

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud Maestría en Psicoterapia



Análisis del relato saturado del problema de un estudiante de medicina en pandemia COVID-19, en torno a una narrativa de depresión

TRABAJO RECEPCIONAL que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **MITZI JUSETT GÓMEZ RAMÍREZ**

Tutor **VÍCTOR MANUEL DE SANTIAGO SÁNCHEZ**

Tlaquepaque, Jalisco enero de 2025

Índice

| | |
|--|----|
| Planteamiento del problema y justificación | 6 |
| Justificación | 17 |
| Objetivo central..... | 25 |
| Objetivos Específico | 25 |
| Pregunta de investigación..... | 25 |
| Preguntas secundarias | 25 |
| Estado del Arte | 27 |
| Constructivismo y construccionismo social..... | 35 |
| Características relevantes sobre el construccionismo | 44 |
| La narración compleja..... | 46 |
| Construccionismo y la terapia colaborativa..... | 47 |
| Marco Teórico..... | 51 |
| Juventud | 51 |
| Depresión | 53 |
| Diferentes descripciones sobre depresión | 54 |
| Depresión según DSM 5 y sus clasificaciones | 54 |
| Trastorno de depresión mayor..... | 55 |
| Conceptualizaciones sobre la depresión | 58 |
| Pensamiento sistémico | 65 |
| Construccionismo y posmodernismo | 69 |
| Antecedentes de la terapia narrativa | 73 |

| | |
|---|-----|
| Método y aplicación de la terapia narrativa..... | 82 |
| Externalización y descripción del problema | 82 |
| Definir el problema que se debe externalizar | 83 |
| Lenguaje externalizador | 83 |
| Contexto cultural..... | 84 |
| Pregunta de influencia relativa: Apuntan a dos tipos de descripción | 84 |
| La revisión de la relación de las personas con los problemas | 85 |
| Acontecimientos inesperados | 85 |
| Metodología | 88 |
| Elaboración de la metodología..... | 90 |
| Descripción del caso..... | 92 |
| Resultados..... | 93 |
| Categorías del mapa de externalización..... | 93 |
| Primera categoría de investigación..... | 94 |
| Segunda categoría de investigación: mapea los efectos del problema | 97 |
| Tercera categoría de investigación..... | 99 |
| Cuarta categoría de investigación | 101 |
| Análisis de resultados | 103 |
| Sesión 1 | 104 |
| Sesión 2 | 107 |
| Sesión 3 | 108 |
| Sesión 4 | 110 |
| Afectaciones y/o Internalizaciones..... | 115 |

| | |
|---|-----|
| Sin saturación del problema del consultante | 118 |
| Las creencias del consultante..... | 120 |
| Metáforas del consultante..... | 122 |
| Críticas al pensamiento posmoderno..... | 127 |
| Conclusiones | 133 |
| Bibliografías | 143 |

Planteamiento del problema y justificación

El presente estudio busca analizar las narraciones sobre un joven estudiante de medicina que refiere depresión, que cursó la carrera dentro de un contexto de pandemia. Describir el relato sobre lo que refiere de la depresión y sus efectos por medio del abordaje sistémico narrativo de psicoterapia, para conocer las vivencias de su relato saturado y la implicación que afecta en su vida, enfatizando en el contexto relacional y temporal.

La depresión es considerada actualmente un tema importante dentro de los estudios alrededor de la salud mental, en este campo la Organización Mundial de la Salud (2021), menciona que la depresión es un padecimiento a la lanza y se calcula que afecta a más de 280 millones de personas, un 5 % de la población.

La depresión conlleva variantes comunes que se reflejan en el estado anímico y en las reacciones a los conflictos del diario vivir. También, es posible que se convierta en una problemática de salud grave, sobre todo cuando es prolongada. Es posible que la intensidad pueda ir en varios niveles de moderado a grave, causando dolor, sufrimiento y cambios en actividades cotidianas: trabajo, escuela, familia; en pocas palabras, es una incapacidad de frenar la vida. Esta realidad afecta a hombres y mujeres, siendo las últimas las de mayor prevalencia. Es relevante mencionar que puede llevar a una depresión profunda, y en ocasiones a un suicidio.

