



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**Premisas familiares en proceso terapéutico de una
adolescente con autoagresiones: Estudio de caso en el
sistema público de salud chileno**

**AFE para optar al grado de Magister en Psicología,
mención Psicología Clínica Infanto Juvenil**

María Francisca Vergara Aguilar

**Profesor Guía:
Dr. Claudio Zamorano Díaz**

Santiago de Chile, año 2019

RESUMEN

Este proyecto de actividad formativa equivalente presenta un caso clínico que ejemplifica un modo de trabajo psicoterapéutico en torno al fenómeno clínico de las autoagresiones desde la terapia sistémica, con una mirada a partir de Bateson y el concepto de 'premisas' que éste define.

Se realiza un estudio de caso único, de una adolescente tratada en el Hospital de día adolescentes del CRS Dr. Salvador Allende de Pudahuel, en el que existe la problemática de los autocortes.

Es novedoso tanto porque se realiza en un dispositivo de salud pública, mirando la realidad de este sector, como porque muestra una forma de trabajo con significados en la familia, que están relacionados con los autocortes en la adolescencia. Así logra darle profundidad al trabajo clínico con un fenómeno en aumento que no ha podido ser exitosamente abordado a través de la lógica cuantitativa que se enfoca en factores de riesgo o patrones conductuales familiares.

Palabras clave: Adolescente, autocortes, premisas, Bateson, estudio de caso.

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN	1
1.- Comprensión del fenómeno de las autoagresiones e intervenciones.....	6
II.- MARCO TEÓRICO	9
1.- Autoagresiones y terapia familiar	9
2.- Autocortes y terapia sistémica en Chile.....	11
3.- Premisas en Bateson.....	15
III.- METODOLOGIA: EL ESTUDIO DE CASO ÚNICO.....	19
IV.- EL CASO CLÍNICO DE SAMANTA	22
1.- Samanta, su familia y las autoagresiones.	22
2.- La premisa de la violencia.....	25
3.- El silencio: la premisa del corte.	29
4.- Descubriendo caminos.....	35
V.- REFLEXIONES FINALES.....	41
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
VII.- ANEXOS.....	56
Anexo 1.....	56
Anexo 2.....	62
Anexo 3.....	109

I.- INTRODUCCIÓN

La autoagresión puede definirse como una autolesión intencional, incluye tanto actos suicidas como también actos sin intención suicida. Según la literatura estos actos tendrían numerosas funciones. Entre ellas estaría aliviar emociones negativas como angustia, culpa o soledad. También pueden ser un reflejo de una menor capacidad de dar cuenta o comunicar procesos psíquicos. Es frecuente que las autoagresiones se presenten en adolescentes, y son consideradas un factor de riesgo para suicidio posterior. De los suicidios consumados, más del 50% tienen antecedentes de autoagresiones previas. Por lo tanto, la importancia de las autoagresiones se basa tanto en el aumento de la frecuencia de este fenómeno en los últimos años en población adolescente, como en su relación con el suicidio (Saunders y Smith, 2016).

Para destacar la importancia del suicidio en población juvenil, es necesario declarar que a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de defunción en el grupo de 10 a 24 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). En Chile, la Encuesta Nacional de Salud señala que el grupo de 12 a 24 años presenta como primera causa de muerte las causas externas como accidentes, suicidios y violencia interpersonal (Ministerio de Salud [Minsal], 2013). Además Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe (Silva, Vicente, Saldivia y Kohn, 2013). Debido a todo lo descrito, el Minsal se ha propuesto para la década 2011-2020 disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años (Minsal, 2011) y se ha creado el programa nacional de prevención del suicidio (Minsal, 2013a).

Lo que actualmente muestra la evidencia es que el intento de suicidio es uno de los principales predictores de suicidio consumado (Gibb, Beautrais y Fergusson, 2005). Este fenómeno resulta particularmente preocupante en Chile, dado el aumento de la prevalencia de intentos suicidas en adolescentes (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova y Melipillán, 2015; Salvo, Rioseco Stevenson y Salvo, 1998; Ventura-Juncá et. al., 2010; Scocco, De Girolamo, Vilagut y Alonso, 2008).

En este continuo descrito entre suicidio e intento de suicidio en adolescentes, se debe agregar el concepto de autoagresiones. Éste incluye tanto las situaciones de autoenvenenamiento, por ejemplo las intoxicaciones con fármacos; como también las de autodaño, incluyendo entre éstas los autocortes (Hawton et. al., 2003). Como se explicó anteriormente, en la actualidad las autoagresiones son un problema de salud pública particularmente importante en la población adolescente, tanto por su aumento en frecuencia en los últimos años, como por su asociación a suicidio (Hawton et al., 2015).

Los investigadores no han logrado acordar un término para los actos de daño auto-inflingido y existen más de 30 términos reportados en esta misma categoría de comportamientos, incluyendo la automutilación, la violencia autoinflingida, síndrome de cortes en muñeca, autodaño deliberado (Deliberate Self-Harm, DSH), autolesión no suicida (Non Suicidal Self Injury, NSSI), herida simbólica, parasuicidio, autoagresiones, entre otros (Kissil, 2011). Una definición común de autoagresión es la lesión directa e intencional del propio tejido corporal sin intención suicida (Muehlenkamp, 2005). El autocorte es el tipo más común de autoagresión, ocurre entre el 70 y el 97% de los individuos que se autolesionan. Otras formas incluyen quemarse, rasguñarse, golpearse partes del cuerpo, etc. Muchos individuos que se autolesionan usan más de un método (Kissil, 2011).

Dada la inespecificidad y complejidad de la terminología, es necesario aclarar que en este trabajo nos centraremos en la más común de las autoagresiones, que es el fenómeno de los autocortes, y tal como se usa en la bibliografía, se usarán los términos autoagresiones y autocortes como sinónimos.

La dificultad no se presenta sólo al nombrar estos fenómenos, sino que también en la comprensión de éstos, dentro del espectro de conductas que rodean la ideación suicida y el suicidio consumado. Es importante entender que un episodio de autoagresiones de un adolescente, aunque no exista en éste una ideación suicida franca, de todas maneras constituye un riesgo para que posteriormente exista un suicidio. Considerando las características psicológicas de los adolescentes es comprensible que jóvenes que reconocen haberse autoagredido, expresen como motivo el no querer vivir una situación de conflicto específica, y no el deseo de morir. Así mismo es importante evitar la rigidez en la evaluación de la intención de morir, cuando se quiere definir en la adolescencia, un acto autoagresivo como intento suicida. Se necesita considerar que los actos autoagresivos se dan en medio de episodios de crisis emocionales con sentimientos de confusión y desesperación en los que puede surgir un deseo de morir que posteriormente sea minimizado o negado por el adolescente (Diekstra y Garnefski, 1995; Valdivia, 2016). Toda la complejidad descrita anteriormente hace que algunos autores recomienden, en lo clínico, considerar todo acto autoagresivo como potencialmente suicida hasta que se demuestre lo contrario (Pfeffer, 1997; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2001; Valdivia, 2016).

Respecto a la epidemiología de las autoagresiones, a nivel internacional se realizó el estudio CASE (Child & Adolescent Self-harm in Europe Study) que incluyó población adolescente de Australia, Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, Holanda y Noruega. Este mostró una prevalencia de vida de autodaño deliberado,

llamado Deliberate Self-Harm (DSH), de 13% en mujeres y 4,3% en hombres. El concepto de DSH hace alusión a cualquier acto autoagresivo con o sin ideación suicida, y es usado más ampliamente en estudios de Europa y Australia. En cambio en EEUU y Canadá se usa más el concepto Non Suicidal Self Injury (NSSI), autolesión no suicida. Muehlenkamp, Claes, Havertape y Plener (2012) realizaron una revisión sistemática incluyendo estudios del 2005 al 2011 reportando la prevalencia de NSSI y DSH en muestras de adolescentes a través del mundo. Aunque se presentó considerable variabilidad entre las muestras, se observó una prevalencia de vida promedio de 18 % para NSSI y de 16,1 % para DSH. La diferencia en la prevalencia promedio no fue estadísticamente significativa entre estos dos grupos de definiciones diferentes. Ellos concluyen que estos hallazgos indican que, en muestras de la comunidad, las tasas promedio de NSSI son comparables a las tasas de DSH. Es interesante esta constatación, dado que en resumen, autoagresiones con o sin ideación suicida se presentan en prevalencia similar, pudiendo hipotetizarse que son parte de un mismo continuo.

En Chile no existe epidemiología específica respecto a autoagresiones en adolescentes. Se incluye a esta problemática en los estudios acerca de intentos suicidas en adolescentes, posiblemente por la continuidad de la conducta suicida, desde autoagresiones hasta suicidio. De todas maneras, según los estudios a nivel internacional, las autoagresiones con o sin ideación suicida tienen tasas comparables como se mencionaba anteriormente (Muehlenkamp et. al., 2012). Diferentes estudios con población adolescente chilena tratan este tema, mostrando continuamente cifras mayores que la literatura internacional, y con una prevalencia de vida en aumento en Chile. Dentro de los estudios actuales está el de Valdivia et. al. (2015), que se describió previamente, en el que se encontró una prevalencia de vida del intento suicida en adolescentes del 25,6 %, que es de las más altas descritas en Chile (Salvo et. al, 1998; Florenzano et.al., 2009; Ventura-Juncá et.al., 2010; Barroilhet et.al., 2012; Valdivia et.al., 2015; Silva et.al., 2017).

La importancia epidemiológica de las autoagresiones obliga a revisar la forma de enfrentamiento de estos fenómenos en los distintos niveles de atención de salud. En nuestro sistema de salud, quienes son la puerta de entrada y por lo tanto se enfrentan a la mayor cantidad de consultantes, son los servicios de atención primaria. Se hace necesario que exista desde ahí, una comprensión de la situación clínica de un adolescente con autoagresiones. La manera en cómo esa primera respuesta se realice puede permitir o entorpecer un acceso a la atención clínica necesaria para ese joven consultante. En investigaciones acerca de las atenciones de adolescentes con autoagresiones se pesquiza la estigmatización como una de las dificultades que los jóvenes tienen que enfrentar cuando deciden consultar (Mitten, Preyde, Lewis, Vanderkooy y Heintzman, 2016).

Según Corrigan et. al. (2005) el estigma, en el contexto de la enfermedad mental, se define como comportamientos o pensamientos que implican que una persona tenga los siguientes conceptos: que la gente con enfermedad mental es más responsable de su enfermedad que la con enfermedad física, que ella o él está menos dispuesto a ayudar a alguien con una enfermedad mental que una física, que la gente con enfermedad mental es más peligrosa, y que ella o él prefieren evitar a gente con enfermedad mental. Un 40 a 70 % de las personas con enfermedad mental enfrentan comportamientos y actitudes estigmatizadoras. Por el estigma las personas pueden experimentar miedo, vergüenza, desesperanza, baja calidad de vida y aislamiento social. La estigmatización puede representar una gran barrera para la búsqueda de ayuda, el tratamiento y la recuperación. En un estudio de Mitten et. al. (2016), el 92 % de los adolescentes con autoagresiones vivieron situaciones de estigmatización en los servicios de salud donde recibieron la primera atención. Ellos describen situaciones en que los funcionarios de salud han sido prejuiciosos y han minimizado lo que les ocurre. Mientras esto se presente en la puerta de entrada a la salud, esto hará que los

adolescentes que ya temen consultar, se alejen aún más de los dispositivos en donde se les puede brindar apoyo. Si bien no existe literatura respecto a este tema en específico en Chile, si existe en la experiencia clínica diversas actitudes que implican estigmatización de los adolescentes con autoagresiones. Desde los comentarios banalizadores y minimizadores respecto a 'la moda de los cortes', hasta el maltrato a través procedimientos dolorosos innecesarios, como curaciones con mucho alcohol que generan dolor 'para que aprendan'.

Desde la atención en salud estas respuestas tienen directa relación con la forma de comprensión de estos fenómenos. Es inseparable la forma en como comprendemos algo, de la manera en como intentamos manejarlo y resolverlo. Desde la perspectiva biomédica y desde la psicoterapéutica se han intentado diversas comprensiones y abordajes que, como hemos visto según la epidemiología revisada, han resultado con poco éxito.

1.- Comprensión del fenómeno de las autoagresiones e intervenciones

A pesar de la realidad descrita, según la última revisión sistemática respecto a intervenciones para autoagresiones en niños y adolescentes de la base de datos internacional The Cochrane Library, existe poca investigación respecto a intervenciones para niños y adolescentes con estas conductas, y de lo revisado no se ha podido encontrar algún tipo de intervención particularmente efectiva en la clínica (Hawton et. al., 2015).

Desde la psiquiatría infantojuvenil, ha sido complejo encontrar hipótesis de comprensión del fenómeno que permitan mayores análisis. Se ha descrito la sensación de descarga o alivio del sufrimiento psíquico que produce el corte una vez realizado, y se ha puesto énfasis en pesquisar factores de riesgo relacionados a las autoagresiones (Favazza, 1996).

Dentro de los factores de riesgos descritos en adolescentes están el sexo femenino, trastornos de salud mental, experiencias traumáticas, diferentes formas de trauma interpersonal como estilos violentos de crianza, negligencia emocional de padres, maltrato en la niñez, abuso sexual, entre otros (Zhang, Finy, Bresin y Verona, 2015; Miner, Love y Paik, 2016). En el metaanálisis respecto a factores de riesgo de NSSI de Fox et. al. (2015), el factor de riesgo que tuvo más peso fue la historia previa de NSSI, y los autores concluyen que el resto de los factores de riesgo fue de poca magnitud por lo que según ellos esto sugeriría una utilidad clínica limitada. Desde el enfoque biológico se han propuesto distintos psicofármacos que pudiesen disminuir la frecuencia de presentación de las autoagresiones. Dada la alta prevalencia de síntomas depresivos en personas que se autoagreden, se pensó que los antidepresivos podían ser candidatos para la prevención de recurrencia. Los estabilizadores del ánimo también se vieron como una posibilidad dado que había evidencia del efecto antisuicida específico del litio cuando era usado para tratar personas con trastornos afectivos bipolares. Los antipsicóticos en dosis bajas fueron considerados especialmente en personas que repiten frecuentemente esta conducta, para control de la impulsividad. A pesar de todas estas hipótesis, las revisiones sistemáticas que se realizaron al respecto en población adulta concluyen que no hay efecto significativo de estos fármacos como tratamiento para evitar la repetición de las autoagresiones, o que su efecto es sólo 'prometedor', aclarando que aún existe escasez de estudios bien controlados respecto a la eficacia de estos tratamientos (Turner, Austin y Chapman, 2014; Saunders y Smith, 2016). Es llamativo que aunque la población adolescente sea la más afectada por este fenómeno, la evidencia que se tiene desde lo farmacológico a través de revisiones sistemáticas sea de estudios en adultos, teniendo sólo estudios más pequeños en adolescentes (Hawton et. al., 2015).

Desde la perspectiva de las intervenciones psicoterapéuticas los resultados tampoco han sido muy alentadores. En la última revisión sistemática de The Cochrane Library acerca de este tema, Hawton et. al. (2015) identificaron solo 11 estudios de intervenciones para niños y adolescentes con autoagresiones. Este fue un número bajo de estudios considerando que la población bajo los 18 años es la población target para intervenciones en autoagresiones, y que la suicidalidad es un tema clínico relevante en adolescencia. En los estudios que mencionan, la calidad de la evidencia fue calificada mayoritariamente como baja. Ni la terapia basada en grupo ni la terapia dialéctico conductual (DBT) adaptada para adolescentes fue asociada con una reducción en la proporción de participantes que se autoagredieron comparado con el tratamiento usual. Pero se encontró una reducción en la frecuencia de autoagresiones a través del tiempo con DBT. En la revisión sistemática de Ougrin, Tranah, Stahl, Moran y Asarnow (2015) se concluye que tuvieron mayor tamaño del efecto la DBT, la terapia cognitivo conductual (CBT) y la terapia basada en mentalización (MBT). De todas maneras afirman que más estudios son necesarios para evaluar estos resultados dado que no hay réplicas independientes de la eficacia de estas terapias.

II.- MARCO TEÓRICO

1.- Autoagresiones y terapia familiar

Desde la perspectiva familiar se mantiene una línea de desarrollo de investigación que sigue la lógica de descripciones de comportamiento de las familias de los adolescentes que realizan estas conductas. Se realiza una especificación de las características externas, manteniendo una forma de acercamiento epidemiológico a este fenómeno (Halstead, Pavkov, Hecker y Seliner, 2014; Zhang, Song y Wang, 2016; Wright-Hughes et. al., 2015).

En el área de la terapia familiar también se ha avanzado en investigaciones respecto a efectividad de intervenciones. En Reino Unido se realizó el estudio Self-Harm Intervention: Family Therapy (SHIFT) en 40 centros de servicios de salud mental de niños y adolescentes, para evaluar la efectividad de una intervención de terapia familiar manualizada para adolescentes con autoagresiones (Cottrell et. al., 2018). En este estudio no se encontró beneficio de esta intervención en comparación con tratamiento usual en reducir atenciones subsecuentes en hospitales por autoagresiones, concluyendo que los clínicos no son capaces aún de recomendar una intervención basada en la evidencia para reducir autoagresiones en adolescentes. A partir de estos resultados, Ougrin y Asarnow (2018) plantean una reflexión respecto a si esto significa el final de la terapia familiar en autoagresiones o un nuevo comienzo. Analizan que si bien la DBT ha tenido resultados, esto también tiene relación con una atención muy constante del adolescente incluyendo hasta disponibilidad 24 hrs al día de un coaching telefónico, a diferencia de 6 sesiones mensuales aproximadamente en el SHIFT. En ese sentido plantean que la forma de intervención que se ha estudiado con SHIFT refleja intervenciones reales que se realizan en el servicio nacional de salud de Reino Unido y en sistemas de salud similares. Otro de los comentarios

tiene que ver con que el tratamiento habitual con el que se compara SHIFT tiene una aproximación más flexible y personalización del tratamiento, para conocer las características particulares de los jóvenes y sus familias, lo que pudo ser una fortaleza del tratamiento habitual, lo que podría ser recogido para las próximas investigaciones en esta área. Destacan además que de todas formas el foco en la terapia familiar es consistente con evidencia de que el involucramiento familiar contribuye al tratamiento en terapias psicológicas para autoagresiones. Queda entonces abierta la pregunta a la manera de ampliar lo que las investigaciones internacionales han podido proponer hasta ahora, manteniendo el interés en el trabajo con la familia.

