahora puedo ver*

desde afuera, antes el miedo me invadía, creía que yo era miedoso, como una característica mía, después de las sesiones me di cuenta que yo podía controlar, si sentía miedo o no con las cosas, ahora cuando veo una situación relacionada con muerte me paro como desde afuera y veo como el miedo quiere entrar en mí y pongo una barrera, que no me invada, respiro hondo y sigo adelante”

V. CONCLUSIONES

Con respecto a la pregunta que guía este estudio, ¿Es posible aplicar una terapia narrativa utilizando la técnica de externalización como tratamiento efectivo para pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad fóbica?, se puede decir que sí, se puede llevar

a cabo un proceso terapéutico efectivo utilizando la técnica de externalización propuesta por White y Epston con estos pacientes. En la medida que se avanza en el proceso terapéutico los pacientes van adquiriendo herramientas y potenciando recursos que les permiten enriquecer la forma que tienen de relacionarse con el problema, en este caso con la ansiedad, el miedo y la sintomatología asociada. Al transcurrir las sesiones los pacientes van dándose cuenta que pueden interactuar con la ansiedad, a la cual le han asignado un rol protagónico en sus vidas y que pueden elegir cambiar esa relación, en la cual ellos mismos sean los protagonistas, decidiendo de qué forma y hasta dónde permiten que esta ansiedad “invada” sus vidas. Con este abordaje terapéutico los pacientes pueden narrar su relación con la ansiedad de forma distinta a la que han solido hacerlo, la cual pasa de soy (ansioso, miedoso, nervioso, etc.) a *me da* (ansiedad, miedo, nervios), poniendo el acento en el control que el paciente puede tener sobre esta ansiedad.

Con respecto a los alcances y limitaciones que se presentan al utilizar este abordaje terapéutico son varios los aspectos a considerar. Por una parte es importante tomar en cuenta que la psicoterapia es un proceso de apoyo, en el cual es el paciente quien debe asumir la responsabilidad de los cambios que en éste se produzcan y por lo tanto “tomar las riendas” del proceso. En este sentido es necesario que el paciente sea un agente activo en su propia terapia. Sin embargo, en muchas ocasiones los pacientes esperan ser *atendidos* por el terapeuta, que éste les otorgue las soluciones que ellos esperan con respecto a su motivo de consulta de manera directiva. Es probable que se dé que al pertenecer, en este caso, una institución a la red de salud pública se tenga en consideración el modelo médico de atención (elaboración de un diagnóstico de forma rápida e indicación de un tratamiento efectivo), esperando un diagnóstico certero y resultados a corto plazo al iniciar el tratamiento. Por lo tanto, es necesario realizar un encuadre al inicio del proceso, en el cual el paciente tome conciencia del rol activo que tiene en éste y que los cambios se producen gradualmente en la medida que él mismo los propicie.

Por otro lado es importante que el terapeuta tenga la flexibilidad necesaria para adaptarse a los recursos cognitivos/reflexivos de los pacientes, considerando que ante distintos niveles educacionales/culturales/socioeconómicos las personas no poseen la

misma capacidad de reflexionar, de abstraerse o de verbalizar las cosas, por lo tanto el proceso de externalización del problema se puede ver dificultado al utilizar la conversación como único dispositivo de trabajo. Entonces se deben considerar algunas alternativas, como el dibujo, el juego, la poesía, entre otros, que pueda ejemplificar la relación del paciente con el problema, de forma tal que la “cosificación” se realice y una vez hecho se pueda verbalizar el problema y se pueda continuar con el proceso de externalización.

Además, no se puede pasar por alto que los pacientes con algún trastorno de ansiedad tienen síntomas a nivel físico (sudoración, taquicardia, opresión en el pecho, dificultad para respirar, tensión muscular, etc.), que son la principal causa de consulta al inicio del proceso terapéutico. Por lo tanto, no se debe dejar de lado, en muchos de los casos, la necesidad de un tratamiento farmacológico que amortigüe esta sintomatología, de forma tal que al tener controlado los cambios producidos en el cuerpo del paciente se permite una base para llevar a cabo una terapia narrativa. Si bien es cierto que no hay investigación para poder decir que sin tratamiento farmacológico no se pueda llevar a cabo un trabajo narrativo con pacientes ansiosos, en los tres casos revisados anteriormente existía dicho tratamiento, siendo los mismos pacientes quienes declararon que al menos en un comienzo del proceso terapéutico fue aliviador saber que podían controlar sus síntomas con un medicamento, lo durante el transcurso de las sesiones (al trabajar en torno a su problema) se fue desatendiendo, terminando su tratamiento farmacológico sin sentir necesidad de volver a recurrir a ellos para aliviar sus síntomas físicos.