En México, según Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (2017) la depresión es un padecimiento afectivo en donde la persona que lo padece se enfrenta a una incapacidad por el interés y el goce de la vida; aunado a lo anterior, aparecen emociones como el cansancio exagerado, la incertidumbre o inseguridad y la tristeza. Es común que aparezcan sentimientos culposos y visiones poco positivas del futuro, además se añaden irregularidades en el apetito, el deseo sexual y el sueño.

En la actualidad, la depresión es el cuarto problema de salud mental en el mundo, y en México la padecen el 10 % de la población. Existen dos tipos: primaria: el paciente es capaz de acudir al médico para ser tratado; secundaria o enmascarada: la depresión se vincula con otro padecimiento, el cual puede extenderse y algunas veces, empeorar. Analizando la información anterior es posible identificar la dificultad frente a la vida con este padecimiento, el síntoma y las cifras tienen un número considerable de incidencia. El Instituto expone indicativos en la salud mental, teniendo áreas importantes para brindar el apoyo necesario y pertinente para aplicar el tratamiento. (INNN,2017)

El Instituto Nacional de Estadística Geografía (2021), en su última estadística poblacional dio como resultado 126, 014, 024 personas que residen en México, 51.2% corresponden a mujeres y 48.8% a hombres, si las métricas de los organismos oficiales sobre salud mental, proporciona una estimación estadística del 5 % de afectación a la población mundial con depresión, por tanto, es algo que está más cerca de todos, poco más de 12 millones de la población mexicana tendría este padecimiento.

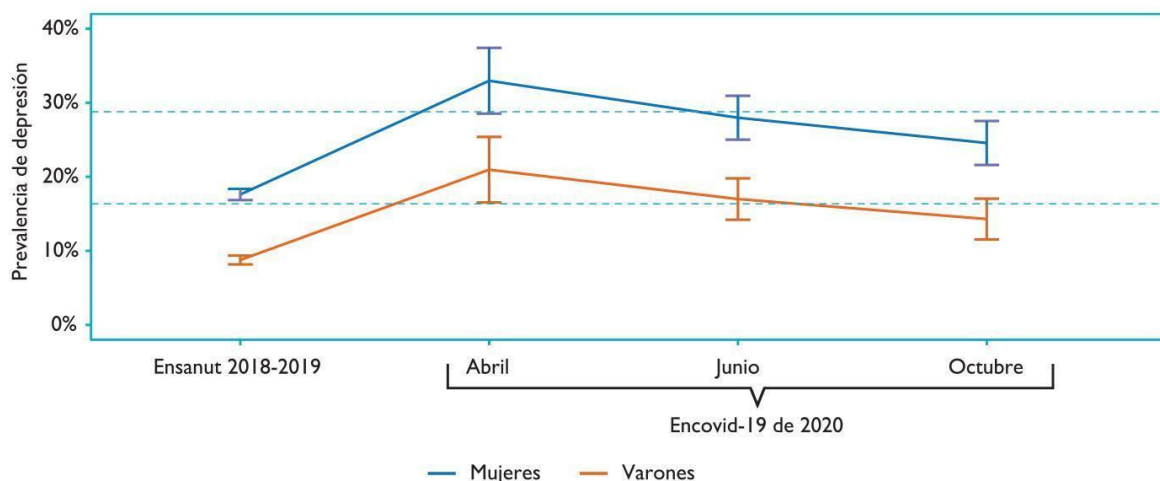
Por otra parte, quien mantiene mayor número de estadísticas es la Organización Mundial de la Salud (2021), que revela números considerables y las incidencias, sin duda un tema que pone atención a los implicados en la salud mental. Estudiando la información ya expuesta, es posible encontrar el incidente de depresión que actualmente existe en México. Estas estadísticas son importantes porque muestran el problema de salud mental en la población mexicana, que refleja una estadística considerable: 10 de cada 100 personas tiene este padecimiento. El sector de salud mental brinda un tratamiento y atención para hacer frente a esta sintomatología. Además, este problema reconoce las dificultades y riesgo a los que pueden enfrentarse una persona que padece depresión, mismos que tienen afectaciones en su salud mental, conductual y la parte emocional.