Desde una perspectiva cualitativa en ésta área, Miner et. al. (2016) plantean críticas respecto al abordaje del fenómeno de las autoagresiones a través de terapias enfocadas en el comportamiento. Explican que si bien esto es la regla en las investigaciones actuales, no se considera que la existencia de este comportamiento puede ser una manifestación de problemas estructurales de la familia. Destacan que estas intervenciones resultan útiles en el corto plazo, pero que la efectividad a largo plazo no está aún demostrada. Proponen un enfoque terapéutico que se dirija a la función de las autoagresiones en el contexto familiar, promoviendo un cambio de perspectiva de los clínicos desde lo individual y comportamental a una terapia familiar que considere problemas estructurales. También existen publicaciones internacionales de enfoque cualitativo respecto a terapia familiar en adolescentes con autoagresiones, que plantean trabajar relacionando la culpa, la vergüenza y la regulación emocional (Amoss, Lynch y Bratley, 2016). Rogers y Schmidt (2016) plantean que un entendimiento interaccional de las emociones puede ser usado terapéuticamente en jóvenes que buscan la regulación emocional a través de las autoagresiones, comprendiendo que en estos casos las autoagresiones cumplen función de conexión relacional con sus familiares. Kissil (2011) propone abordar las autoagresiones en

adolescentes a través de terapia familiar basada en apego, promoviendo el desarrollo de habilidades de autoregulación en jóvenes que aún dependen de sus familias. Esto puede disminuir la urgencia de autocortarse y ayudar a los adolescentes a manejar emociones y autocalmarse. Hannen y Woods (2012) dan a conocer a través de la revisión de un caso, una intervención de terapia narrativa para mejorar la resiliencia, el bienestar emocional y el comportamiento en adolescentes que se autocortan.

2.- Autocortes y terapia sistémica en Chile

En relación a la investigación de los autocortes en adolescentes en Chile, desde la psiquiatría, en su mayoría los estudios tratan el fenómeno desde una visión epidemiológica centrada en el concepto de “intentos de suicidio” y no desde una perspectiva más amplia, que permita abordar la complejidad de los autocortes (Salvo et. al, 1998; Salvo y Melipillán, 2008; Florenzano et.al., 2009; Ventura-Juncá et.al., 2010; Barroilhet et.al., 2012; Silva et.al., 2013; Valdivia et.al., 2015; Silva et.al.,2017). Esta mirada del problema, si bien nos entrega información respecto a los factores de riesgo para suicidio a pesquisar, no nos aporta en propuestas para el manejo clínico de estos adolescentes que se autoagreden. En el trabajo de Villaroel et.al. (2013) se analiza la evaluación diagnóstica de las autoagresiones, describiendo lo que diferentes autores han propuesto para la clasificación clínica y aproximación comprensiva de las motivaciones de estas conductas autolesivas, sin llegar al planteamiento de una estrategia de intervención. Destacan en su reflexión la complejidad de las decisiones respecto al manejo, señalando:

El tratamiento psiquiátrico integral de un sujeto que se autolesiona sin el objetivo de morir resulta diametralmente distinto del tratamiento de un sujeto que decide terminar con su vida, la sospecha de intencionalidad

suicida obliga a un manejo clínico altamente restrictivo, en el contexto de una intervención médica intensiva que se impone a la voluntad tanto del propio paciente como de su familia. Implementar un manejo psiquiátrico de esta complejidad no sólo resulta costoso, desgastador y excesivo si la motivación del paciente no es morir, sino que además interfiere con el vínculo terapéutico y la necesaria comprensión psicológica y relacional de la conducta, llegando incluso a empeorar la evolución del paciente. En la contraparte, subvalorar la intencionalidad autolítica de un paciente, malinterpretando sus motivaciones puede conducir a la catástrofe de no identificar ni ofrecer ayuda a un potencial suicida. (Villaroel et.al., 2013, p.42-43)

En concordancia con la complejidad descrita, plantear nuevas formas de abordaje terapéutico resulta particularmente importante para el sistema de salud público chileno, dado que según la encuesta de Categorización Socioeconómica Nacional (CASEN) del Ministerio de Desarrollo Social del 2015, el 77,3% de la población chilena está afiliada a Fonasa, por lo que se atiende mayoritariamente en este sistema. Si bien existe el desarrollo del programa de prevención de suicidio (Minsal, 2013a), este contempla el abordaje de la urgencia del intento suicida grave como prioritario, lo que es lógico por su gravedad, pero la población que es 'menos grave' queda en un escenario de pocas intervenciones aseguradas que permitan aliviar su sufrimiento y alejarlas del intento suicida propiamente tal. Esta perspectiva va a mitigar el problema más grave, pero no alcanza a trabajar de manera más profunda en el trayecto que recorren los adolescentes que se autoagreden hasta llegar al intento suicida grave. En este escenario es que la propuesta de realizar un trabajo en el sistema de salud público se hace interesante, permitiendo mostrar que es posible proponer intervenciones con enfoques novedosos desde un dispositivo de salud mental con enfoque

comunitario como es el hospital de día de adolescentes, en el que está situado este trabajo.

Respecto a la investigación en Chile en el campo de la psicoterapia, desde la terapia sistémica se ha propuesto una aproximación diferente a esta temática. Las publicaciones se han centrado particularmente en el abordaje de los autocortes. Esto se condice con la evidencia estudiada que destaca a los autocortes como la forma más frecuente de autoagresión (Kissil, 2011). Morales (2008) propone, por medio de la presentación de casos, analizar los autocortes a través de tres elementos: el contexto cultural postmoderno, la estructura familiar y los dinamismos psíquicos. Vásquez (2012) analiza las narrativas de los adolescentes que se autocortan y el proceso de construcción de identidad en el contexto de sus relaciones familiares. Zamorano y Rojas (2017) analizan el autocorte en adolescentes desde una perspectiva sistémica relacional, utilizando los conceptos de *mente corporizada* y de *lo no dicho*. Para esto proponen comprender al cuerpo como un campo de significado, donde *lo no dicho* sostiene el 'significado dicho' y da sentido de identidad. Desde esta perspectiva, en el adolescente que se autocorta, *lo no dicho* no sólo le pertenece a él sino que también a la historia familiar. Zamorano, Navarro y Sotta (2008) publicaron respecto de la perspectiva de sentido de los autocortes, dando énfasis en la significación individual de estos cortes en adolescentes. Exploran el significado de los autocortes en el ámbito experiencial sistémico del adolescente. Hipotetizan que el corte emerge de una palabra silenciada, permitiendo al dolor cambiar de nivel, desde una dimensión psíquica a una física. Este cambio permite lidiar con un dolor visible, aliviando el conflicto interno. Esta manera de mirar el fenómeno plantea la pregunta del sentido que está detrás de la conducta, para ese adolescente en particular.

Resulta interesante analizar cómo estos últimos estudios citados han abierto la mirada, para pasar de la perspectiva del abordaje enfocado en comportamientos a uno enfocado en el significado. Parte del problema de la mayoría de las intervenciones planteadas hasta ahora, es que al basarse en comportamientos, podría correrse el riesgo de producir efectos cortoplacistas. Si se modifica una conducta sin abordar el significado, se podrá apagar una manera de manifestación de sufrimiento como los autocortes, pero esta conducta autoagresiva puede ser reemplazada por otra conducta como alguna de la alimentación, etc. Esto es lo que en la corriente sistémica se denomina “desplazamiento del síntoma” (Ceberio y Watzlawick, 2010). Esto toma especial relevancia en situaciones clínicas como éstas en que en gran parte de los casos existe sufrimiento complejo compuesto por diversas experiencias de violencia interpersonal como vimos en la descripción de los factores de riesgo de estas conductas (Miner et. al., 2016).

En resumen, en lo descrito se hace mención a dos aspectos a considerar en las intervenciones en autocortes. Por una parte destaca la necesidad de encontrar una manera de involucrar a las familias. Esto está basado en que los factores de riesgo de autocortes en adolescentes pueden estar relacionados con negligencia emocional en las familias, situaciones de abuso y maltrato por los cercanos en la niñez (Miner et. al., 2016). Por lo tanto si falta involucramiento familiar en las intervenciones, se ignora un aspecto del ambiente de los adolescentes, que puede ser el mantenedor o el motivador de autocortes en éstos. Por otra parte destaca la idea de considerar los sentidos de estas conductas, lo que hipotéticamente podría ayudar a llegar al origen de la conducta, permitiendo abordarla de manera más profunda.

Se propone en este trabajo combinar estos dos conceptos: ‘familia’ y ‘sentido’, como una manera de engrosar lo que se ha avanzado en términos de

compresión de estos fenómenos en los sistemas familiares, al abordar los autocortes en terapia sistémica desde una perspectiva de las *premisas familiares*.

3.- Premisas en Bateson

Gregory Bateson propone en “Pasos hacia un ecología de la mente” (1972) el concepto de *premisa*. Se refiere a un grupo de ideas complejas que se manifiestan, en general, de forma inconsciente, determinando en el ser humano las creencias acerca de qué clase de mundo es aquél en el que vive, determinando la manera en cómo lo ve y actúa dentro de él. Además sus maneras de percibir y actuar determinan sus creencias acerca de su propia naturaleza. Las premisas se configuran como creencias que determinan la forma en como los individuos actúan, en base a cierto significado. Bateson (1972) señala: “El ser humano, pues, está ligado por una red de premisas epistemológicas y ontológicas que –independiente de su verdad o falsedad últimas- se convierten parcialmente en autovalidantes para él” (p.220). Las premisas pueden darse en distintos niveles, describiéndose las de hábito y las fundamentales. En relación a las de hábito, éstas se caracterizan por ser parcialmente inconscientes, tener un carácter abstracto, apareciendo principalmente para conducir aquellos supuestos que aluden a verdades generales o repetitivas del día a día. Estas premisas se originarían a partir de diversos aprendizajes de segundo orden (deuteroaprendizajes), teniendo una mayor posibilidad de modificación al ser confrontadas en un proceso psicoterapéutico. Respecto a las premisas fundamentales, Bateson (1972) señala: “llamo más fundamentales a aquellas premisas que están implantadas más hondo en la mente, que están ‘programadas’ de la manera más ‘dura’ y que son menos susceptibles de cambio” (p. 235). Se sitúan en los sistemas del universo, en una posición de mayor importancia, entendiendo que si un hombre modificara sus premisas fundamentales, los resultados afectarían a todo su universo, ocurriendo un cambio epistemológico.

Dentro de la historia de la terapia familiar sistémica, se describe el desarrollo de una de sus vertientes llamada terapia sistémica de Milán. En esta corriente existe un momento en que la influencia del constructivismo impulsa la evolución hacia la complejidad. Esto determina un cambio en lo enfatizado en terapia, ocasionando un paso desde la mirada de los 'sistemas de conducta' a la de los 'sistemas de sentido' (Boscolo, Cecchin, Hoffmann y Penn, 1987). Esto quiere decir que se deja de afirmar que un "síntoma" se debe a una determinada forma de comportamiento familiar o tipo de interacción (Bertrando y Toffanetti, 2004). Se consideran en esta nueva mirada las singularidades de la experiencia humana, permitiendo ya no enfocarse en patrones de interacción sino que en los significados, utilizando para esto las premisas de los miembros del sistema. El grupo de Milán usa el concepto de Gregory Bateson sobre las "premisas", entendidas como valores de referencia o creencias que guían la acción (Bateson, 1972). Los terapeutas buscan la premisa que parece mantener en un lugar las conductas relacionadas a un problema, después tratan de enunciarlo en sus mensajes a la familia. Plantean la posibilidad de que la premisa varíe, afectando las principales áreas de conducta familiar y produciendo lo que llaman un cambio de segundo orden o cambio en la premisa (Boscolo, et al., 1987). Esta manera de mirar en terapia resulta novedoso para el fenómeno de las autoagresiones en adolescentes. Puede colaborar en la profundización de los sentidos familiares que están detrás de estas conductas.

El equipo de investigación en familias y premisas, parte del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis), programa del Departamento de Psicología, que opera en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile, ha profundizado en algunos aspectos del concepto de premisa (De Castro et.al., 2017). En su trabajo investigativo han destacado el rol de la familia como agente que estructura la realidad y da sentido de pertenencia e identidad,

internalizando en sus miembros una visión del mundo, a través de una red de premisas. Así la familia entrega una base desde la cual relacionarse con el mundo y con el otro. Se refieren a las premisas familiares como aquello que engloba a la familia misma, configurando sus relaciones, acciones, narrativas. En su trabajo proponen una pauta de observación de premisas familiares, definiendo ciertas características que puedan permitir reconocer éstas en los procesos de intervención con familias. Dentro de las características describen que la premisa familiar debe relacionar al menos dos elementos del contexto o de la historia que se traducen en alguna implicancia, que su mecanismo de operación es tanto consciente como no consciente, que engloba una serie de acciones, que es compartida por al menos dos miembros de la familia, que aparece en los relatos más de una vez (independiente de quién lo diga), que tiene mayor complejidad que una creencia, que está formulada como una motivación o limitación respecto de algunos comportamientos. De Castro et.al., (2017) explican que dentro de la literatura quizás no se hace habitualmente referencia al concepto de 'premisas familiares', sino que más bien se propone el término de mito familiar, que presenta algunas diferencias. Describen que, si bien el término 'mito' se refiere a una serie de convicciones compartida por todos los miembros de una familia determinada, constituyendo identidad, por otra parte es un concepto que está limitado a la lealtad desplegada por parte del grupo familiar en relación a una historia. Explican que el mito permite mantener un cierto equilibrio al interior del sistema. En contraposición, exponen que otros autores refutan esta idea, ya que plantean una cierta posibilidad de cambio en la historia. Bagarozzi y Anderson (1989) señalan que: "los mitos personales o familiares, al igual que los culturales y sociales, muestran un alto grado de plasticidad. Se modifican, pero sin que quien los vive sea consciente de ello" (en Boscolo y Bertrando, 1996, p. 209). En tanto es circunscrito, el mito puede tener menos complejidad, pero sí permanencia en el tiempo. Coincide con la premisa además en la característica que también operan, simultáneamente, en un nivel consciente y en un nivel que no es consciente. De

Castro et.al. (2017) señalan: “Las premisas familiares entonces permiten además justificar o sustentar las decisiones, conductas, creencias y actitudes de algunos de los miembros de la familia, se encuentran ligadas a pautas culturales, que dan sentido a la experiencia” (p. 7). Estos autores describen también que las premisas pueden entregar un modelo de ‘ser una familia’, dictando pautas respecto a cómo deberían enfrentar los problemas y cómo interactuar internamente en el sistema familiar.

A través del presente trabajo, centrado en el análisis de las premisas familiares desde Bateson, se pretende colaborar en la profundización de los sentidos familiares que están detrás de las conductas autoagresivas para poder abordar psicoterapéuticamente este fenómeno de los autocortes, comprendiendo la complejidad que lo constituye.

III.- METODOLOGIA: EL ESTUDIO DE CASO ÚNICO

Esta investigación se basa en un estudio de caso único, considerando que se busca responder al “cómo” de las premisas familiares en un proceso terapéutico particular. Resulta útil esta metodología tanto porque se debe describir un proceso, como por el carácter de sentido de las premisas familiares, requiriendo esta investigación, una aproximación naturalista al fenómeno dada la complejidad de éste. Según McLeod (2013): “...un buen estudio de caso provee una forma distintiva de conocimiento práctico que captura de manera singular la complejidad de un fenómeno que ocurre de manera natural” (p. 382). Un caso es un fenómeno relativamente delimitado, que se da en la experiencia histórica concreta y cuyo sentido se constituye en función de una teoría o una categoría analítica. Por lo tanto, un caso es siempre un fenómeno de la vida real y no una abstracción (Yin, 2009).

Para la realización de este estudio de caso se ha seleccionado el caso de una adolescente, junto a su madre y su padre, que residen en la comuna que Quinta Normal. Este caso fue atendido durante el año 2017 (de Abril a Agosto, 19 sesiones) en el Hospital de día de adolescentes de Pudahuel. Este Centro atiende cuadros clínicos agudos, en modalidad intensiva diurna, en periodos de intervención a corto y mediano plazo, para luego realizar una derivación asistida para seguimiento en el dispositivo de atención ambulatoria que corresponda según residencia. El criterio de selección refiere a que es un caso representativo del fenómeno a estudiar. Se trata de una adolescente que presentaba autocortes hace más de dos años. Había tenido dos hospitalizaciones por ingesta farmacológica durante el 2016 y se había planteado el diagnóstico de trastorno del desarrollo de la personalidad con rasgos limítrofes. Se había realizado manejo farmacológico y psicoterapéutico en COSAM con persistencia de los autocortes y de ideación suicida. En el ambiente familiar habían conflictos de manera continua y maltrato.

Todos estos aspectos reunidos muestran los factores de riesgo y mantenedores frecuentes en estos casos (Zhang, Finy, Bresin y Verona, 2015; Miner, Love y Paik, 2016). Los principios muestrales no estadísticos en esta investigación, tienen que ver con elementos de la teoría. Específicamente en el muestreo en los estudio de caso se sigue el principio de la *generalización analítica* (Yin, 2009). En ésta se busca la expansión a otros casos de una teoría (en este caso una de Bateson) que ha permitido analizar un caso concreto. Por lo tanto se trata de generalizar teorías, no de una generalización estadística. No se pretende enumerar frecuencias, por lo que no se buscan muestras representativas en número.

El análisis del caso contempló la revisión de diferentes fuentes de información:

- Registros de la ficha clínica
- Registros personales/notas de campo de la terapeuta, tanto del trabajo en sesiones como el de supervisiones del caso.
- Grabación de audio de una sesión (la cual fue transcrita)

Se utiliza la técnica de análisis interpretativo de contenido (González, 2000; Calventus, 2008). En ésta existe un primer momento descriptivo que abarca *lo que se dice*. Incluye la segmentación, la agrupación y la categorización de los datos. Luego, en un segundo momento, se realiza el análisis interpretativo que tiene como objetivo la producción de indicadores sobre el material analizado que trascienda la codificación, y lo convierta en un proceso constructivo-interpretativo. En este estudio de caso referido a las premisas familiares relacionadas con las autoagresiones, se realiza la narración de los distintos momentos de la terapia, reconociendo en este relato las premisas familiares que emerjen y otros aspectos que destacan del proceso, que permiten una mayor comprensión del caso. Se realiza su caracterización y análisis, utilizando aspectos de la teoría batesoniana descrita. Con esto se muestra un forma de aproximación que entrega una

comprensión más profunda de estos fenómenos autoagresivos en el proceso terapéutico descrito. El estudio se llevó a cabo una vez terminado el proceso terapéutico, no estando la adolescente en atención en el Hospital de día de adolescentes.