Falta investigación acerca de la eficacia de distintos enfoques teóricos y modelos terapéuticos en el tratamiento de distintos trastornos mentales, y es importante poder ampliar las posibilidades, investigar más. El hecho de que un par de abordajes terapéuticos hayan sido más estudiados y validados no quiere decir que sean los únicos que sirven para un trastorno mental u otro, es importante en terapia poder realizar diversas intervenciones, que se puedan llevar a cabo procesos desde distintos enfoques teóricos y poder encontrar y aplicar abordajes terapéuticos a los que puedan adherir los pacientes, que les haga sentido según su contexto social, familiar, cultural, etc. Son los terapeutas quienes tienen la responsabilidad de tomar distintos elementos del enfoque

con el que trabajan, de forma de adaptar y complementarlos para cada caso con el que trabajan. Es importante considerar la individualidad de cada paciente: los recursos que posee, la coexistencia de otras situaciones problemáticas que le estén afectando, el soporte familiar, las redes sociales que posee, etc., por lo cual no se puede pretender que un modelo u otro sea efectivo para todos los pacientes o que se pueda aplicar de la misma forma en todos los procesos terapéuticos, es imprescindible la flexibilidad del terapeuta.

En el caso de los trastornos ansiosos, la prevalencia que tienen en nuestro país es alta, y considerando que el tratamiento de éstos contempla tanto la administración de medicamentos como psicoterapia, es importante poder utilizar abordajes terapéuticos que sean efectivos, a los cuales los pacientes adhieran y puedan tener cambios considerables respecto a su motivo de consulta. En este sentido, en base a todo lo revisado y planteado en este estudio, se propone y se espera poder contribuir a la formación de futuras líneas de investigación sobre abordajes terapéuticos efectivos para el tratamiento de trastornos de ansiedad fóbica, de forma tal que se puedan proponer y recomendar modelos terapéuticos con un sustento investigativo a la base. Es importante llevar a cabo procesos terapéuticos que no solo apunten a un cambio conductual y visible de los pacientes, sino que se lleve a cabo un proceso reflexivo, a partir del cual el paciente no sólo maneje más técnicas, sino que sea capaz de ser responsable de su propia vida, y que tal como lo hace con este problema sepa que es capaz y que puede manejar su vida, que es él quien elige como relatar su vida.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ———Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a ed., Texto rev.). Washington, DC: Asociación Psiquiátrica Americana.
2. ———Bateson, G. (1976). *Pasos para una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohl.
3. ———Beels, C. (2009). Some Historical Conditions of Narrative Work. *Family Process*, 48, 363-378
4. ———Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós
5. ———Butler, A., Chapman, J., Forman, E. & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive- behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26, 17-31.
6. ———Castro, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 59-90
7. ———Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
8. ———Gergen, K. (1994). Hacia una psicología postmoderna y postoccidental. *Psyche*, 3 (2), 105-113.
9. ———Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico cibernéticas. *Sistemas Familiares*, 10 (1)
10. ———Lyotard, J. F. (1991). *La condición posmoderna*. Buenos Aires: Red Editorial Iberoamericana S.A.
11. ———Lyotard, J. F. (1992). ¿Qué es lo postmoderno?, *Revista Zona Erógena*, (12). Extraído el 09 de Agosto de 2012 desde http://enformacionsistemica.cl/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=19:lyotard&Itemid=7

12. ——— Ministerio de Salud Chile (2000). *Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: Unidad de Salud Mental. Extraído el 28 de Agosto de 2012 desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf>
13. ——— Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
14. ——— Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4-5), 346-358
15. ——— Minuchin, S. (2003). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa
16. ——— Minuchin, S. y Fishman H. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós
17. ——— Morales, R. (2008). *Narrativa: algunas consideraciones sobre fundamentos y prácticas*. Cátedra Diplomado en Psicoterapia Sistémico Familiar. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Extraído el 16 de Agosto de 2012 desde http://enformacionsistemica.cl/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=36
18. ——— Organización Mundial de la Salud (1988). 10ª Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
19. ——— Santibañez, P., Román, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267-287
20. ——— Spielberger, C. (1972). Anxiety as an emotional state. En C. Spielberger (Ed.), *Anxiety: current trends in theory and research* (Vol.1). New York: Academic Press.
21. ——— Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 511-532.

- 22.**———Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P. y Torres, S. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4-5), 263-270.
- 23.**———Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130 (5), 527-536.
- 24.**———White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.