En materia de salud mental hoy en día se encuentra desarrollando y realizando estudios cuantitativos y cualitativos, un documento crucial el estudio del tema es el manual DSM quinta edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (2014). El término depresión se usa para hacer referencia a cualquier trastorno depresivo. Esta referencia hace una clasificación y denomina de la siguiente manera: trastorno depresivo mayor, depresivo persistente (distimia), trastorno depresivo específico o no específico, y un apartado por etimología, que son los trastornos disfórico premenstrual, trastorno depresivo por enfermedad y trastorno depresivo no especificado. Lo anterior tiene características como: la reducción considerable del interés o placer por la mayoría de las actividades cotidianas, la disminución o aumento de peso y síntomas neurovegetativos, entre los que se encuentran: dificultad para concentrarse, falta de conciliación de sueño o insomnio, retraso psicomotor o agitación, sentimientos de culpabilidad o inutilidad que podrían ser delirantes, incapacidad para la concentración o toma de decisiones, pensamientos como el miedo a la muerte o ideas suicidas constantes, ya sea con o sin plan para llevarse a cabo.

Con todo ello, la sintomatología genera una preocupación importante o deterioro en ámbitos: sociales, laborales y en la cotidianeidad. En ocasiones, los cambios o episodios no se deben a los efectos físicos de una sustancia o a alguna condición médica. Más bien, están relacionados con los eventos desencadenantes que ocurren en la vida de la persona afectada. Característica constante es el sentimiento de tristeza, vacío o irritabilidad. Los trastornos depresivos pueden surgir a cualquier edad.

Este manual DSM-5 es referente para estudio de la enfermedad mental a nivel profesional, da un espacio para desarrollar la teoría pertinente de la depresión que está prevaleciendo, es algo que a lo largo de las diferentes publicaciones del manual ha estado vigente y con sus respectivas actualizaciones, lo que permite entender que sigue siendo tema de estudio y relevancia.

Sobre las estadísticas de los procesos demográficos en México, Gaitán, Leyva & Pérez (2021), mencionan: “La crisis sanitaria por COVID-19, ha impactado en la salud mental de la población, la encovid-19 muestra un aumento en la prevalencia de la depresión entre 2018 y 2020, y un descenso desde mediados de ese último año.” Fue durante la pandemia que se observó los parámetros psicoemocionales vinculados a rasgos depresivos al alza, al tener impacto y prevalencia en las vidas.



Gráfica 1. Monitoreo de síntomas de depresión por sexo en México, Ensanut 2018-2019 del 2020

La gráfica anterior nos muestra el mes de abril con incremento en el porcentaje de la prevalencia de la depresión al paralelo de la noticia que estábamos dentro de una pandemia anunciada oficialmente el mes anterior, es decir, marzo del 2020.

Es precedente que este suceso impactó de manera inmediata. Hablando del contexto temporal que estudiaremos y se desarrollaron estas sesiones de terapia, fue ese mismo año, dentro de la pandemia conocida como la COVID-19.

Es importante conocer que según la Real Academia Española (2020) define la depresión como “una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región”.

La Covid-19 es una enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV-2, fue declarada una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, ha provocado diversos cambios a nivel mundial en todos los sectores de la población, afectado a millones de personas con pérdidas de vidas, pérdidas económicas, y una restricción a la libertad, provocando una reducción a la socialización e interacciones humanas. Ante estas medidas de seguridad sanitaria, un grupo vulnerable son los jóvenes que, atendiendo estas restricciones, trasladaron sus clases presenciales a clases virtuales. En el contexto internacional ha habido una serie de afectaciones, con el fin de prevenir la diseminación de la pandemia; para mejorar la situación de contagios se buscó salvaguardar un espacio seguro, vital y preservar la vida. Como medida de seguridad se fue restringiendo la libertad de salir a la calle, escuelas, trabajos, etc., coartando la posibilidad de elegir, y sí de restringir los espacios de convivencia evitar contagios; y así mejorar la situación de la reproducción de la enfermedad. Las actividades fueron trasladadas de manera virtual, por medio de dispositivos electrónicos.