Esta investigación cuenta con la aprobación por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Dentro de las consideraciones éticas, se decidió modificar los nombres de los participantes a través del escrito, con el fin de resguardar la identidad de éstos.

IV.- EL CASO CLÍNICO DE SAMANTA

1.- Samanta, su familia y las autoagresiones.

Samanta es una adolescente de 14 años que vive en Quinta Normal. Cursa octavo básico. Se cambió este año de colegio, en el anterior repitió séptimo. Es morena de 1,65 cms de alto, de contextura media, con el pelo negro, liso, largo con chasquilla. Viste de colores oscuros, se maquilla con delineador de ojos negro en el párpado inferior. Tiene cicatrices de cortes en ambos antebrazos. Su actitud cambia en las distintas entrevistas según su estado de ánimo. En ocasiones se muestra inquieta, mueve una de sus piernas de manera repetida. En otras oportunidades, cuando está más tranquila se muestra alegre, fluye espontáneamente su relato. Cuando se ha realizado cortes se presenta muy callada, evita el contacto visual. Le gusta dibujar, principalmente rostros, como caricaturas japonesas.

Es la segunda hija del matrimonio entre Rodrigo y Elisa. Actualmente Samanta vive sólo con ellos. El padre es técnico en construcción, trabaja como coordinador de obra. Es descrito por Samanta como un proveedor. Mantiene una relación distante con su hija. Con la madre está en conflicto constante. Muy impulsivo, con episodios de descontrol, en los que la violencia crece. Elisa es dueña de casa. Es descrita por Samanta como frágil, refiere que “tiene depresión”. Mantiene una relación simétrica y ambivalente con Samanta, con momentos de cercanía y otros de conflicto. El hermano mayor de Samanta se llama Rodrigo. Tiene una discapacidad intelectual y epilepsia. Es agresivo según describe Samanta, con quien tiene una relación conflictiva. Está casado con Eleonora que tiene diagnóstico de Esquizofrenia, y es en relación a ese diagnóstico que, Samanta y su familia se explican los desajustes impulsivos que presenta. Esta

pareja tiene dos hijos, Ignacio y Tomás. Los sobrinos de Samanta son muy queridos por ella, mantiene una relación cercana con ellos.

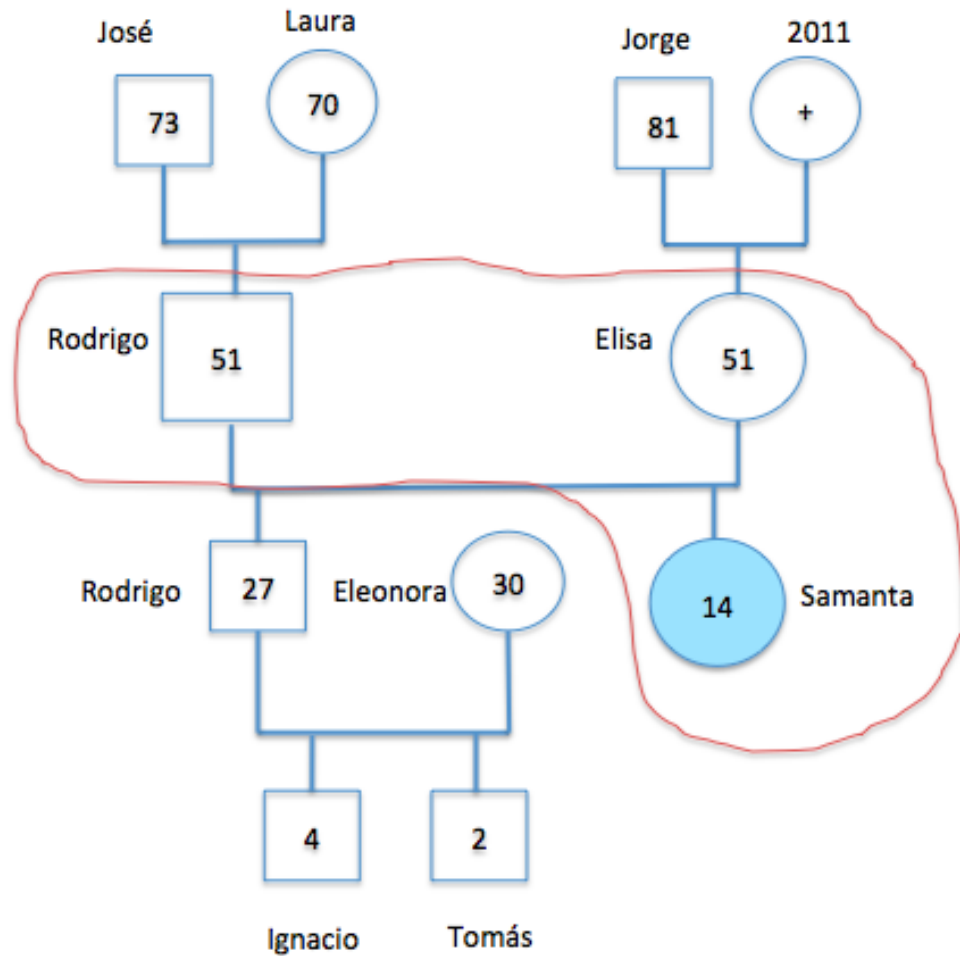


Figura 1, Genograma.

Samanta refiere que la primera vez que se cortó fue a los 10 años, que era “para aliviarse”. Existía una dinámica de violencia en las relaciones familiares de larga data, lo que la angustiaba. También desde esa edad fue víctima de acoso

escolar, refiere “me decían gorda, fea”. En ese tiempo no se cortaba de manera repetida, sólo lo hizo en algunas ocasiones. Al principio se rasguñaba y luego inició cortes en antebrazos con un sacapuntas. Durante el 2016, comenzó a hacerlo cada vez que se sentía angustiada porque “cortarme los brazos me calmaba”. También empezó a autoagredirse en las piernas y en el abdomen. Ese año fue un periodo de mucho conflicto familiar, tanto por que se entera que existe una hija de su padre fuera del matrimonio, como por que devela abuso sexual por parte de su abuelo paterno. En ese año realiza dos intoxicaciones medicamentosas con ideación suicida. Refiere que también se cortó en esos episodios, pero que “esos cortes eran distintos, más profundos”. En un principio aparecen las autoagresiones como una forma de controlar la angustia, pero se transforman en una manera de aproximarse a la muerte en momentos en que se siente sobrepasada.

En relación a los episodios de autoagresiones es que Samanta comienza a tener apoyo psicológico desde el 2016, primero en atención primaria y luego en COSAM de Quinta Normal, desde donde es derivada al Hospital de Día Adolescentes por la persistencia de los episodios de autoagresiones, por interpretarlo como ideación suicida persistente.

2.- La premisa de la violencia.

Desde el inicio de la relación de pareja de los padres, la madre describe infidelidades de su marido, tema por el cual discutían de manera repetida. Incluso refiere que si bien ella tenía sospechas de que su marido tenía una hija fuera del matrimonio, recién lo pudo confirmar el año 2016, cuando ella y Samanta le revisaron en conjunto el celular al papá, lo que provocó aún más conflictos.

En relación a estas problemáticas ha habido violencia psicológica y física entre el padre y la madre. Además el hermano de Samanta, su cuñada y sus sobrinos vivían junto a Samanta y sus padres hasta enero del 2017. En ese tiempo, además de haber hacinamiento porque cuentan con una casa de solo dos habitaciones, existía violencia psicológica y física entre todos los miembros de la familia.

Samanta describe episodios en que ella intercedía en las peleas entre su madre y su padre, y también lo hacía cuando su hermano agredía a sus sobrinos, lo que provocaba que finalmente la agredieran a ella. Por lo mismo, respecto a vivir con su hermano, refiere que ese periodo “fue un asco”. Por lo descrito, actualmente la tuición de sus sobrinos la tiene la abuela materna de los niños, y su hermano y su cuñada viven solos, con escasos recursos económicos. La violencia también se perpetúa en la relación entre Samanta y su madre. Por ejemplo ésta no le permite realizar actividades sin su supervisión porque “no confía en ella” y ante los reclamos de Samanta, le quita cosas que para ella resulten significativas como su celular (lo que Samanta describe como “íntimo”). Esto genera discusiones con insultos y provocó incluso en una ocasión una agresión física de parte de la adolescente hacia su madre.

Samanta recuerda episodios de violencia desde su infancia.

En sesión con Samanta

S: Me acuerdo de una vez que yo era chica, como 8 años, cuando mi papá y mi mamá estaban discutiendo. Yo vi como mi papá empujó a mi mamá.

T: Que había pasado?

S: No sé, pero después me dijeron que "estaban jugando".

...

T: Y como son las cosas ahora?

S: Mi mamá dice que se va a separar, pero nunca lo hace. Yo ya no les creo cuando se llevan mejor.

T: Qué piensas tu?

S: Algunas veces me gustaría llevarme a mi mamá a otro lado.

En sus recuerdos se puede ver la normalización de la violencia desde pequeña. Y también como la dinámica se perpetúa a través del tiempo. No se realiza un enfrentamiento de los conflictos. Las diferencias entre los distintos miembros de la familia son vividas como amenazas que hay que atacar o de las que hay que huir. Esta premisa de significar los desacuerdos como amenazas, es una idea profunda que se mantiene aún cuando consultan y solicitan ayuda. Les es difícil visualizar la diferencia como una oportunidad de diálogo, o de movimiento. Así perpetúan el sentimiento de amenaza, dado que ante la problemática responden atacando, provocando un ambiente de mayor hostilidad que les reafirma la amenaza que sentían.

Samanta muestra esto también en sus vivencias, desde su infancia, cuando se enfrentó al acoso escolar de sus pares. La violencia traspasa el espacio familiar y se instala también en otras relaciones.

En sesión con Samanta

S: (en el colegio) Me decían "gorda", "fea".

T: Como reaccionabas tú?

S: Yo me defendía pu! Les pegaba.

Como se mencionó previamente, esta premisa es algo que comparten varios miembros de la familia. Ni los padres logran resolver de otra forma las diferencias entre ellos, ni tampoco los padres en su interacción con los hijos, ni los hermanos entre ellos. Para el análisis de esta situación, hay que ir más allá del hecho de la violencia, ahondar en el significado que conecta. Bateson (1979) lo plantea de la siguiente manera: "El aprendizaje de los contextos de la vida es una cuestión que debe ser examinada, no internamente, sino como relación [...] No tiene sentido hablar de 'dependencia', 'agresividad' [...] todas estas palabras tienen su raíz en lo que ocurre entre personas" (p. 118-119). En esta familia se va construyendo una forma de llevar la diferencia. En esta forma, cada uno va predisponiéndose a lo que "debería" suceder según la premisa de significar los desacuerdos como amenazas. La 'expectativa' de uno es que el otro lo ataque ante una diferencia, y actúan en consecuencia, con violencia. En esta familia, se va manifestando en las distintas relaciones, la manera en como opera la premisa, a través de la violencia. Samanta propone la salida de la huida. Comprendiendo que no se puede aislar del significado de amenaza en los desacuerdos, plantea un escape, que para ella pudiese significar el cese de la violencia.

Esta dinámica de violencia es parte de los factores de riesgo de las autoagresiones. Además de que Samanta presenta el factor de riesgo de autocortes en adolescentes como es el sexo femenino, también ha experimentado otros factores de riesgo como son las diferentes formas de trauma interpersonal: estilos violentos de crianza, negligencia emocional de padres, maltrato en la niñez

y abuso sexual. (Zhang et. al., 2015; Miner et. al., 2016). Este entramado se constituye como una experiencia de sufrimiento complejo compuesto por diversas experiencias de violencia interpersonal, que para ser intervenido requiere de la profundización en la comprensión del fenómeno a través de alguna teoría. En este caso, el trabajar con las premisas desde el concepto de Bateson, posibilita el buscar un significado que aúne la conflictiva de la violencia en esta familia. El unir a través del significado permite tener una visión más profunda de las relaciones. Bateson (1979) destaca la importancia de comprender la conducta a través de la relación: “Así como la visión binocular ofrece la posibilidad de un nuevo orden de información (acerca de la profundidad), así también la comprensión de la conducta a través de la relación ofrece un nuevo tipo lógico de aprendizaje” (p. 119).

Desde el punto de vista del terapeuta, resulta difícil enfrentar un caso en que una familia está enlazada a través de la violencia. Por una parte, porque implica la contención constante de los diferentes conflictos que se van presentando, que puede desviar el trabajo terapéutico en profundidad. Por otra parte, porque resulta desgastante para el terapeuta enfrentarse a la violencia. Si bien existe el cuestionamiento de hasta cuando se puede seguir intentando contener la violencia, y cuando se debe por ejemplo judicializar un caso; es necesario tomar en cuenta que la familia consulta y se mantiene en proceso, porque sufre esa violencia. El no poder salir de ella, no es sinónimo de querer estar ahí. Justamente lo que posibilita la búsqueda del significado, a través del trabajo con premisas, es poder entrar en la violencia e intentar desmenuzarla en lo que la compone y le permite operar. Así, a través del proceso terapéutico, se puede abrir la posibilidad a nuevas variables de significados que permitan un movimiento.

3.- El silencio: la premisa del corte.

Durante la primera etapa del proceso terapéutico, era difícil abordar el caso, poder entrar en él. Como se describió, lo que dominaba era la violencia. Esto volvía las interacciones muy caóticas y perpetuaba el conflicto. Esta forma de relación es la que daba la sensación de un circuito cerrado, en que si no funcionabas por medio de la violencia, no eras parte. Esto dio un giro en la sexta sesión del proceso, en que sucedió un hito. Samanta asiste a sesión, posterior a un episodio de autocortes en antebrazo derecho. Se había cortado con un sacapuntas en el baño del colegio, una de sus compañeras la vio y le contó a su madre, que la esperaba a la salida.

En sesión con Samanta

Se presenta callada, con expresión triste, no habla durante una primera etapa de la sesión. Le explico que estoy acompañándola y que puedo escucharla. Ella se arremanga el chaleco del brazo derecho y me muestra los cortes, son superficiales pero aún están con sangre. Se toca la piel alrededor de los cortes y presiona abriéndolos levemente. Sigue estando en silencio, con la mirada perdida.

Decido acompañarla en silencio durante varios minutos. De a poco ella comienza a hablar en voz muy baja, con una expresión facial de tristeza.

S: Estoy agotada.

T: ¿De qué estás agotada?

S: De lo que he vivido.

En esa sesión Samanta pudo mostrar lo oculto. En un inicio sólo me sentí impresionada de la teatralidad de la escena, pero de a poco experimenté la sensación de que era privilegiada de presenciar este acto, al mismo tiempo que estaba siendo puesta a prueba. Samanta me invitaba a averiguar si yo podía

soportar la violencia del corte, y el silencio. Existía una relación entre el corte y el silencio que era importante respetar. Pensé que en ella se alojaba una razón profunda que la hacía soportar la violencia y el silencio. A medida que avanzó la sesión ella pudo expresar, con dificultad, pero en palabras, lo que sentía. Afirmaba que había muchas cosas de ella que no le gustaban, cuestionando tanto su cuerpo como sus capacidades. Durante las sesiones que siguieron, se fue mostrando lo que no podía ser visto en la primera etapa.

Como terapeuta consideré crucial respetar el silencio y darle espacio a lo que pudiese aparecer a partir de él. Bateson (1979) plantea que en cierto contexto, la total ausencia de un suceso indicador, puede ser el mensaje, lo explica así: “La carta que tú no escribes, las disculpas que no ofreces, [...] todos ellos pueden ser mensajes suficientes y eficaces porque el *cero* puede, dentro del contexto, ser significativo [...] el receptor debe estar predispuesto para el descubrimiento apropiado cuando este se produce” (p. 42).

Al profundizar en la historia, apareció en el relato la experiencia del abuso sexual por parte de su abuelo paterno, y cómo esto provocó un cambio en las relaciones. Samanta y su familia nuclear vivieron en casa de los abuelos paternos hasta los 8 años de ésta. Durante ese período ella fue criada por su abuela paterna, porque su madre y padre trabajaban. Posterior a esto la adolescente seguía yendo a la casa de sus abuelos continuamente por la relación cercana entre ella y su abuela. Esta relación se quebró el año 2016, en noviembre, cuando Samanta develó el abuso sexual por parte de su abuelo paterno (describe tocaciones durante fines del 2015 y hasta septiembre del 2016). El proceso de develación fue difícil. En primera instancia le contó a su mejor amigo, luego a su madre.

Samanta afirma que su abuela no le creyó, esto hizo que se alejaran y perdieran contacto. El equipo que la atendía en el COSAM de Quinta Normal realizó la denuncia de este abuso. Samanta sintió que la única persona de su familia que realmente la apoyó fue su mamá. Su padre por su parte fue ambivalente respecto a este tema. En un primer momento no le creyó, increpó al equipo de salud que había realizado la denuncia. Luego a pesar de decir que sí le creía a Samanta, la criticaba por evitar contacto con su abuela.

En sesión con Samanta

S: A veces me siento culpable de haber contado, al final fue todo una mierda.

T: ¿Porqué crees que fue malo?

S: Si no lo hubiese hecho no me habría alejado de mi abuela, no habría provocado tantos problemas.

...

S: Si, si mi mamá siempre me creyó.

T: ¿Y el resto de tu familia?

S: Cuando supieron era como si no hubiese pasado. Nadie dijo nada.

T: ¿Hicieron algo?

S: Si, se alejaron.

Si bien existían autocortes desde los 10 años en la historia de Samanta, en el año 2016 éstos se intensifican, en sus palabras, se hacen “más profundos” y se asocian a la idea de muerte. En ese año también Samanta realiza dos intoxicaciones con medicamentos con intención suicida. Existe un desborde en lo clínico que tiene relación con una sensación de “haber explotado”. Samanta estaba viviendo más violencia de lo que podía tolerar. Si bien la violencia en su núcleo familiar la dañaba, a esto se agregó la violencia del abuso sexual. Esto agotó su fuerza, su capacidad de resistir la violencia. Existiendo un lazo muy

cercano con sus abuelos paternos, no pudo quebrar esa relación de confianza entre sus padres y sus abuelos, y mantuvo silencio. Éste muestra que se está ante algo significativo para la familia y por lo tanto a tratar con cuidado. Bateson y Bateson (1987) describen esto de la siguiente forma: “[Existen] muchas circunstancias en que la *conciencia* es indeseable y en que el silencio es oro, de suerte que el secreto puede utilizarse como un *indicador* que nos dice que nos estamos aproximando a terreno santo” (pp. 88-89).

En la familia existía la premisa de que hay temas que deben callarse porque comunicar presenta la amenaza de quiebre en el sistema. Esto se presenta tanto en el silencio de Samanta en relación al abuso, como también en el resto de los familiares al enterarse del abuso. Éstos no dijeron nada, “como si no hubiese pasado” dice Samanta. Además esto aparece en otras situaciones familiares de conflicto, por ejemplo en el padre se presenta en su silencio respecto a que había sido infiel y tenía una hija fuera del matrimonio. En relación a esto, también se presenta cuando la madre sospecha de la infidelidad del padre. Hace participar a Samanta ‘en secreto’ de una estrategia para salir de su duda. La madre le saca ‘a escondidas’ el celular a su marido y le cuenta a Samanta que ha encontrado mensajes de otra mujer. De esta forma es que Samanta se entera finalmente de que tiene una media hermana por parte de padre, también ese año 2016, provocando mayor tensión en ella. Así se va mostrando una manera de operar de esta premisa del silencio. Esta permite que se mantenga cierta información en secreto para cuidar un equilibrio frágil, pero que evita el quiebre de cierta configuración en el sistema. A esto se refieren Bateson y Bateson (1987) cuando señalan que la no comunicación de ciertas ideas es necesaria si se pretende mantener lo *sagrado*: “La comunicación es indeseable [...] porque la comunicación de alguna manera altera la naturaleza de las ideas.” (p. 88). Rober, Walravens y Versteynen (2012) apoyan esta idea al referirse al impacto que puede producir lo que contiene el secreto familiar: “en los secretos familiares, la información que se

retiene es crítica para la persona a la que se le oculta la información porque tiene un impacto en su vida” (p. 530). En ocasiones ese impacto es el quiebre relacional en la familia. Al mantener lo sagrado, se evita el quiebre, pero también se pueden mantener situaciones violentas como el abuso sexual, que aprovechan el silencio para perpetuarse. También el silencio permite que se mantengan los engaños, que van justificándose unos con otros. Si uno de los miembros puede ser infiel y engañar, el otro también puede transgredir, traspasando la intimidad, quitándole algo para averiguar respecto a sus sospechas de traición.

Para Samanta no era posible que se supiera lo que estaba viviendo. El costo de hablar y quebrar el secreto, era faltar a la premisa y romper lazos que eran significativos. Tanto para ella era importante el vínculo con su abuela como para sus padres. Dentro del caos que provocaba la violencia, lo que la había sostenido era mantener contacto y apoyo por parte de su abuela paterna. Esta era significada por ella como una figura vincular potente. Estaba mandatada al silencio a través de la premisa de ocultar lo que puede quebrar el sistema, provocando más tensión en ella, lo que hacía que se autoagrediera de manera cada vez más grave. Aún así durante lo que pudo tolerar, se mantuvo en silencio, por lo indeseable del quiebre.

En sesión con Samanta

S: Le conté – al amigo -. Yo creía que él lo iba a contar. Esperaba que alguien lo hiciera por mí.

El deseo de Samanta era no transgredir la premisa del silencio. Si bien no toleraba el sufrimiento, prefería que fuese otro, y no ella, quien traicionara la premisa. El significado era tan profundo que aunque la dañaba, no quería ser ella la que pusiera en peligro el sistema. Es comprensible que no quisiera tomar ese

lugar. Implicaba que se ponían en cuestionamiento significados respecto a las relaciones, y también respecto a lo que cada una de esas figuras constituía. Esto se refleja en lo que describen Bateson y Bateson (1987) respecto a la complejidad de aventurarse en lo *sagrado*: “hay personas que consideran casi como un deber comunicar información que causará dolor [..., pero] hay que considerar las marañas de relaciones entre estado anterior, nueva información y resultado producido en B, la parte del sistema que recibe la nueva información” (p. 96). Rober, Walravens y Versteynen (2012) complementan esta visión de complejidad y lo resumen en la siguiente frase: “Tratar con los secretos es el acto de la cuerda floja en el circo de la vida” (p. 537). Crago (1997) reflexiona acerca de esta complejidad, analizando como la revelación del secreto puede cambiar la configuración de la familia: “revelación de la cual puede resultar la pérdida de un poder difícil de especificar, cuya exposición se puede considerar que conduce al final de lo sagrado, e incluso a la parálisis: la familia ya no podrá *ser ella misma*” (p. 102).

Durante el proceso terapéutico se trabajó con Samanta el resignificar la develación, rescatando los elementos que estaban subyugados al relato dominante de catástrofe ante el quiebre familiar que significó romper el silencio. Samanta fue logrando significar la develación como una situación de ‘liberación’. Respecto a las críticas a sí misma, intentó equilibrar ese discurso de manera gradual, encontrando en la develación el ‘orgullo’ de haber sido capaz de hablar de algo que le era tan duro. Finalmente, junto a Bateson y Bateson (1987), se había atrevido a entrar en ese lugar que hasta *los ángeles temen pisar* (p. 96).

4.- Descubriendo caminos

Durante el proceso terapéutico comienza a aparecer la posibilidad de nuevos significados. En un primer momento la violencia era una niebla densa que impedía ver, todo se trataba de ella. A medida que avanza el proceso, logra despejarse y esto permite ver más de Samanta y su familia. Se puede trabajar con la adolescente y con su madre para que emerjan relatos de aspectos relacionales que permanecían subyugados al relato dominante de la violencia. Este cambio también sucede con el silencio, que como cómplice de la violencia, la ayudaba a ocultarse, y le permitía perpetuarse. Samanta va abriendo relatos y no callando más. Por ejemplo, la adolescente pasa de ser la traidora que crea conflicto familiar por hablar de lo que se debe callar, a ser la valiente que habló de lo que había vivido.

Además con la madre (y en menor medida con el padre, que asiste menos) se va trabajando respecto a la culpa que sienten por hacer vivir a Samanta en la violencia, y por las distintas situaciones de conflicto y engaños a los que la habían expuesto. Samanta al comenzar a expresar en palabras sus emociones, recalca las situaciones en que ha sentido rabia por los conflictos familiares.

En sesión con Samanta

S: Cuando siento rabia es como estallar. Fue como un globo que estalló.

T: ¿Qué es lo que te daba rabia?

S: Rabia que mi papá prometía cosas que nunca cumplía, rabia cuando no podía defender a mi mamá de mi papá o de mi hermano. Mi papá sabe que tiene la culpa de muchas cosas que han pasado.

T: ¿De qué cosas?

S: De pegarle a mi mamá, de engañarla, de no defenderla de la esposa de mi hermano. Si le hacía daño a ella, me hacía daño a mí. Entonces se siente culpable.

Se aborda la violencia como una forma de permanecer en el sufrimiento, y se trabaja para transformar la culpa en la responsabilidad. Con esto se permite a la madre y al padre ver la posibilidad de hacerse cargo, más que sentir culpa, y por lo tanto de generar movimiento en las relaciones familiares.

Con Samanta se trabaja la contradicción de querer salir de la violencia pero al mismo tiempo estar ejerciendo violencia sobre sí misma a través de los cortes. En un primer momento esta contradicción en sesión la deja perpleja. Refiere que no lo había visto de esta manera, y luego de tematizar respecto a esto, le hace sentido buscar otras formas de expresión de emociones. Va utilizando para esto, acuarelas y dibujos, en los que en su mayoría representan personajes inspirados en las caricaturas japonesas que le gustan. Así mismo escribe poemas y canciones respecto a sus vivencias. Va pudiendo expresar en palabras, en sesión, la rabia que ha sentido respecto a la violencia que ejercía su padre, y también respecto a la falta de contención y confianza, considerando que en un primer momento no creyó plenamente en ella en relación a la develación del abuso. En la relación con la madre reclama su falta de fuerza para poner límites a la violencia en la familia y en vez de eso, hacerse parte. Habla de las consecuencias que ha tenido la develación del abuso de su abuelo, especialmente el alejamiento de su abuela paterna, que le duele especialmente por el cercano vínculo que existía entre ellas.

Así como en un momento fui testigo de los cortes en sus antebrazos, los cuales se abría en sesión mostrándome su angustia y poniéndome a prueba, en esta etapa fui testigo de emociones completamente diferentes. En la última fase de intervención, llegó un día a sesión con un perro cachorro que necesitaba cuidar y me pide si era posible entrar con él al box de atención.

En sesión con Samanta

S: Hace tiempo quería tener un perrito. Mi papa buscó y encontró este.

T: ¿Tiene nombre ya?

S: Le puse Tom en honor a mi sobrino y Jaruko que es algo así como esperanza en japonés.

T: ¡Qué bonitos nombres! ¿Y qué has hecho con él?

S: Me he entretenido caleta, lo voy a buscar apenas me despierto. Me hace estar más tranquila. Quiero darle todo mi amor a él.

Nos mantuvimos un rato en el box y luego salimos a continuar la sesión en el patio. Lo que Samanta transmitía en ese vínculo era muy diferente a lo que había podido observar en las primeras sesiones del proceso. Se manifestaba la tranquilidad y el amor, manteniéndose conectada con la mascota tanto a través del cariño como del juego. Destaca la posibilidad de sentir y de expresar amor, que resulta una nueva posibilidad en un ambiente que previamente estaba saturado de violencia en diferentes formas. Defiende su tranquilidad con un vínculo que armoniza lo que ella estaba viviendo, y le pone el nombre de su sobrino quien representa el amor, y también el nombre “esperanza” mostrando nuevos significados y expectativas.

Este predominio de sentimientos de amor y esperanza en el relato también empiezan a aparecer en otras sesiones. Se realiza con Samanta la actividad del Árbol de la Vida, metodología desarrollada por Ncazelo Ncube y David Denborough, del Centro Dulwich de terapia narrativa en Australia, para responder a varias formas de trauma y sufrimientos de las personas que atendían. Este permite a las personas hablar sobre sus vidas de una manera que las haga sentir más fuertes. Implica que las personas dibujen su propio *árbol de la vida* en el que hablan por ejemplo de sus "raíces" (de dónde vienen), y otras partes del árbol que van ejemplificando otras áreas de sus vidas (Ncube, 2006).

En la actividad destaca que Samanta pone en sus raíces y en las hojas - que representan sus personas importantes- a su madre y a sus sobrinos, junto con los conceptos “amor” y “solidaridad” en las raíces. También en esta área pone “Chiloé” -que es de donde viene su padre- y “poesía: porque heredé de mi papá”, y cuenta lo que tiene en común con su padre, recalcando un aspecto positivo.

En sesión con Samanta

T: En las raíces veo que también pusiste “poesía: porque heredé de mi papá”.

S: Si, es que mi papá le escribía cosas de amor a mi mamá. Cuando yo tenía como 9 años, él escribió para un concurso. Escribió una carta que contaba la historia de ellos.

T: ¿Tu pudiste leer esa historia?

S: ¡Si, era bonita! Me encanta como escribe, hace tiempo que no lo hace. Yo hago lo mismo, también escribo poesías.

T: ¿Por eso lo pusiste como parte de tus raíces?

S: Si, porque yo también muestro mis sentimientos en la poesía.

En la tierra en que está plantado el árbol que representa lo positivo de su presente, pone a sus sobrinos y a su perro, quienes también se repiten en los frutos que son regalos entregados. En el tronco están sus habilidades (dibujar, cantar, inventar poemas o canciones), las que resume como “expresión de emociones”. Esto resulta importante como recurso a largo plazo para expresar algunos sentimientos, en vez de que sean puestos en autoagresiones. Otro aspecto a destacar es que en sus frutos, dentro de lo que ella ha entregado o le han entregado como regalo, pone la madurez, el aprendizaje, el amor y la alegría. Estos conceptos resaltan en su fuerza y significado de superación, comprendiendo

lo que implica sufrir situaciones traumáticas como las vividas por Samanta dentro de su familia.

A medida que se ha avanzado en el proceso, Samanta construye su contraposición a las premisas de la violencia y del silencio. La premisa de la violencia se ve contrastada por el cuidado y la ternura que emergen tanto en la relación con su nueva mascota, como en la relación con sus sobrinos. También se ve en los relatos que muestran otros aspectos de la relación con su madre y con su padre, lo que permite rescatar elementos valiosos para la reparación del vínculo entre ellos. Por otra parte la premisa del silencio, se ve contrastada no sólo por la develación del abuso, sino también por la forma en que va ocupando la terapia, permitiéndose hablar de emociones, de desacuerdos, de sufrimiento. Además va usando otros medios artísticos para esto como el dibujo y la poesía. Se puede decir que cambia poco a poco desde la expresión de su sufrimiento a través de los cortes, a otras formas de expresión, que liberan la tensión que estaba atrapada en las autoagresiones. Bateson (1979) plantea que toda información es la noticia de una diferencia, y que es la percepción de la diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos. Situar los eventos en el tiempo es importante para la percepción de la diferencia, en otras palabras, para la detección del cambio. Bateson lo explica de la siguiente forma: “Los órganos sensoriales humanos *únicamente* pueden recibir noticias sobre diferencias, y esas diferencias, para ser perceptibles, deben estar codificadas en sucesos que acontecen en *el tiempo* (o sea, deben estar codificadas en *cambios*)” (p. 64). Al destacar estas diferencias en Samanta y su familia a través del proceso terapéutico, se muestra que son diferencias que han hecho una diferencia en la manera en como se relacionan Samanta y sus padres, pero también en como se relaciona Samanta con sus propias emociones.

V.- REFLEXIONES FINALES

Este estudio de caso de una adolescente con autocortes ha permitido aplicar en el análisis clínico el concepto de premisas de Bateson y ampliar la discusión clínica respecto a los significados. Se ha podido utilizar el trabajo de Bateson en distintos momentos de la terapia, enriqueciendo la reflexión con su mirada teórica. Para mí como profesional, médico psiquiatra infantil y de adolescentes, ha sido una experiencia reveladora, donde he podido experimentar otras formas de abordar la clínica, fuera del esquema médico. Esto ha implicado tomar una posición distinta, que permite una construcción con el otro, incluyéndome. Este ha sido parte del inicio del proceso de tomar el lugar de terapeuta, camino que seguirá en curso, pero en el que he podido incorporar una forma distinta de mirar y comprender a la historia de Samanta y su familia.

Hacer investigación en un dispositivo de salud pública me permitió acceder a reflexionar sobre un caso de esos que nos tocan profundamente por la falta de privilegios, un caso de nuestra realidad más abandonada.

Por un lado porque el caso es de personas en que los determinantes sociales de la salud tienen un gran peso, como por ejemplo la falta de recursos económicos, educacionales, habitacionales. Además los recursos de la red salud mental pública son escasos, y específicamente los de la red infanto-adolescente están en mayor desventaja. El presupuesto de salud mental es el 2% del presupuesto en salud en Chile, lo que deja a la infancia y adolescencia en una parte de ese porcentaje, no priorizada en las garantías de atención en salud (Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo, 2015). Por otro lado también podemos evidenciar la falta de privilegios en que el acceso a atención, en salud mental, tanto para Samanta como para otros niños y adolescentes, depende de que un adulto se haga responsable, se sensibilice del sufrimiento de esa adolescente y la

lleve o acompañe a consultar. Otra arista importante es que el caso es de una adolescente de sexo femenino que ha sido abusada sexualmente por su abuelo. Esta situación de vulneración se relaciona con ser niña y con ser mujer, siendo ambas características de riesgo y de falta de privilegio frente a un hombre que es familiar y que puede ejercer esta dominación justamente por su posición. Nuestra sociedad está abordando incipientemente la manera de dar protección y ambientes seguros a niños y a mujeres, pero aún la manera en como construimos las relaciones entre nosotros, mayoritariamente desde lógicas patriarcales, deja expuestos a vulneraciones a éstos dos grupos.

Respecto a la realización de esta investigación en el Hospital de día de adolescentes de Pudahuel, debo señalar que, al ser un dispositivo de atención intensiva de adolescentes, me permitió mantener un seguimiento mucho más próximo del caso. Gracias a una vinculación mayor con la adolescente, se pudo construir en conjunto una profundización en los significados. Esto fue también gracias al apoyo constante del equipo multidisciplinario, en un dispositivo que cuenta con espacios para reflexionar respecto al caso con otros profesionales. También existe una mayor flexibilidad para tener tiempos de atención mayores a los que los profesionales tenemos en otros dispositivos ambulatorios. Otra arista importante es que existen espacios de trabajo con la familia, como el taller de familia en el que también participo, y que permite tener mayor sustrato clínico para el caso.

El haber sido la terapeuta del caso me instaló en un lugar lleno de desafíos. La formación médica tiene amplio espacio para dar indicaciones y para las categorizaciones. La psicoterapia me hace ocupar otras herramientas que me conectan con la vida de las personas y también me ayudan a comprender mejor desde mi propio mundo de significados. Gran parte de lo que he estudiado y practicado respecto a la psicoterapia me ha servido sobre todo para considerar e

incluir mis propias emociones, sentimientos y pensamientos en la práctica clínica ya que al escuchar mis resonancias se generan mayores posibilidades para la hipotetización y la invitación a la empatía.

Hacer este estudio me ha dado la posibilidad única de dejar testimonio del trabajo singular que significó poder vincularme con las vivencias de Samanta. La primera etapa de la psicoterapia estuvo dominada por la violencia, que de manera gradual la familia fue intentando modificar y dejar fuera de sus interacciones, construyendo nuevas maneras de resolver conflictos. Esto pudo evidenciarse en el trato entre ellos, en la manera en que la madre y el padre intentaban contener a Samanta, y también en la construcción de un discurso distinto al hablar de ellos mismos. En un segundo momento del proceso terapéutico, tuve el honor de que tanto Samanta como la madre, me permitieran entrar a su *terreno sagrado*. Pude sentir que las acompañaba a conocer también como se sentían al hablar de lo que no era posible en otros momentos. Fue también una oportunidad para mí como terapeuta y como persona para explorar mis resonancias respecto a lo que es permitido según mis premisas. Esta etapa dio pie a cambios importantes, que Samanta y su madre tienen conciencia de que no son necesariamente la salida absoluta de la violencia, pero que dieron posibilidad a nuevas formas de aproximación y de contarse ellas mismas sus historias. Si bien el padre participó menos, fue traído a sesión a través del relato de Samanta, destacando su apoyo y los lugares de encuentro entre ellos. Estas nuevas versiones de las relaciones, permitieron el tránsito hacia una continuidad de intervención psicoterapéutica en un nuevo dispositivo. Ya no en una modalidad intensiva, pero en una terapia de largo plazo, en el COSAM desde donde habían sido derivados, que da la posibilidad de profundizar en estos primeros pasos hacia una nueva configuración. Este estudio de caso me conectó con los significados de Samanta tanto para empatizar, como para poder trabajar en conjunto. No desde un lugar de indicaciones, si no desde uno de escucha y curiosidad. Así la reflexión sobre

diferentes puntos de vista, permitió tanto a mí como a ellos, ampliar lo que comprendíamos de lo que estaban viviendo y generar movimiento.