El Gobierno de México a través de plataformas de la Secretaría de Salud (2021) ha mencionado que la nueva normalidad dentro de la pandemia y durante la aplicación del semáforo rojo, que significa que hay que estar en casa, es normal que a lo largo del día tengamos episodios de ansiedad y nerviosismo. Como medida ante esta situación, menciona el servicio de ayuda, donde puedes pedir apoyo en “la línea de la vida”, es un programa para dar contención emocional, ya que la depresión puede desencadenar ideas suicidas y el mismo suicidio; es posible evitar que esto crezca atendiéndolo.

La Secretaría de Salud (2021), a través de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic) y la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental (STConsame) realizan esfuerzos conjuntos para que se impulse un cambio de enfoque para atender la salud emocional y la depresión, con acciones para fomentar la autoestima y la autovaloración.

La Secretaría de Salud, (2021) expone que es relevante el tema de la depresión durante la pandemia, dando un espacio de relieve de los rasgos depresivos, lo que significa que es un tema para cuidar dentro de la ciudadanía, dar seguimiento promoviendo el cuidado y atención a este síntoma por medio de la concientización.

La pandemia ha cambiado la vida de las sociedades, un grupo vulnerable al que estudiaremos enriquecer el tema son los jóvenes, que están siendo afectados con su propia particularidad. Se han llevado a cabo investigaciones que confirman la existencia de características depresivas en la juventud, los veremos más adelante, además, es pertinente saber qué características y rasgos viven en lo propio en esta etapa de su vida, conocida como juventud.

La Organización de las Naciones Unidas, (ONU), define el concepto de juventud a “los jóvenes como aquellas personas de entre 15 y 24 años. Esta definición, que surgió en el contexto de los preparativos. Año Internacional de la Juventud (1985)” y está vigente en la actualidad, todas las estadísticas de la ONU sobre la juventud se basan en esta definición. En las estadísticas de este organismo, hay 1.200 millones de jóvenes de 15 a 24 años, el 16% de la población mundial. Para 2030, se estima que la cantidad de jóvenes habrá aumentado en un 7%, llegando así a casi 1.300 millones.

Los jóvenes pueden ser una fuerza positiva al desarrollo cuando se les brinda el conocimiento y las oportunidades que necesitan para prosperar. En particular, los jóvenes deben adquirir la educación y las habilidades necesarias para contribuir en una economía productiva; y necesitan acceso a un mercado laboral que pueda absorberlos en su tejido. ONU,SF.

Ser joven es una etapa, dentro del ciclo de vida del ser humano, está identificado, se caracteriza por buscar su propia identidad y grupos de pertenencia promoviendo estar y compartir con sus pares constantemente.

“En esta edad se presentan con mayores frecuencias los problemas emocionales serios” (Estrada, 2003, p.111) Habla de la juventud y de lo que

comúnmente se lleva a cabo en la etapa de ser estudiantes, un artículo sobre “La juventud universitaria: prelude para comprender su especificidad”, Hernández & Moreno, (2019), nos expone los apuntes necesarios el inicio de una discusión alrededor de sus fricciones, retos y vivencias dentro de universidad institucional, Desde una perspectiva sociocultural, los jóvenes no son vistos como simplemente el producto de un fenómeno biológico o un proceso por completar, sino como individuos activos, capaces de contribuir a la creación y transformación en todas las dimensiones de la experiencia humana.

El agenciamiento de los jóvenes se da a partir de la institucionalización de sus prácticas en lo escolar, mientras que su ejercicio de construcción y consumo cultural, se da mediante la socialidad, la cual garantiza la construcción de un habitus que ayuda a comprender sus prácticas, relaciones y discursos en el campo y en las expresiones y alcances de este campo sean físicas o virtuales, en una serie de relaciones horizontales, donde la verticalidad jerárquica, si sucede, tendrá que ver con los saberes producidos por una forma específica de estar juntos, siempre entre pares, siempre horizontal. (Hernández & Moreno, 2019, p.6)

Este documento asume que ser joven universitario es una condición social, y que es diferente a ser un joven en general, establece las categorías de ser joven universitario, incluyendo diferencias de clases y de su participación cultural, referenciado a su identidad y su misma experiencia, a su vez una realidad de influencia en las experiencias juveniles.