Haber hecho esta investigación considerando la teoría Batesoniana ha sido una experiencia que me permitió encontrar a través de una propuesta teórica una manera de entrar en los significados personales del otro. Trabajar con el concepto de premisas fue una manera de ligar las vivencias que pretende abordar la psicopatología, con significados anudados en ese mundo vivencial, dándome la posibilidad de ampliar las hipótesis comprensivas que permitieron trabajar el caso en profundidad. Bateson plantea que la comprensión de un fenómeno está determinada por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. A lo largo del estudio de caso, pude ir abordando parte de esa red en un caso clínico particular, conociendo los significados que se relacionaban con las autoagresiones en esta adolescente. La mayor utilidad para mí fue poder abordar un fenómeno tan complejo como los autocortes, que están en parte mostrándonos una parte del otro, y al mismo tiempo ocultándonos otra. La teoría Batesoniana me permitió abrir distintos posibles significados y así posibilitar la vinculación con la experiencia del otro, su sufrimiento y sus esperanzas. Esto resulta particularmente valioso en el campo de la investigación en autocortes en psiquiatría, que es amplia en describir factores de riesgo y proponer abordajes conductuales, pero que ha desarrollado pocos trabajos que vinculen dichos aspectos con las cualidades sensibles y el mundo de significados corporizados de las personas que se autocortan.

Las limitaciones de este estudio tienen que ver con lo particular del caso. No he realizado un trabajo que permita hacer una generalización estadísticas respecto de los casos de autocortes en adolescentes. Es una experiencia particular, en la que pudo ser útil esta manera de abordaje. Además el realizar el

estudio desde un solo aspecto teórico, puede restringir el trabajo de análisis y dejar pasar aspectos que pudiesen haberlo enriquecido.

Por otra parte, al ser yo investigadora y terapeuta al mismo tiempo, formé parte del círculo hermenéutico del trabajo –lo cual incluyó mis propios sesgos y valoraciones-; en este sentido, queda la pregunta abierta sobre de qué manera otra terapeuta en la misma situación podría haber hecho otras distinciones relevantes respecto de la vida de Samanta.

La proyección de este trabajo tiene que ver con pensar una nueva forma de captar y trabajar este fenómeno tan complejo de los autocortes en la adolescencia. Los autocortes están multideterminados, y por ende pueden contener múltiples significados. Este trabajo invita a indagar y trabajar sobre los significados que estén involucrados en estos casos, proponiendo centrar el trabajo terapéutico en los significados y no en la conducta de autocortarse.

De todas formas queda abierta la posibilidad de ampliar a otros fenómenos que hasta ahora también se hayan abordado en su mayor parte desde lo externo o lo conductual, permitiendo una nueva perspectiva desde los significados.

Finalmente este ha sido un proceso de experimentar nuevas alternativas en el trabajo clínico, ampliando mis posibilidades de comprensión del caso, pero también de mi propia relación con éste. Al acompañar a Samanta en sus tensiones, resistencias e ilusiones, he tomado yo también un lugar nuevo. Esta experiencia ha sido una forma de aprender de la psicoterapia y de mí misma, que implica lo que Bateson (1979) explica respecto de la esencia de aprender: “La esencia de la epigénesis es la repetición predecible; la esencia del aprendizaje y la evolución, la exploración y el cambio”.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (7 supl), 24s-51s.
- Amoss, S., Lynch, M. y Bratley, M. (2016). Bringing forth stories of blame and shame in dialogues with families affected by adolescent self-harm. *Journal of Family Therapy*, 38(2),189–205. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12101>
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vöhringer, P., Araya, R., y Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinflingida y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 140(7), 873-881.
- Bateson, G. (1972). *Pasos Hacia Una Ecología de la Mente*. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires.
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Bateson, G, y Bateson, M. (1987). *El temor de los ángeles. Epistemología de lo sagrado*. Editorial Gedisa, España.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Paidós, Barcelona.

- Boscolo, L., Cecchin, G.F., Hoffmann, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milan: Diálogos sobre teoría y práctica*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los Tiempos del Tiempo*. Paidós Ibérica.
- Calventus, J. (2008). *Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales*. Documento de trabajo de la Carrera de Socioeconomía, Universidad de Valparaíso, Chile.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (2010). *Quieres ver, aprende a actuar. Diseño y prescripción de tareas en psicoterapia*. Editorial Teseo, Buenos Aires. Pp.: 274-277.
- Corrigan, P., Demming Lurie, B., Goldman, H., Slopen, N., Medasani, K. y Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56(5), 544-550. DOI: 10.1176/appi.ps.56.5.544
- Cottrell, D., Wright-Hughes, A., Collinson, M., Boston, P., Eisler, I., Fortune, S.,...Farrin, A. (2018). Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm: a pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 203-216. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30058-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30058-0)
- Crago, H. (1997). 'The not to be opened' letter: Family secrets, hidden knowledge and violated prohibitions. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, Vol. 18, No. 2. pp. 99-108.

- De Castro, L., Contreras, J., Gálvez, F., Pinto, E., Sáez, M., Vásquez, C. y Warnier, M. (2017). El encuentro con premisas en el escenario de la investigación clínica con familias. Recuperado de: <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/02/El-encuentro-con-premisas-en-el-escenario-de-la-investigaci%C3%B3n-cl%C3%ADnica-con-familias.pdf>
- Diekstra, R. y Garnefski, N. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (1), 36-57.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. y Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London.
- Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S., Santander, S. y Casassus, M. (2009). Conductas de riesgo, síntomas depresivos, auto y heteroagresión en una muestra de adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana de Santiago de Chile, 2007. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 47(1), 24-33. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000100004>
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., y Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156–167. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>

- Gibb, S.J., Beautrais, A.L., Fergusson, D.M. (2005). Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (1-2): 95-100.
- González, R.F. (2000). *Investigación cualitativa en Psicología. Rumbos y desafíos*. Internacional Thompson Editores, México.
- Halstead, R., Pavkov, T., Hecker, L. y Seliner, M. (2014). Family Dynamics and Self- Injury Behaviors: A Correlation Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 246-259.
- Hannen, E., & Woods, K. (2012). Narrative therapy with an adolescent who self-cuts: A case example. *Educational Psychology in Practice*, 28(2), 187–214.
- Hawton, K., Harris, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E. y Bond, A. (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: A time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*, 33, 987-996.
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A. y Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151, 821-830.
- Hawton, K., Witt, K., Taylor Salisbury ,T., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., Van Heeringen, K. Y Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12, Art. Nº: CD012013. DOI: 10.1002/14651858.CD012013
- Kissil, K. (2011). Attachment-Based Family Therapy for Adolescent Self-

Injury. *Journal of Family Psychotherapy*, 22:4, 313-327, DOI: 10.1080/08975353.2011.627801

- Leiva, H., Alamos, L., Prüssing, L. y Uriarte, A. (2008). Intento de suicidio: características clínicas y epidemiológicas. Sexta Región de Chile 2002-2004. *Anales de Pediatría*, 69 (2), 110-114. DOI: 10.1157/13124887
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Jan de Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S.... y Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49: 6, pp 667-677.
- McLeod, J. (2013). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 9(4), 382-402.
- Miner, C.L., Love, H.A. y Paik, S.E. (2016). Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: Addressing the Function and the Family From the Perspective of Systemic Family Therapies. *The American Journal of Family Therapy*, 44:4, 211-220, DOI: 10.1080/01926187.2016.1150798
- Ministerio de Salud [Minsal]. (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl>
- Ministerio de Salud [Minsal]. (2013). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Situación Actual del Suicidio Adolescente, con Perspectiva de género*. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl>

- Ministerio de Salud [Minsal]. (2013a). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación*. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl>
- Mitten, N., Preyde, M., Lewis, S., Vanderkooy, J. y Heintzman, J. (2016) The perceptions of adolescents who self-harm on stigma and care following inpatient psychiatric treatment. *Social Work in Mental Health*, 14:1, 1-21, DOI: 10.1080/15332985.2015.1080783
- Morales, G. (2008). Autocortes y adolescencia postmoderna. *De Familias y Terapias*, 16(25), 125-129.
- Muehlenkamp, J., Claes, C., Havertape, L, Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6:10. <http://www.capmh.com/content/6/1/10>
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, pp. 324–333.
- Ncube, N. (2006). The tree of life project: using narrative ideas in work with vulnerable children in Southern Africa. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2006 (1) pp.3-16.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Programa de Prevención del Suicidio [SUPRE]*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Día mundial de prevención del suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/es/>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P. y Asarnow, J.R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54 (2) , pp. 97-107.e2. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.10.009
- Ougrin, D., Asarnow, JR. (2018). The end of family therapy for self-harm, or a new beginning? *The Lancet Psychiatry*. Mar;5(3):188-189. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30043-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30043-9)
- Pfeffer, C. (1997). Suicide and suicidality. En: Wiener, J. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, 2nd Edition*. Washintong D.C., American Pssychiatry Press Inc., 727-738.
- Rober, P., Walravens, G., Versteijnen, L. (2012). In search of a tale they can live with: About loss, family secrets, and selective disclosure. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 38, No. 3, 529–541. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00237.x
- Rogers, A. & Schmidt, P. (2016). Emotion talk in the context of young people self-harming: facing the feelings in family therapy. *Journal of Family Therapy*. 38: 206–225. DOI: 10.1111/1467-6427.12115
- Salvo, L., Rioseco Stevenson, P., Salvo, S. (1998). Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*, 36 (1): 29-35.

- Salvo, L., y Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(2), 115-123. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000200005>
- Saunders, KE, Smith, KA. (2016). Interventions to prevent self-harm: what does the evidence say? *Evidence-Based Mental Health* 2016;19:69-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2016-102420>
- Scocco, P., De Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Compr Psychiat*, 49 (1): 13-21.
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R. y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 22, 33-42, 2017 doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S. y Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile*, 141 (10), 1275-1282. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000006>
- Turner, BJ., Austin, SB., Chapman, AL. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry*. 2014;59(11):576–585. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>

- Valdivia, M. (2016). *Variables asociadas a intento de suicidio en estudiantes secundarios de una comuna urbano-rural de Chile* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperada de: <http://hdl.handle.net/10481/43536>
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F. y Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica de Chile*, 143(3), 320-328. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300006>
- Vásquez, M.B. (2012). *Narrativas de los adolescentes que se auto inflingen cortes y el proceso de construcción de identidad en el contexto de sus relaciones familiares* (Tesis de Magister). Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperada de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113969/cs39-vasquezm1175.pdf?sequence=1>
- Ventura-Juncá, DR., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., Garib, MJ. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Med Chile*; 138 (3): 309-15.
- Villarroel G, Juana, Jerez C, Sonia, Montenegro M, M. Angélica, Montes A, Cristian, Igor M, Mirko, & Silva I, Hernán. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 38-45. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>

- Wright-Hughes, A., Graham, E., Farrin, A., Collinson, M., Boston, P., Eisler, I., ... y Simic, M. (2015). Self-Harm Intervention: Family Therapy (SHIFT), a study protocol for a randomised controlled trial of family therapy versus treatment as usual for young people seen after a second or subsequent episode of self-harm. *Trials*, 16(1), 1.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. Sage, USA.
- Zamorano, C., Navarro, C. y Sotta, M. (2008). Adolescentes que se autoinfligen heridas: Una propuesta explicativa. *Revista de Familias y terapias*, 16 (25), 107-123.
- Zamorano, C. & Rojas, C. (2017). Adolescent Self-cutting: An Embodiment of the Unsaid. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38, 317–328 doi: 10.1002/anzf.1240
- Zhang, W., Finy, M., Bresin, K., y Verona, E. (2015). Specific patterns of family aggression and adolescents' self-and other-directed harm: The moderating role of personality. *Journal of Family Violence*, 30(2), 161-170.
- Zhang, J., Song, J., y Wang, J. (2016). Adolescent self-harm and risk factors. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8: 287–295. DOI: 10.1111/appy.12243.

VII.- ANEXOS

Anexo 1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Premisas familiares en proceso terapéutico de una adolescente con autoagresiones: Estudio de caso en el sistema público de salud chileno”

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación **“Premisas familiares en proceso terapéutico de una adolescente con autoagresiones: Estudio de caso en el sistema público de salud chileno”**.

Su objetivo es describir las características de las premisas familiares relacionadas con autoagresiones en procesos terapéuticos de adolescentes con autoagresiones. Usted ha sido seleccionado(a) porque es parte de un proceso terapéutico que permite evaluar los aspectos a estudiar.

La investigadora responsable de este estudio es M^a Francisca Vergara Aguilar, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en ser parte del proceso terapéutico y permitir el registro de manera escrita durante éste. Para facilitar el análisis, alguna

de las sesiones puede ser grabada en audio. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

Riesgos: Esta investigación no supone ningún riesgo.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para poder ampliar el conocimiento que existe respecto a los procesos psicoterapéuticos en casos de autoagresiones.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Estos datos serán utilizados solo por la investigadora y solo en el transcurso de esta investigación.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se entregará un resumen de los resultados de ésta.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

M^a Francisca Vergara Aguilar

Teléfonos: 226124107

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio **“Premisas familiares en proceso terapéutico de una adolescente con autoagresiones: Estudio de caso en el sistema público de salud chileno”**.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

“Premisas familiares en proceso terapéutico de una adolescente con autoagresiones: Estudio de caso en el sistema público de salud chileno”

I. INFORMACIÓN

Has sido invitado(a) a participar en la investigación **“Premisas familiares en proceso terapéutico de una adolescente con autoagresiones: Estudio de caso en el sistema público de salud chileno”**.

Su objetivo es describir las características de las premisas familiares relacionadas con autoagresiones en un proceso terapéutico de adolescente con autoagresiones. Tú has sido seleccionado(a) porque eres parte de un proceso terapéutico que permite evaluar los aspectos a estudiar.

La investigadora responsable de este estudio es M^a Francisca Vergara Aguilar, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que consideres la siguiente información. Siéntete libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro:

Participación: Tu participación consistirá en ser parte del proceso terapéutico y permitir el registro de manera escrita durante éste. Para facilitar el análisis, alguna de las sesiones puede ser grabada en audio. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

Riesgos: Esta investigación no supone ningún riesgo.

Beneficios: Tú no recibirás ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, tu participación permitirá generar información para poder ampliar el conocimiento que existe respecto a los procesos psicoterapéuticos en casos de autoagresiones.

Voluntariedad: Tu padre o madre conoce esta investigación y ha autorizado tu participación. Sin embargo, sólo participarás si quieres hacerlo. Además, tendrás la libertad de contestar las preguntas que desees, como también de detener tu participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para ti.

Confidencialidad: Todas tus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, tu nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Estos datos serán utilizados solo por la investigadora y solo en el transcurso de esta investigación.

Conocimiento de los resultados: Tienes derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se entregará un resumen de los resultados de ésta.

Datos de contacto: Si requieres mayor información, o comunicarte por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puedes contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

M^a Francisca Vergara Aguilar

Teléfonos: 226124107

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto

1045, Ñuñoa, Santiago.

II. FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio **“Premisas familiares en proceso terapéutico de una adolescente con autoagresiones: Estudio de caso en el sistema público de salud chileno”**.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y he comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

Anexo 2

Sesión N°15.

Fecha: 4/7/2017

Asisten a sesión: Samanta (S), su Madre (M) y Terapeuta (T)

T: Ya, chiquillas. Entonces, hoy día yo tengo interés en que conversemos de tres aspectos en particular, ¿ya? Porque han pasado muchas cosas en este proceso, han habido momentos malos, tristes, ¿no es cierto? Han habido momentos de rabia también, mucha rabia. Ha habido momentos muy felices también.

M: Sí.

T: Ha habido de todo. Entonces, a mí me gustaría que conversáramos de varias áreas en particular. Por ejemplo, un área que creo que es muy importante de conversar es el área de la comunicación, ¿ya? Como la comunicación en la familia, por ejemplo. ¿ya? Y si pudiéramos pensar en una trayectoria, ¿ya? Como una historia, así como si uno contara un cuento de un antes, un durante y un después, por decirlo así, ¿ya?

S: El inicio, el desarrollo y el final.

T: Exacto, el inicio, el desarrollo y el final. Se nota que la señorita ha estado estudiando, está conectada con el colegio. Más o menos, pero una conexión, por lo menos. Si ustedes pueden, en sus palabras, en lo que ustedes han visto de ustedes mismas o de las personas que son parte de las personas que ustedes quieren, ¿no es cierto? Que son sus familiares, poder describir la comunicación un poquito antes de llegar acá, de empezar el proceso terapéutico, a través del proceso y quizás ahora o para el futuro, las cosas que quedan. Algo que tenga

que ver con la comunicación entre ustedes, la propia, la forma de comunicar propia, la forma de comunicar de los otros.

S: Yo no quiero empezar, que empiece ella.

M: Bueno, yo creo que es fundamental la comunicación porque uno quisiera, no sé po', a ver, con pocas palabras decir: "hija, pucha, yo te amo", y que ella comprenda que pese a cualquier situación que ella esté complicada, uno siempre va a estar con ella y que ella lo entienda así. Pero ella, en muchas ocasiones, ella se ha encerrado en su mundo y no ha querido que nadie penetre en el mundo de ella. Y uno, yo, en mi caso particular, he procurado siempre que ella sienta que yo estoy con ella y trato por todos los medios de entrar en ese abismo. porque yo encuentro que siempre ella ha estado en un abismo, y yo en muchas ocasiones he querido sacarla de ese abismo y ella no me lo ha permitido. Pero yo creo que aquí en este lugar, en este hospital, digamos, he aprendido, hemos aprendido paso a paso y nos ha costado en muchas ocasiones. A mí principalmente, porque me cuesta mucho entender que ella se encierre tanto en ese abismo. Entonces, ya, doy un paso atrás, me doy unas vueltas en la casa, me quedo tranquila un rato y después vuelvo donde ella nuevamente y trato de entrar en ese mundo de ella. Y en ocasiones, en muchas ocasiones procuro, la saco de ese abismo.

T: Ha podido entrar, parece.

M: Claro, he podido entrar. Entonces...

T: Es un abismo más accesible ahora, parece.

M: Claro, claro, porque ya sé que si le permito un momento de silencio, un momento de estar sola, ella me va a permitir entrar en su mundo. Porque así lo he

podido, a través del tiempo, de esta instancia que hemos estado acá, lo he podido aprender y ya yo, como le digo, me doy unas vueltas. Ya, si ella, de repente, toma su...

S: El karaoke.

M: El karaoke, se va a su pieza y lo pone a todo el volumen. ya, yo la dejo unas cuantas canciones y después voy nuevamente y: “ya, hija, vamos. ¿hagamos tal cosa?”, y lo he podido, lo he podido lograr. Porque antes no, porque antes era impenetrable. Pero ahora yo sé que lo puedo y la empiezo a mimar, que le empiezo a tocar las piernas, que le empiezo a hacer cosquillas y le empiezo a hablar cualquier cosa y la he logrado sacar.

T: Pero parece que hay momentos y momentos, momentos que son para eso y otros momentos que son para tomar un poquito de distancia. ¿Qué te parece a ti lo que dice tu, la señora Elizabeth, tu mamá? ¿Lo ves parecido? Esto que dice ella del abismo, de los momentos en cómo ella se aproximaba antes, que parece que siempre se aproximaba y ahora dice que parece que en este camino a veces se aproxima, a veces se aleja y eso, las dos cosas son igual de útiles, parece. Ya, ¿qué opinas tú?

S: No sé.

T: ¿O cómo has visto tú a tu mamá? Porque ella habló de cómo te veía a ti. Quizás tú, en este periodo, también la has visto a ella en esto mismo que ella cuenta, de acercarse, de alejarse, del abismo o no abismo.

S: Bueno, es que, no sé. Ay, ya. No sé qué decir.

T: No sé pu', quizás cómo te sientes con lo que dice tu mamá del abismo, por ejemplo. ¿Qué opinas de ese concepto del abismo?

S: No sé. Que no es tan así.

T: Ya...

S: Pero es como un momento de estar sola.

T: Un momento de soledad.

S: Sí.

T: Ya. ¿Pudo en algún momento ser así tan malo como un abismo para ti? ¿Como tan así, tan alejado de la gente, del cariño, de la ayuda?

S: Sí.

T: O sea, en algún momento parece que tu mamá vio bien.

S: Sí, porque a veces cerraba los ojos y sentía como que me caía, así.

T: O sea, algo había como de esa sensación de abismo que tu mamá lograba, lograba percibir.

S: Sí.

T: Y qué bonito eso, porque, en el fondo, a veces sin comunicarse con palabras, pensando en esto que yo les pregunto de la comunicación, sin comunicarse con

palabras, tú comunicabas algo, con tu lejanía quizás, con este intento de soledad, y la mamá también sin palabras percibía eso.

M: Sí, yo, con un gesto, con una mirada, con una actitud, yo me doy cuenta inmediatamente que a ella le está pasando algo. Yo le digo: “yo te di el ser y yo sé que es así, yo sé que tú estás pasando por algo”. Entonces, yo me doy cuenta y trato de animarla, trato de estimularla, de decirle que yo estoy aquí, que yo estoy para apoyarla ante cualquier situación.

T: Y este, Samanta, este abismo o soledad, entre comillas, que la mamá lo llamó abismo, tú lo llamaste más soledad, pero es como una combinación, ¿tiene, entonces, algún aspecto positivo para ti?

S: Sí.

T: ¿De qué manera tiene un aspecto positivo?

S: Como de relajo siempre.

T: De relajo, ya, como de calma, de empezar a calmarte.

S: Sí.

T: Usted ve también que esa soledad a veces, no siempre, obviamente que hay momentos y momentos, pero ¿podría tener algún aspecto positivo también?

M: Claro, porque ella, de repente, en momentos como de rabia, como de frustración, ella se aísla.

T: Claro.

M: Por eso, como le digo, yo permito que ella esté un rato en ese abismo, en esa instancia de que ella requiere esa soledad, como para tomar fuerza y salir a flote. Y yo la saco, la saco de ese abismo con cualquier situación, que el perro, que “vamos adonde tu tía”, que “vamos a comprar”, que “hagamos esto, hagamos esto otro”, y yo logro sacarla.

T: A mí me gusta igual esa combinación de que hay momentos para sacar del abismo o de la soledad, pero hay momentos también para permitir la soledad, ¿ya? Yo creo que es importante y eso ha sido importante para Samanta para sentirse también ella más capaz de contener, de pensar, de reflexionar sobre sí misma. Yo creo que la combinación de la compañía, pero también la combinación de tiempo para poder pensarse a sí misma ha generado esta doble comunicación, de cierta manera, ¿ya? ¿Hay alguna persona en la familia que también se comunique parecido? En el fondo, con gestos, no necesariamente con palabras, ¿o hay algo especial de los otros miembros de la familia también que podría verse reflejado en esto?

M: No, yo creo que no, que yo soy... No sé, no sé si seré demasiado, podría ser vanidosa, a lo mejor, pero yo creo que es la única que ha logrado captar todas esas situaciones, de verdad. Porque yo puedo salir un momento y vuelvo y me he dado cuenta que ella ha hecho algo negativo hacia su persona. Y nadie más, porque mi esposo, él está en su mundo, mi hijo viene. Entonces, yo considero que soy la única.

T: Y cuando a usted, por ejemplo, cuando a usted le pasa algo, cuando usted quiere comunicar algo, ¿le ha pasado como a la Samanta que ha necesitado usted

también estar sola de momento? ¿Ha tenido esos momentos de soledad para usted también? Como...

M: No.

T: Cuando le pasa algo, cuando siente algo en particular, ¿cómo lo comunica?

M: No, yo, yo lloro, yo lloro mucho. Pero lo hago a escondidas igual. O de repente, la Samanta me ve y me dice: “ya, mamá, ya, si ya va a pasar”. Y yo respiro profundo y digo: “ya, hasta aquí no más”. Pero procuro sí, cuando estoy sola, cuando nadie me vea a mi alrededor, o sea, cuando nadie esté cerca de mí, procuro llorar, pensar todo lo que me está sucediendo. Y ya, digo: “ya basta”. Pero eso me ayuda a mí también a salir a flote, en el desahogarme de alguna manera.

T: Claro. También tiene sus pausas...

M: Claro.

T: ...llanto. Claro, la Samanta tiene su pausa en la soledad, usted tiene su pausa en el llanto, que el llanto a veces también es sola, como que ahí se parece un poquito a esa pausa, como a necesitar un momento para uno mismo. Y en esto mismo de la comunicación, Samanta, ¿tú crees que hay algo en tu casa que sea particularmente difícil de hablar? Que no se pueda decir porque: “esto es como una cuestión que no se puede decir en la casa”, o en la familia. ¿Qué crees tú? Hay algún tema o alguna situación, algo que sea como esta es el área secreta, por decirlo así, más complicada.

S: Lo de mi abuelo.

T: Lo de tu abuelo, ya, eso es como --

S: Es que mi hermano no lo sabe, entonces tenemos que hablar...

T: Ya.

M: Es que nosotros, por el hecho de no provocar más problemas en la familia --

T: Complicaciones, claro.

M: Entonces, a él lo hemos mantenido como al margen.

T: Ya. Sí, porque él ha estado también delicado de salud.

M: Claro.

T: En ese sentido.

M: Entonces no queremos dañarlo más.

T: Y en general, les ha pasado con otro tipo de cosas, otras situaciones en que también, como que "mejor se guarda el secreto por aquí", o entre estos dos miembros de la familia, los otros mejor que no sepan. ¿Les pasa eso también con otros temas a veces?

S: Sí. No sé.

M: Sí.

T: ¿Sí? ¿Les ha pasado?

M: Sí. No es que... O sea, temas, de repente, con mi esposo...

T: ¿Ya?

M: Hay cosas que en este minuto tratamos de mantener en secreto.

T: Ya, como cosas de pareja, por decirlo así.

M: Sí, otros problemas igual.

T: Ya.

M: Entonces tratamos de que, ellos tampoco involucrarlos en eso.

T: Claro, y me imagino que la Samanta también tiene sus cosas propias que tampoco le anda contando a todos.

S: Yo no tengo nada, yo. Yo soy libre no más.

T: Ella.

S: Yo soy pájaro.

T: Claro, es parte de la adolescencia, ¿no es cierto? Y que me parece muy bueno que seas libre. Y también me imagino que tienes cosas de adolescente que son tuyas propias. Uno no le anda contando todo a los papás cuando es adolescente, ¿no es cierto? ¿Todo lo que piensa y todo lo que siente?

S: Ah, bueno, eso no.

T: Claro.

S: ¡Claro que no!

T: Hay temas y temas, ¿cierto?

M: Sí.

T: Ahora, ustedes si ven algo de antes y algo de ahora de la comunicación, en relación al proceso, ¿han visto algo en particular que se haya modificado, que hayan podido comunicar distinto? No sé po', alguna cosa que noten un poquito distinta en relación a la comunicación.

M: No po', ahora la Samanta igual trata de comunicar un poco más lo que ella siente. Antes no, porque antes era su mundo y nadie podía penetrar en ese mundo. Pero ahora ella trata de hablar un poco más de lo que le está pasando y no solamente conmigo, sino que lo habla con sus tías, que igual le dan mucha confianza y la estimulan a que hable para que así ella se sienta más aliviada, en realidad.

T: Oye, ¿y resulta eso, Samanta? ¿O es creencia de tus tías, no más? Eso de que cuando uno habla un poquito, no todo todo, pero conversa un poco más, comunica un poco más...

S: Sí.

T: ¿Sí? Como que se va sintiendo más acogida, más acompañada.

S: Sí.

T: Te has sentido más comprendida.

S: O sea, es que igual como que, no sé, por ejemplo, el sábado salimos. Fuimos donde mi tía Rosa* porque estaba de cumpleaños una prima.

T: ¿Ya?

S: Y fue como, o sea, es que, no es que no quisiera estar ahí, es que no me sentía parte de eso. Me sentía fuera de eso.

M: Se aísla y ahí uno tiene que estar, yo le decía: “¿la pasa algo, hija?”.

T: ¿Qué es lo que pasaba que no te sentías parte? ¿Algo en particular era o era como que no compartes tanto con esas personas? Que no hay tanta confianza quizás como hay, por ejemplo, con tu papá, con tu mamá, no sé.

S: No, no sé, en realidad. Pero como...

T: Era un poco raro, como, buena onda esta ahí, pero no como para compartir así mucho, contar de todo.

S: No.

T: Ya. Y usted, ¿qué cree? ¿Por qué será que antes la Samanta necesitaba... Porque, si bien ahora, en el fondo, todos los adolescentes necesitan un espacio

para ellos, ¿ya? Eso es súper habitual de la adolescencia, ¿no es cierto? Como de encontrar un espacio para uno mismo porque uno mismo también está pensándose, como empezar a adquirir su propia personalidad, las cosas que le gustan, ¿no es cierto? Las que no. ¿Por qué cree usted que antes la Samanta había cosas que no podía decir?

M: Por no lastimar, por no provocar más problemas. Pero ella ha aprendido, ha aprendido gracias a usted, en el fondo, que ella tiene que conversar lo que le molesta o lo que le duele o lo que le está lastimado a ella, entonces tiene que expresarlo de alguna manera. Entonces, yo creo que ha aprendido de alguna forma a expresar lo que ella siente. Quizás no 100 %, porque yo creo que nadie lo hace 100 %.

T: Claro, y tampoco es sano mostrar todo todo lo que uno siente. Nadie anda por el mundo: “oye, ¡yo me ando sintiendo súper mal por si acaso! ¡Que todos sepan, me siento muy mal!”. Claro, hay un límite, ¿no es cierto? De eso. En la caricatura, hice la caricatura, pero nadie muestra todo el tiempo lo que siente, pero, por lo menos, mostrarlo y que no sea castigado. A veces las personas dicen, ven a alguien llorando, “no, no, no llore, no llore”, no sé qué. Y es como, oye, pero hay que tener un espacio para llorar también, ¿no es cierto? Así como usted dice: “voy a llorar a escondidas”. Bueno, sí, puede llorar a escondidas si le es cómodo. También puede llorar acompañada si la Samanta quiere o la Samanta puede llorar con usted. Así como uno comparte la alegría, ¿no es cierto? Cuando está con otras personas que quiere, también uno puede compartir la rabia. O sea, la rabia en sí misma no es mala, ¿ya? Y eso como que yo quiero, algo que quede dando vueltas, ¿no es cierto? Que es un poco algo que hemos ido conversando en otros momentos. Es súper comprensible que usted haya tenido rabia después de las cosas que han ido pasando en la historia familiar, en las situaciones que han vivido. Es supernormal que la Samanta haya y tenga mucha rabia, con algunas

cosas, en algunas situaciones. Es poder expresar esa rabia de una manera que no nos haga daño a nosotros mismos, ¿ya? Tener un espacio para y ese espacio es difícil de crear a veces, porque la rabia no es algo muy aceptado. La gente la mira así como: “anda rabiosa, ¡uy! Anda con la regla”, para mujeres, “anda con la regla”. Hay una serie de prejuicios en relación a la rabia, sobre todo para las mujeres. A veces las mujeres no tenemos la posibilidad de decir que estamos enrabiadas porque al tiro: “no, andai con la regla. No, no se qué”.

M: “Andai en tus días”.

T: “Le falta”, “andai en tus días”, “te falta tu marido”...

M: Claro.

T: “Te falta pololo”, así, ¿no es cierto? Y no, como que en el fondo --

S: ¡Lo que no me falta a mí!*

T: Pero nos caricaturizan, en el fondo, sin permitirnos... A veces un hombre si echa un garabato o no sé qué, “bueno, es hombre”, ¿no es cierto? Y las mujeres, bueno, nosotras podemos tener rabia también. Y permitirnos la rabia, no como algo horrible, “¡No! Que se me pase la rabia”. Bueno, tener un espacio, que no sea una rabia desbordada que rompa toda la casa, pero que se pueda tener rabia, que se pueda poner en un dibujo, en una poesía, que se pueda conversar a veces, que se pueda, no sé, gritar si hay que cantarla o gritarla, pero eventualmente que no se vuelva en contra de nosotros, ¿no es cierto? Y ahí quiero pasar a otro tema, porque fuimos avanzando de la comunicación a la expresión de las emociones más, ¿no es cierto? Primero era comunicar, como de qué digo, qué no digo, un espacio para mí sola, las cosas que no digo porque uno no lo dice todo, pero

llegamos a la parte de la expresión emocional básicamente y cómo regular esa expresión. Parece que a veces nos cuesta más regularnos y no regulamos muy bien los afectos y se nos salen. Se nos salen en una crisis de rabia, en golpes, por ejemplo, como les pasaba a ustedes, en violencia, en palabras malas, negativas, en violencia física. ¿Qué piensan de esa regulación emocional? Como esa parte de regular los afectos, las emociones. ¿Cómo ven antes a ustedes mismas? O cómo ven a la familia, respecto a cómo ha ido pasando el tiempo, ¿o qué esperan para el futuro también en esa área?

M: Eh...

S: Eh...

T: Es que es difícil porque es ponerse igual en algo que es muy abstracto, que es como, en el fondo, la expresión de las emociones. A mí me da la sensación de que, yo, si ustedes me preguntan a mí, yo podría poner un primer momento cuando yo las conocí que era muy caótico.

M: Demasiado.

T: Como que había mucha expresión de emociones, pero, en el fondo, la rabia que es súper comprensible o el enojo estaba súper desbordado. Y en el fondo, para poder tener una diferencia con alguien, la única manera de comunicar esa diferencia, de expresarla, era la violencia. No había otra alternativa, como: "ah, tengo una diferencia con este", y pum, violencia. No había como un punto medio, como decir: "tengo una diferencia contigo, de esto no estoy de acuerdo, de esto sí estoy de acuerdo", o "ya, me amurro y me quedo solo ya", o etc. ¿Me entienden? Como que, no sé piensan ustedes, cómo lo ven.

M: Conversar, no, yo creo que conversar, yo creo que es la clave y buscar alternativas, buscar alternativas. Ya, si tengo rabia, ya: "Samanta"... Yo a ella le digo: "cuenta hasta 10. Si es necesario, cuenta hasta 20". Si es necesario.

T: Y ahí siguió contando la Samanta.

S: Sí po'.

M: Pero no, si igual uno... Yo trato, cuando ella se pone demasiado violenta, yo también respiro. Me doy mi tiempo y vuelvo nuevamente como al ataque, por así decirlo, a conversarlo.

T: Y cuando a usted le pasa, cuando usted se desregula, por ejemplo, como que se le pasa la mano o empieza también con la violencia usted, en el fondo, hacia otros, hacia su marido, hacia Samanta, etcétera, no sé...

M: Yo, yo ahora...

T: O en ese momento, ¿siente algo? ¿Al principio sentía una cosa y ahora siente otra? ¿O trata, no sé?

M: No, trato mucho de, de calmarme, respirar igual y ahora he dicho: "debo cerrar la boca". Trato así como de, ya cuando me siento demasiado con rabia, digo: "no". Digo: "señor, por favor, cierra mi boca". Porque no quiero, no quiero lastimar y no quiero lastimarme más yo.

T: ¿Y antes cómo era? Si usted lo compara un poquito con antes.

M: No, antes yo decía todo lo que tenía que decir y hasta, de repente, con violencia.

T: ¿Física, en el fondo?

M: Física. Entonces, ahora, este último tiempo, le pido a dios, porque yo soy muy creyente, le pido a dios que cierre mi boca y que me dé la fuerza para tratar de calmarme y buscar otros medios. Entonces creo que lo he logrado. Ayer me desbordé un poquito porque igual se portó un poco mal ella...

T: Hay momentos y momentos, ¿no es cierto?

M: Por eso. Pero, como le digo, ya uno --

T: Pero está el esfuerzo, en el fondo. Está el esfuerzo.

M: Está el esfuerzo.

T: Antes como que no pasaba por el pensamiento. De ahí yo siento que pasa por racionalizarlo, por pensarlo. Tú, Samanta, ¿qué piensas? ¿Cómo te veías antes? ¿Regulando alguna emoción? ¿Se te salían las emociones? ¿Se te escapan todavía? ¿Las andai persiguiendo?

S: ¡Sí!

T: Hasta qué punto, ¿hay un antes y un después, un poco, aunque sea? ¿O hay una meta más a futuro? ¿Cómo lo ves tú? Tu mamá dice que ella piensa en esto de pensar las cosas y cerrar la boca un poco, no sé qué. Quizás para ti es un poco diferente, no sé.

S: Yo digo: "lo mando todo a la mierda", y pongo música a todo volumen. Eso.

T: Esa es tu manera de regular.

S: Sí. Empiezo a cantar, con gritos.