Dentro del tiempo de pandemia, algunos jóvenes han vivido una particularidad, un cambio al estudio habitual, a su vez, tener estas nuevas restricciones por la pandemia, los jóvenes fueron privados de esta posibilidad de compartir sus actividades en sus grupos de pertenencia y emergiendo situaciones nuevas que afrontar.

En el curso del desarrollo, para adquirir capacidades y ser competente, puede ser turbulento, ocasionado un malestar prolongado; además, la temporalidad de este caso de estudio incluye un observar el contexto relacional, por la existencia de

la pandemia, y con ella su propio reto del aislamiento, que posiblemente desencadena emociones amenazantes.

Conocer las conceptualizaciones diversas de la depresión, pero no con la intención de clasificar al paciente con una patología o categorización clínica. A pesar que esto no es el objeto de este estudio; los términos de las clasificaciones y conceptualizaciones de la depresión son referencia de cómo las teorías se organizan con la información; además de ser de corte científico; lo que pretende el estudio presente es utilizar esta información e identificarla en el relato del consultante, por medio del estudio del modelo psicoterapéutico con epistemología constructivista que enfatiza en las experiencias a través del lenguaje en su relato.

La aplicación de la terapia narrativa para el análisis del discurso, utilizando su enfoque metodológico para referir al concepto de depresión. Es relevante lo que se identifica en teorías de la depresión para comparar y entender esta dificultad ante la vida que el consultante refiere o co-construye. Un modelo teórico experto en terapia narrativa es de Michael White (2016), mismo que tomó como referencia respecto al diálogo de externalización:

Muchas personas que llegan a terapia creen que los problemas de vida reflejan su propia identidad o la identidad de otras personas. Cuando ocurre esto, sus esfuerzos por resolver los problemas suelen tener el efecto de exacerbado. [...] – creen que, estos problemas son internos a su sí mismo o al sí mismo de otras personas. (p.33, 2016)

La terapia narrativa ayuda a desentrañar, así es como lo menciona White (2016). Al explorar las narrativas predominantes y saturadas de problemáticas que las personas comparten sobre sí mismos. La terapia narrativa ayuda y aporta la oportunidad de analizar el relato, en especial de aquellas que no son historias saturadas del problema, es decir, sin la dominación saturada del conflicto. “El problema se vuelve el problema, no la persona” (White,2016, P.9) y que quienes nos consultan son las únicas “expertas en sus vidas”.

El enfoque narrativo según Payne, (2000) menciona, “La terapia narrativa se centra en lo atípico, esto es, en lo que la persona ve como atípico.” p.21, así es como las personas evitan la influencia de la narrativa predominante que moldea sus percepciones. además nos mueve a revisar lo distinto porque por ese medio lo diferente puede crear o escapar de las historias establecidas. Según, Vega y Fernández, (2012) “Las narrativas tienen un papel en organizar, mantener y hacer circular el conocimiento de nosotros mismo y nuestros mundos” (p.27), así se estructura la experiencia por medio de las historias, para darle un significado a la vida, las personas ordenamos nuestra experiencia de los acontecimientos vividos por medio de secuencias selectivas; todo esto en orden cronológico, de manera que tenga una coherencia propia y del entorno. Este relato toma la forma de una narrativa personal.

Las personas a través de conversaciones de externalización permiten desentrañar las percepciones desfavorables sobre la identidad, frecuentemente se formulan bajo la influencia de la problemática, (White, 2016), el énfasis de esta investigación busca la viabilidad de identificar el relato saturado de su problema por medio de su lenguaje internalizado para convertirse en relato de externalización.

He propuesto la externalización del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones saturadas por el problema de sus vida y relaciones (White,1993, p.21)

El objetivo principal del pensamiento sistémico es tratar los fenómenos complejos, un problema puede ser estudiado como fenómeno, “la complejidad organizada”, según el sistema o de relaciones sistema entorno, es importante saber que la complejidad será respetuosamente cuidada, según Helm Stierlin (1997).