T: Ya, como que te hai empezado... Tu mamá es como a través del silencio y tú eres a través como de la música. Me da la sensación como de que está ahí como, ya, muda muda y también que da un tiempo para pensar, ¿no es cierto? Tú era como conectarte con la música y desconectarte de eso otro...

S: Sí.

T: De lo que estai sintiendo. Ya. Antes, ¿cómo era?

S: Casi igual.

T: Cuando llegaba una emoción muy fuerte.

S: Casi igual.

T: Sí, pero habían otras cosas que pasaban también. Cuando llegaba una emoción demasiado fuerte, ¿qué pasaba antes?

S: No me podía controlar.

T: No la podías controlar, ¿y qué terminabas haciendo, por ejemplo, para descargar esa emoción?

S: No sé, haberme cortado, tomado pastillas para...

T: Por ejemplo. Y yo, un poco hemos ido como conversando, ¿no es cierto? Vas a volver a sentirte enrabiada o como: “¡Oh! Esto me superó”, porque es normal en la vida sentir eso.

S: Sí.

T: Imagínate, tu mamá es bastante más grande que tú, es tu mamá, mal que mal, es abuela, y también tiene sus momentos en que no logra mantener el control, dice: “¡Ay! Esto se me va a escapar”. Cada una, tú te conectas a la música, ella se conecta a su propio silencio, ¿no es cierto? Pero no es algo que te va a dejar de pasar, a eso voy. Y yo tampoco lo miraría como malo, porque a veces uno, lo mismo que hablábamos de la rabia antes. Uno mira el momento de descontento con algo o de frustración con algo, ¿cierto? Una emoción que nos invade como que fuera negativo porque siempre uno tiene que sentirse bien. ¡Y es muy falso eso! ¿No es cierto?

M: Sí, nadie lo hace.

T: ¡Es muy falso! Va a haber situaciones que nos descontrolen, va a haber situaciones que nos superen, que nos den ganas de mandar a todos a la punta del cerro y decir no sé qué y pegarle a alguien y cortarme de nuevo y tomarme pastillas, o sea, ganas de cosas que me hacen --

M: Nos dañan.

T: Que nos dañan. Entonces, las ganas de descargar eso tienen todo el derecho a tenerlas, ¿ya? En el fondo, no se sientan mal porque en un momento se descontrolan, entre comillas.

M: Pero sí hay que aprender a tener el control.

T: Exacto, exacto, ir aprendiendo a llegar a ese lugar, a acercarte a la música, por ejemplo, tú te has acercado más también a lo reflexivo. Primero, evitar un poco, en el momento correcto, uno no puede pensar, a veces. Entonces solo el silencio y la música, conectarte con otra cosa, y quizás después sí lo vas a poder pensar, ¿no es cierto? Quizás sí después usted va a encontrar otra palabra y no ese insulto que pensó en ese momento, que era lo que nacía. Quizá en un tiempo después o al otro día va a decir: “mira, en realidad, sí, era como para ver el puro insulto desde lo que sentí, pero quizás lo puedo decir así, así y así”, o “sabes que sentí tanta rabia en ese momento y ahora no lo encuentro tan importante”. Quizás ahí quedó. Hay conflictos y conflictos, a veces son tonteras, entre comillas, o una cuestión muy pasajera, pero a veces esas cosas que nos descontrolan son cosas muy importantes para nosotros. A veces eso que nos descontrola es porque de verdad nos sentimos muy pasadas a llevar por alguien que queremos y que queremos profundamente, y eso duele muchísimo y a veces eso no se puede enfrentar ni al día siguiente ni a los dos días ni al mes. Queda ahí todavía y vuelve a aparecer ante un conflicto: “¡Ah! ¡El descontrol! ¡Qué rabia! ¡Qué pena!”, todo, porque cómo es posible que alguien, una persona o alguien que significa tanto para mí...

M: Nos dañe.

T: ...me esté contrariando tanto, ¿ya? Quizás esa persona no lo hace a propósito, hay muchas posibilidades. Pero lo que nos está haciendo mal, nos está haciendo

mal. No hay que desconocer eso. Eso puede volver a pasar, puede seguir pasando en las relaciones que tienen ahora, en futuras relaciones, etc. Pero poder tomarlo y dejarlo en algún lugar, ¿ya? Han tenido, han visto herramientas, han pensado en tomar distancia, tener tiempo, conectarse con la música, volver a pensarlo. Pero no quiero que se sientan mal por sentirse mal, eso es lo que quiero transmitir. Porque hay gente que se vuelve a sentir mal y dice: “¡Pucha! Todo lo que viví y ahora me vuelvo a sentir mal”. Oye, si está bien sentirse mal, aceptar eso, ¿ya? Pero que --

S: La vida no es un cuento de hadas.

T: Exacto, no es un cuento de hadas, ¿no es cierto? Yo creo que las dos lo han aprendido muy tempranamente ustedes en su propia historia familiar, en sus propias dificultades, tú en tu propia vida, en tus propias dificultades desde temprana edad, en el fondo, siendo adolescente, ¿no es cierto? Siendo niña y eso no tiene algo negativo per se, sino que es... Que no se vuelva contra nosotros, que se vuelva un aprendizaje para decir “ya, la próxima vez me va a volver a pasar, me va a volver a venir esa sensación horrible, pero voy a decir ya, no va a terminar en un combo”, ¿no es cierto? Porque a veces puede terminar en un combo y al final ustedes se han dado cuenta cómo el combo nos vuelve a la violencia y nos vuelve, como que nunca termina, nunca termina. Y el parar a veces, nos tenemos que aguantar en ese momento, no es anular ese pensamiento o ese sentimiento, ¿ya? Quizás ese no es el momento para poder pensarlo. Como le pasó a la Samanta, que hubo muchos momentos de cortes, de intoxicaciones con medicamentos, no era el momento para poder hablar de lo que había vivido. No era el momento, no estaba preparada todavía. Quizá ella sentía que no estaba su mamá preparada para escuchar eso, algo duro, etc., o la familia, para enfrentarlo. No fue el momento y después hubo otro momento para hablar, para decir la verdad, etc. Y de a poco han habido otros momentos para decir otras

cosas, ¿ya? Nadie dice que esas sensaciones de pena, de tristeza que han vivido, no van a volver. Van a volver a aparecer, pero van a tener otra mirada para poder enfrentarlas, de cierta manera. ¿Ya? Es como una mirada nueva de algo que ya es conocido, que no se nos desborde, que no se nos escape por los poros, por decirlo así. Yo también veo esa trayectoria en ustedes, hay un camino. Ahora, el camino no se termina acá. El camino sigue porque quizás ahora no van a estar todas las semanas en terapia, pero ya tienen ciertas herramientas para manejar eso y verlo distinto la próxima vez, ¿no es cierto?

M: Sí.

T: Otra cosa que yo creo que es importante y que no hemos hablado tanto es lo que tiene que ver con relación al cuerpo, ¿ya? Yo creo que parte de las cosas que tienen que ver con el cuerpo fue lo que permitió que Samanta estuviera acá y que nosotros nos conociéramos y que tuviéramos este proceso de pensar estas cosas en conjunto, ¿ya? Si el cuerpo de la Samanta no hubiera hablado, a través de, primero, adelgazar, tener estas conductas que tenían que ver con la restricción de los alimentos, ¿no es cierto? Si no hubieran aparecido los cortes, las heridas, hay cosas que no hubieran podido ser destapadas. A veces uno ve eso como algo negativo, ¿no es cierto? Porque, pucha, se cortó, pucha, comía menos, adelgazó en ese tiempo. Pero fue el cuerpo un poco el que habló...

M: Para decir lo que le estaba pasando.

T: ...y permitió abrir lo que estaba pasando, ¿ya? A mí me gustaría ver, nosotros hemos hablado un poquito con la Samanta respecto al cuerpo, con usted no tan directamente, con ella, sí, ¿no es cierto? A cómo se considera ella, las cosas con las que se identifica, ¿no es cierto? No sé si hay una relación particular en la familia o de usted, por ejemplo, con el cuerpo, con la manera de cuidarlo, con la

forma en cómo expresar cosas a través del cuerpo, cómo uno debería, ver cómo debería verse el cuerpo. Hay muchos prejuicios en nuestra sociedad de cómo tiene que verse el cuerpo de una mujer...

M: Sí.

T: ¿No es cierto?

M: Demasiado.

T: Demasiado.

M: Tiene que ser demasiado, o sea, como súper esbelta para verse bien para los demás, porque ni siquiera para uno. Uno tiene que hacer cosas para los demás...

T: Claro.

M: ...porque vivimos en una sociedad demasiado prejuiciosa.

T: Exacto, vivimos en una sociedad muy prejuiciosa. ¿Qué opinas tú, Samanta, como de ese tema? ¿También como tu mamá?

S: También, sí.

T: ¿Tú crees que tu generación, por ejemplo, hay algo especial con eso del cuerpo igual?

S: Es que a nosotros no nos importa qué piensen de nosotros.

T: Como que ha ido cambiando un poco eso.

S: Sí.

T: Antes era como la señorita con la faldita, con no sé qué, con los aritos...

M: Sí.

T: ...y como que parece que el cuerpo ahora tiene otros usos.

S: Bueno, a mí igual me parece mal, o sea, es como un prejuicio igual...

T: Ya.

S: ...que, por ejemplo, algunas niñas ocupen pantalones hasta aquí, no sé, que muestren mucho su cuerpo, no sé.

T: Ya, eso no te gusta.

S: A mí me parece mal porque son niñas po'...

T: Ya.

S: ...y hay niñas pequeñas que andan ocupando cosas que no son para ellas.

T: Claro. Como que también hay un límite, como que demasiado mostrar el cuerpo tampoco sería como lo bueno.

S: Sí.

T: Y para ustedes en la familia, ¿hay alguna relación particular con el cuerpo? Por ejemplo, que el cuerpo tiene que verse de alguna forma, que el cuerpo muestra cosas, dice cosas. Porque en el fondo, un primer momento, lo que llamó la atención hartó de Samanta no era, no se sabía mucho, pero lo primero que llamó la atención lo quiso consultar al principio, ni siquiera acá, al COSAM, por ejemplo, fue el cuerpo.

M: Claro, porque ella empezó a, bueno, lo primero que empezó con unos pequeños cortes, después empezó a no querer comer, a vomitar lo que ingería. Entonces eso fue preocupante para mí.

T: Claro, como que el cuerpo habló.

M: Algo así.

T: Samanta, ¿y tú ves en tu familia como alguna relación especial con el cuerpo? Que alguien hable de eso, que tenga algún prejuicio o que, como que, no cuide su cuerpo o sí lo cuide, o la imagen.

S: La mayoría de mis tías se cuidan bien su imagen, les gusta ser limpias.

M: Vestirse* bien.

T: ¿Y algo como en relación a la delgadez, por ejemplo? O cuán gordito hay que ser, cuán flaquita hay que ser, si es distinto para el hombre o para la mujer.

M: No.

S: No, de hecho, la mayoría son como gruesos.

M: Sí, son como --

T: Como que hay que ser más gruesecito.

M: En realidad --

T: O sea, pero no demasiado flaca.

M: Claro.

T: Como que no estaría muy bien.

M: Cuidarse, pero hasta por ahí no más.

T: Ya.

M: También darse sus gustos.

T: A mí me da la impresión, no sé si estoy en lo correcto, pero en un momento lo hablamos con Samanta, que parece que en la familia de ustedes ser demasiado flaco es como: "¡Oh! ¿Estará enfermo?". Como que es una relación como de la demasiada delgadez...

M: Sí.

T: ...como con enfermedad.

M: Sí, porque yo cuando estuve más, cuando yo estuve delgada, porque cuando yo llegué acá estuve súper delgada y todos a mí me decían que yo estaba enferma...

T: En la casa.

M: ...que qué pasaba. Bueno, ahí a nivel...

T: Familiar.

M: ...social.

T: También, ya.

M: Todo el mundo va a decir: “¿Qué te pasa? ¿Estai enferma?”. Yo lo primero que me decían, cuando me decían: “¿Qué te pasa?”, yo decía: “No estoy enferma”. De verdad, porque era...

T: O sea, era insistente.

M: ...era demasiado, demasiado preocupante, por parte de la gente, pensar que la delgadez es un signo de enfermedad. A lo mejor, quizá sí, una enfermedad mental, que eso también no me permitía alimentarme bien, el tanto pensar en lo que no estaba pasando, pero físicamente yo no me sentía mal. O sea, mentalmente, claro, estaba un poco dañada por todo lo que estábamos pasando, pero, como le digo, físicamente no y realmente, de repente, la gente, uno está muy gorda, “Ay, ¿qué te pasa que estai tan gorda?”, o está muy delgada, “Oye, ¿qué te pasa que estai tan delgada?”.

T: ¿Y pasa lo mismo con el papá, con el hermano, con los hombres?

M: Sí pasa...

T: ¿O es más con las mujeres que andan preguntando que no sé qué? Que si...
Ah, es con los dos.

M: Sí.

T: Como si adelgazan mucho, tampoco es sano.

M: Sí.

T: O sea, es una cuestión de la familia. Hay que estar con sus trutros, buenos trutros. Hay que estar bien alimentada, por así decirlo. ¿Y de dónde creen ustedes que vendrá eso? Como de la familia más, ¿de los abuelos? ¿Como tradición familiar? Porque no todas las familias --

M: Sí.

T: ¿Sí?

M: Sí. Es que todos en mi familia son como un poquito gruesos, o sea, son grandes y fortachones.

S: Sí, igual es...

T: Es como símbolo de fuerza también.

S: ...igual que en la familia de mi papá, todos son gruesos.

T: Gruesecitos, ya. Oye, y, por ejemplo, tú, Samanta, en relación, si uno hace una trayectoria de cuando empezaste el proceso terapéutico, por ejemplo, en el COSAM, después acá y ahora, en el fondo, en relación con tu propio cuerpo, ¿puedes hacer como una trayectoria, como algo que has pensado, que has sentido o que has manifestado con tu cuerpo distinto? O de la imagen corporal.

S: No sé. No, no sé.

M: Pero cómo eras a cómo estás ahora, o cómo ha ido evolucionando...

T: Claro, o algo que mostrabas con el cuerpo que ya no tuviste que mostrar con el cuerpo, o algo que te decía el resto de tu cuerpo, algo que tú veías de tu cuerpo, alguna, como, concepto. No sé po', algo que hayas sentido, algún prejuicio, algo que hayas vivido tú...

S: Gorda, gorda, gorda.

T: ¿Antes? ¿Sí?

S: Sí, y todavía, todavía, todavía.

T: Todavía hay algunas ideas de eso, como de que deberías adelgazar.

S: Sí.

T: ¿Y eso viene más de ti? ¿Viene más de afuera?

S: No, de mí.

T: Viene de ti. Ya, todavía hay como unas dudas respecto a cómo tiene que ser la imagen, el cuerpo...

S: Sí.

T: ...ya. Pero, por ejemplo, en relación a las autoagresiones o al ingerir pastillas, que tiene que ver con el cuerpo también, ¿qué piensas tú de eso? En relación a antes o en relación a ahora, como que, ¿ha habido algún proceso en relación a eso?

S: Sí. Como antes más, ahora menos.

T: Claro, como que ha habido un cambio en eso.

S: Sí.

T: Ya, ¿y será por algo en especial? ¿Hay algo en el cuerpo que haya pasado? ¿Hay algo en otro, en otra parte de ti o algo que haya salido por otra parte? Como que, ¿cómo ha sido ese proceso de cambio? ¿Por qué antes más y ahora menos, o antes mucho más y ahora menos?

S: Las cosas que han pasado, yo creo.

T: Las cosas que has ido viviendo.

S: Sí.

T: Como que, de cierta manera, me da la impresión a mí que el cuerpo, en ese sentido, ha sido una herramienta también para comunicar, ¿no es cierto? Como usted cuando también estuvo mal, de cierta manera sin quererlo, pero también adelgazó, también pudo mostrar a través del cuerpo, sin querer hacerlo voluntariamente en el fondo, pero se fue notando a través del cuerpo que algo estaba pasando, que había una conexión con eso. Y en el caso de Samanta también hubo momentos en que el cuerpo fue la única herramienta para sacar, para sacar lo que estaba pasando, para decir, ¿no es cierto?

M: Para liberar un poquito toda esa rabia, toda esa impotencia...

T: Las cosas que estaban.

M: ...esa cosa negativa que estaba dentro de ella.

T: Por ejemplo, tú me habías contado hace tiempo, ¿no es cierto? Cuando, en relación a los cortes, por ejemplo, que tú te cortabas y sentías mucho alivio, como que era grande, que era como contener, contener, contener y cortar, y como que se reventara un globo, una cosa así.

S: Sí.

T: Ya, no sé si lo puedes decir en tus palabras, como para acordarme bien, porque no me acuerdo cómo me lo decías. No sé si hay un ejemplo o algo que puedas como --

S: No, ese era más o menos el ejemplo, el del globo.

T: ¿Sí?

S: Como que se infla, se infla, se infla, hasta que explota.

T: Hasta que explota, ya. Y cuando explota, ¿es como bien? ¿Mal? ¿Calma? ¿Rabia? ¿Angustia? ¿Qué cosa?

S: Se va todo.

T: ¿Se va todo? Como que hay vacío.

S: Sí, sí. O sea, no sé.

T: ¿Y ha cambiado eso un poco ahora con las autoagresiones? Por ejemplo, cuando llegas al punto de hacerte daño en relación a algo, ¿sientes esa explosión del globo también o hay cosas que se sienten diferente ahora?

S: No, igual un poco lo del globo.

T: ¿Parecido a lo del globo?

S: Sí, igual.

T: ¿Y hay otras maneras de sacar eso? ¿Como de explotar un globo que no sea el corte, en el fondo?

S: Aquí está.

M: Escribiendo.

S: Ese lo hice ayer.

T: ¿A ver? ¿Quieres que lo lea yo?

S: Sí, pero no en voz alta.

T: ¿No en voz alta? Ah, ya.

S: Aunque ya lo leyó mi mamá, así que...

T: ¿No lo puedo leer en voz alta? Pero si lo compartimos con tu mamá y no sale de aquí, ¿no?

S: Ya.

T: ¿Está bien?

S: Ya.

T: ¿Sí? Ya. "Alone*. Un día más en el que tengo que sonreír como si nada. Tengo que salir de este abismo...", estaba el abismo, ¿ve? No era tan mentira. "...en el que me encuentro metida. Por la chucha, ya no entiendo esta weá. Esto de cada mañana querer salir corriendo como si nada. Pero creo que eso nadie lo entiende, nadie lo siente. Tengo una tormenta aquí en mi pecho y mis sentimientos ya están..."

S: "Muertos".

T: "Muertos".

S: Muerto, muerto.

T: “Muerto. No puedo resistir tanta maldad, eso que ni siquiera sonrío de verdad. Na puedo más”...

S: “No puedo más”.

T: Ah, “no puedo más, como si una volca...

S: Un volcán.

T: ...volcán explotara en mi tempestad. Cómo si mis sentimientos ya no están de verdad”. ¿Es una pregunta? Ah, ¿es una canción?

S: Sí.

T: Ya. “Coro: Perdón, mamá y papá. Solo quiero estar sola de una vez ya. Aunque trate, no lo entienden. Soy solo una flor marchita por siempre, sola y para siempre”.

S: “Sola y para siempre”.

T: ¿Hasta acá, no más?

S: No, lo de atrás igual.

T: Ah, es que es el coro. “El colegio es mi perdición. Dicen que voy bien, aunque no ven lo de adentro. Psicólogos y psiquiatras dicen que estoy mejor, pero

¿sabes? Nunca me he sentido tan peor. Mi ansiedad por las noches, mi cuerpo la desconoce, pues la anorexia me consumía y ahora una ballena me...”

S: “Convertiría”.

T: “Convertiría. No puedo más. Una pregunta y una respuesta. Siento que debo estar alerta por si un paco me trae muerta”. ¿Y por qué te ríes?

S: Porque no sé...

T: Como que era lo que rimaba, parece.

S: ¡Sí! Parece.

T: “Sonrío como si nada, como si el viento se llevara el huracán. Lo siento, mamá. Sé que he sido tonta de verdad porque nada puedo solucionar, porque no hay nada que solucionar ya. No soy perfecta ni nací para serlo. Lo siento si les fallé. Sé que estarán mejor cuando ya no esté”. Oye, ¿qué querías comunicar en el fondo con esta canción? No tiene música todavía, ¿o tiene?

S: Sí tiene, pero...

T: ¿Ah?

S: Es un rap.

T: Es un rap, ya. Ah, ¿la mamá la conocía también?

S: Sí.

M: Sí.

T: Ya. Qué, así si uno podría hacer un resumen, la letra dice harto, ¿no es cierto? Hay harto contenido y hay una mezcla, no sé si me permites interpretarlo...

S: Sí, sí.

T: Una mezcla como de pasado, presente y futuro, como que no es todo el tiempo presente, me da la sensación.

S: Sí.

T: Ya, ¿me puedes explicar un poquito más? ¿Como un resumen, entre comillas?

S: No, no sé.

T: Como que la canción lo dice todo, dices tú.

S: Sí.

T: Y hay cosas en las que, bueno, hay cosas súper textuales. Hay cosas, crees tú, que todavía no son suficientes, por decirlo así, ¿no es cierto?

S: Mmm.

T: Ya. Y es un poco lo que hablábamos recién, ¿no es cierto? Cuando nosotros cerramos este proceso en este momento, no lo cerramos porque creemos que: "¡Oh! Está todo perfecto", ¿no? "Todos felices para la casa", ¿no es cierto? Lo

cerramos porque hablar todas las semanas de lo que sentimos y, en el fondo, también es súper agotador y también porque ha habido pasos que se han ido cumpliendo de a poquito, ¿no es cierto? Ahora sigue abierto el camino para seguir la terapia porque todavía hay cosas que solucionar, ¿cierto? Todavía hay muchas cosas que cicatrizar, por decirlo así.

M: Claro, yo pienso que mientras no cicatrice una parte importante de ella, no va a salir a flote, no va a salir completamente...

T: Como todo lo hermoso de Samanta que conocemos, que brille completamente, ¿no es cierto? Ahora, yo la veo mucho más brillante que en otro momento, ¿no es cierto?

M: Sí, sí.

T: Pero obviamente que todavía quedan cosas...

M: Que están pendientes.

T: ...muy duras y muy tristes que nadie puede negar que te han pasado y que te pueden seguir afectando. Hay días y días, por decirlo así.

S: Sí.

T: Hay días muy tristes, hay días de mucha conexión con esa pena, con esa tristeza. Y a mí me resulta muy lindo y me alegra mucho, irónicamente, porque uno dice: "pucha, es una canción triste", pero a mí me alegra mucho, me alegra mucho que tú puedas poner ese sufrimiento en una canción. Yo de verdad te felicito porque eso muestra también el aprendizaje que tú has ido teniendo de ti

misma, de reconocer: “no soy perfecta. Hay cosas en las que todavía dudo de mí. Todavía no sé si mi cuerpo corresponde o no corresponde a lo que yo quiero. Todavía no sé si le fallé a mis papás, ojalá que me perdonen”, y, por otro lado, “no, si no me entienden nada” o “puede que sí me entiendan en una parte”, ¿no es cierto? Qué bueno que puedas pensar esas cosas, que las puedas poner en algún lugar como una canción, por ejemplo, que las puedas transmitir a tu mamá. Tu mamá, por lo que veo, ya conocía la canción.

M: Sí.

S: Sí.

T: Y que puedas, en el fondo, ir acompañándote a ti misma. Primero por ti misma, ¿no es cierto? Tú sola, tú escribir tu canción, hacerla, y también decidir compartirlo conmigo, compartirlo con tu mamá, ¿no es cierto? O sea, quizás en otro momento, ¿qué crees? ¿Cómo hubiera reaccionado tu mamá en otro momento, antes de todo este proceso, si hubiera sabido de la canción?

S: ¡Nunca se la hubiera mostrado!

T: ¿Antes no se la hubieras mostrado? ¿Por qué? ¿Qué hubieras esperado tú? ¿Qué hubieras creído tú que podía pasar con tu mamá?

S: ¡No! No sé, no me dejaría ni ir al baño sola, yo creo.

T: Como que encontraría que estás mal, que todo mal...

S: ¡Sí!

T: Que casi que hay que hospitalizarte.

S: ¡Sí!

T: Ya. ¿Y cómo ves ahora a tu mamá con esto?

S: Nada, relajada.

T: Ya, ¿qué crees tú que ha pasado, en ese sentido?

S: Que me entiende un poco más, no sé.

T: Que puede ver. ¿Y tú la entiendes a ella también?

S: Sí.

T: En su llanto, por ejemplo, cuando ella necesita estar un poquito más sola o cuando necesita estar más contigo y como: “¡Ay! Por favor, Samanta, ¡quédate conmigo!”.

S: Sí.

T: ¿Qué piensa usted?

M: Sí, porque si me la hubiera mostrado en otra fase, yo hubiera, me hubiera puesto a llorar a mares pensando que se iba a suicidar, por el contenido.

T: Claro.

M: Pero ya sé que es su sentir...

T: Exacto.

M: Que es lo que ella está sintiendo en el momento.

T: No, y es una canción que tiene un título, que tiene un sentido, que transmite algo que le permite sacar, ¿no es cierto? Y es muy bueno que esto pueda darse de esta manera, en el fondo, ¿ya? Que pueda darse de una manera armónica, que podamos... en el fondo, nadie puede borrar las cosas difíciles que han pasado, nadie lo puede borrar. Yo no voy a pretender hacerlo tampoco, ¿no es cierto? Ustedes tampoco deberían pretender hacerlo. Esas cosas no se van a borrar --

M: Pero sí aprender a vivir con ellas.

T: Pero sí se puede aprender a vivir con ellas y se pueden sacar frutos bonitos incluso de eso mismo. Yo creo que hay mucha unión familiar, así como ha habido divisiones, también ha habido unión y eso es muy bonito de ver, ¿ya? Independiente que ustedes han sido las protagonistas acá, yo sé que el papá también ha estado muy presente.

M: Sí.

T: Y ha también tenido cambios en su propia conducta, por ejemplo, con usted, con la relación con la Samanta, que ha también colaborado con eso. Entonces es bonito cómo, a pesar de que hay distancias que se crean con los conflictos, también hay uniones que se crean y espacios para sostener esto. Antes, las

relaciones que habían no podían sostener esta canción. No la podían tolerar. Era como: “¡No! ¡No!”, ¡caos! ¿No es cierto?

M: Sí.

T: Y ahora, en el fondo, no la podía tolerar la mamá porque la mamá: “¡Oh! Aquí hay que hacer, quizás qué hacer”. No la podía tolerar la Samanta porque en vez de hacer una canción, era cortes, era una intoxicación, etcétera. El papá, por China, ¿no es cierto? Entonces --

S: ¡Por China!

T: ¡Claro! Es como que, claro, no se daba cuenta porque si no es una canción, en el fondo, era un corte y se daba cuenta cuando ya el corte había pasado, cuando ya había sido el conflicto, ¿no es cierto?

M: Sí.

S: Sí.

T: Y ahora la relación que hay nadie ha borrado lo malo, es complicado. Siguen sufriendo a veces por eso...

M: Sí.

T: ...porque vuelve de alguna otra manera, porque hay un proceso judicial, porque hay situaciones, de repente un conflicto nuevo. No solo en relación a lo que pasó con el abuelo, sino también los conflictos de familia, las peleas físicas antes, ¿cierto? Las cosas que, las desconfianzas, no sé qué. Pero las relaciones que se

han ido creando ahora permiten sostener este comunicado, esta puesta en claro de: “mira, hay esto que está pasando, hay esto difícil”, y todo, pero se va a ir enfrentando en conjunto. Yo creo que ese es un valor que nadie les regaló, eso se lo construyeron ustedes, ¿ya? Yo he participado, he estado con ustedes, etcétera, pero ustedes son los que están sosteniendo este “Alone”, mal pronunciado, ¿ya? Esta soledad, ¿ya? Y es muy bonito que se llame “soledad” porque hablamos mucho de la soledad hoy día, ¿ya? O sea, la soledad que usted necesita por momentos, la soledad que la Samanta necesita por momentos. Me imagino que todos los otros miembros también necesitan soledad por momentos, que no es una soledad mala, es una soledad que está permitiendo también en otros momentos reunirse. Como que no existe una cosa sin la otra, por decirlo así, ¿ya?

M: Sí.

T: Asumir que los procesos han sido complicados, pero que han sido tal cual, un proceso, una trayectoria. Yo creo que hoy día hemos visto el camino de varios puntos que yo destacaría, porque son los que a mí... Yo los escogí, en el fondo, porque siento que reflejan muy bien la comunicación, esta cuestión de regular los afectos y lo que tiene que ver con el cuerpo muestra muy bien el camino que han recorrido y que claramente van a seguir recorriendo, independiente, porque yo no estaba ahí en la pieza de la Samanta escribiendo la canción con la Samanta, ¿no es cierto? Y no estaba ahí con la Samanta y con la mamá: “mire, mire la canción. Oye, pero, tranquila, tranquila, no se preocupe”. ¡No! ¿No es cierto?

M: No, no, fue un instrumento...

T: Exacto.

M: ...para llegar a esta etapa.

T: Exacto, ¿no es cierto? Poder...

M: Una mejor guía.

T: Hay cosas de la vida a las que uno les tiene mucho miedo. Qué bueno que uno les pueda seguir teniendo miedo, pero que también poder aceptarlas porque es parte de la vida también. Y entender que a veces el riesgo está, que las cosas pueden pasar, que pueden ser complejas, pero que se pueden ir enfrentando en conjunto, ¿ya? Eso pues, chiquillas. No sé qué quieren decir más. Yo estoy súper contenta, de verdad. Como que me quedo bien... Ah, sí, eso les voy a pasar. Dos cosas, una es lo formal, que es esta, la epicrisis, que es el resumen de la hospitalización. Es cortito. Después cuando veamos la cosa de la, cuando haga la investigación y todo eso, va a ser otra cosa grande y todo, más distinto. Esto es un resumen porque formalmente todos los pacientes tienen que irse con un resumen de su hospitalización y le saqué varias copias.

M: Ya.

T: ¿Y las firmé todas o no? Sí, las firmé todas. Una para que ustedes guarden porque si alguna vez necesitan justo un cambio de médico, qué sé yo, no sé, necesitan tener la historia y también para que entreguen allá a la psicóloga, psiquiatra, etcétera, que va a atender a la Samanta y que está allá atendiendo en Quinta Normal. Mañana tienen hora, ¿cierto?

M: Mañana.

T: Que tengan sus documentos porque: "oh, ya, ¿dónde estuvo? Ah, ya. Estuvo ahí, pasó esto, esto y esto, tales medicamentos, tales áreas de psicoterapia que

se fueron abarcando”, etcétera. ¿Ya? De todas maneras, se los paso a las dos. Entonces, para que lo tengan, una copia es para ustedes y la otra la entregan allá, una a la psiquiatra y otra a la psicóloga, ¿ya?

M: Muy bien.

T: Igual acá, obviamente, Carolina es muy eficiente y muy ordenada, también envía por mail un informe de la psicóloga, la señorita Natalia, de Pía, la terapeuta ocupacional y adjunta mi epicrisis también, y todo llega al COSAM también, ¿ya?

M: Ya.

T: O sea, por todos lados llega la información, ¿ya? Ustedes saben que allá les van a preguntar igual cosas de nuevo, obvio. Porque ellos como que las vieron a fin del año pasado, con el caos máximo, y llegaron ahora y como que se perdieron estos capítulos allá. Necesitan también reactualizar y también uno, en distintos momentos de la vida, ve distintas las cosas.

M: Sí.

T: Es bueno que se vuelvan a encontrar con ese equipo y va a ser una intervención no tan intensa como esta, pero va a ser una intervención que les va a permitir seguir, ¿ya? Y, por último, yo le tenía un regalito a esta señorita, que es una pequeña libretita.

M: ¡Ay, qué linda!

S: ¡Ah!

T: Para que ponga sus textos, sus dibujos, lo que quiera...

S: ¡Mira, es de Totoro!

T: ...lo que sienta, lo que no sienta, ¿ya?

S: ¡Ah!

T: Para las canciones... Con mucho amor, ¿ya? Para que quede, ahí queda un puente, ¿ve? Yo no voy a faltar en todo momento, ahí voy a estar también.

S: Y usted tiene las pantuflas.

T: Y yo tengo las pantuflas. ¡Casi me saco una foto con mis pantuflas el otro día! Dije: "le voy a llevar una foto. Ah, no, ya no le voy a llevar una foto porque ya me dio vergüenza". Pero me las pongo todos los días.

M: Ya, gracias.

S: Ah, ya, ¡menos mal!

M: Que cada vez que ponga un pie en el piso se acuerde de nosotras.

T: Sí, es como, ¡oh! Sí.

S: ¿Y el viernes sacó una foto a los chiquillos que andan acá?

T: No les saqué una foto, soy lo peor. Perdóname. ¡Perdóname! Pero les saqué una foto abajo del póster, pero como que no... A ver, espérate, a ver... ¿Dónde

está la foto? Puede ser acá. Les saqué una foto debajo del póster. Mira, no lo están mirando, pero están justo debajo porque lo habían visto recién. Mira, ahí está el póster y ahí están los chiquillos. La idea era que estuvieran saludando. Es que la Samanta les dejó un mensaje arriba a los chiquillos.

M: Ah, ya.

T: ¿Es suficiente o no? Perdóname que no salió el póster completo. Pero de verdad que lo estaban, de hecho, fui, les pregunté, lo miraron, “sí, sí, ya, una foto”. Pero no estaban en el momento mirándolo, pero lo habían mirado.

S: Ya.

T: ¿Viste? Si están saludando, de hecho. Bueno, entonces, eso po’.

M: La vamos a echar de menos.

T: Sí, yo también las voy a echar de menos. Ya, pero pueden venir a saludar, recorrer.

S: Ah, ya. Ah, ya. Quería dejarle un poema a usted. Pero es como de... Cosas que he hecho. No sé, no sé cuál dejar.

T: Lo que usted quiera pues, señorita, si tiene... A la fuerza, no. A la fuerza no hay cariño, como dicen.

S: Es que tengo hartas cosas aquí, puede ser este.

T: ¡Muchas gracias! Lo leeré con atención. Oye, yo tengo acá un número, chiquillas, de ustedes. ¿997309208? No. ¿Sí?

M: Es que se me perdió mi celular.

T: ¿Y cuál es el número de ahora? Para comunicarme con ustedes, por ejemplo, por, no sé, por el resumen de esta cuestión.

M: De tu papá no más po', Samanta. ¿Te lo sabes?

S: No.

M: A ver, espérese. Lo tengo anotado.

S: Pero tiene...

M: Es que yo, a mí se me perdió mi celular.

S: O que, ¿usted tiene Gmail? Gracias.

T: Tengo el de, ¿el del papá sigue siendo el mismo?

M: Sí.

S: Sí.

T: ¡Ah! Sí lo tengo.

M: Terminado en 219.

T: Sí, sí, acá está. Sí, acá está, 997585219, ya, por cualquier cosa. Bueno las despido afuera.

M: Gracias.

Anexo 3

CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE



CARTA Nº 66

REF. No hay

MAT: Remite respuesta del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente

SANTIAGO, 13 de diciembre de 2017

DRA. MARIA FRANCISCA VERGARA AGUILAR
INVESTIGADOR PRINCIPAL
PRESENTE

Junto con saludar, por medio de la presente el Comité integró por:

- Dr. Luis Araya Cortez, Presidente.
- Dra. Mirza Retamal Moraga, Vice-Presidente.
- Dra. Marisol Concha B, Secretaria
- Q.F. Herman Wurth C, Integrante
- B.Q. Jorge Mena O, Integrante
- Sr. Jorge Barrientos, Integrante
- Abog. Daniela Martínez, Integrante

Acusa recibo de la solicitud de evaluación del estudio que se describe a continuación:

"Premisas familiares en proceso terapéutico de una adolescente con autoagresiones: Estudio de caso en el sistema público de salud chileno".

Conforme a la revisión realizada en sesión extraordinaria de fecha 12 de diciembre del 2017 el Comité ha decidido:

APROBAR EL ESTUDIO PROPUESTO

En la eventualidad de querer incorporar nuevas modificaciones, como, por ejemplo, diseño o rediseño de instrumentos de recolección de datos, cambios en la muestra, personal responsable, procedimientos especificados en el protocolo aprobado, u otros, el investigador deberá notificarlo al Comité para ser sometido a una nueva evaluación, antes de que el investigador ejecute esos cambios.

Se espera que el investigador haga llegar informes de la investigación a la mitad de su ejecución y al finalizar el proyecto.

Quedando a su entera disposición, se despiden cordialmente


DRA. MIRZA RETAMAL MORAGA
VICE-PRESIDENTE
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE


COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE


DRA. MARISOL CONCHA BARRIENTOS
SECRETARIA
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

DISTRIBUCIÓN:

- Destinatario
- Archivo CECocc.