El constructivismo es una postura posmoderna que sustenta la epistemología de la terapia narrativa, habla del paradigma de construcción social, y que el *self* en las interacciones sociales se constituye en las interacciones sociales, y que el *self* es flexible y múltiple. (Stierlin,1997), a través del diálogo entre la sociedad y el

individuo se desarrolla. El mismo Gergen, sostiene que no existe un *self* verdadero, auténtico y personal, sino el *self* es una creación relacional, que resulta de las múltiples interacciones con otras personas. Con sus aportaciones partimos del supuesto de que al comprender la realidad, es necesario validar la situación social que está emergiendo en la persona, como es el caso de este estudio. Un elemento fundamental en este proceso relacional es el lenguaje a través de la comunicación.

La comprensión de la realidad se valida o cambia a partir de los procesos sociales que suceden en la comunicación de los participantes, por tanto, la realidad está negociándose constantemente. (Gergen, 1985).

Las palabras no son planos de la realidad, sino que cobran significado a través de su uso en el intercambio social, en los «juegos de lenguaje» de una cultura. Al emplear palabras como «percepción», «pensamiento» y «memoria», no lo hacemos porque reproduzcan con exactitud el mundo al que llamamos «mental»; esos términos cobran sentido por la forma en que se los emplea en la vida social. (Gergen, 2006, p.149)

Maturana, fue fundador del construccionismo, tiene elementos que destacan en sus aportes: como es el observador, ya que sin él no hay nada, este estudio busca la importancia del lenguaje, ya que es un distintivo para la comprensión:

Según el estado actual del conocimiento, hay que decir que sólo nosotros los humanos vivimos en el lenguaje. Cuando nos preguntamos si existen otros seres que viven en el dominio lingüístico, lo hacemos necesariamente mediante el lenguaje o lenguajeando, vale decir, viviendo en el lenguaje. (Maturana,2004, p.50)

El ser humano está dotado de capacidades que puede tomar decisiones y con ellos obtener nuevos recursos. Por medio de la conexión con los otros nos desarrollamos, y a la vez si el contexto relacional cambia, por ende, el individuo cambiará también, es la atención a la narrativa relacional que analizaremos, que propicie nuevos relatos alternativos de las relaciones.

Independientemente de las veces en las que una persona le diga que está deprimido, e independientemente de cuántas acciones relevantes tenga en cuenta, no tiene nada con lo que continuar más allá de una tradición de acción conjunta. Puede amontonar

una interpretación tras otra extraer una conclusión, pero al final nunca irá más allá de la red de su propio tejido. (Gergen, 2009, p.96)

Con este párrafo Gergen deja entrever que la persona implicada, que no puede salir de ese discurso dominante ya organizado; esos discursos que tiene elaborado de las diferentes voces que han llegado a sus relaciones, y que invariablemente llegarán a finalizar en otra similar, extraída de las mismas.

Por lo anterior podemos resumir que la depresión resulta de la relación entre factores que van desde lo biológico, social y psicológico. Las personas que vivieron circunstancias y cambios complejos (desempleo, pérdidas, traumatismos psicológicos) tienen la probabilidad de vivir una condición depresiva. A su vez, la depresión tiene factores de exposición y riesgos que están en relación con el contexto social y temporal. Por medio del lenguaje internalizado se pretende reducir el relato saturado y encontrar narrativas alternas.

Justificación

Este estudio se realiza dentro del área de formación profesional para los estudiantes de psicoterapia, donde se desarrolla la práctica de esta disciplina, en consultorios físicos y/o virtuales con consultantes reales. El análisis se realizó durante la pandemia en modalidad virtual, por medio de videollamadas grabadas. Se elaboró un estudio particular de caso en un espacio de estudio académico con supervisión. La práctica y teoría es necesaria para desarrollar la intervención de los consultantes, en un encuentro entre terapeuta y consultante, ambos convergen con intención de atención de la problemática que aqueja. Los consultantes que asisten a terapia tienen un objetivo, encontrar bienestar ante su padecimiento, por ello es necesario explorar y conocer la realidad que experimentan en el proceso de psicoterapia.

El psicoterapeuta en formación está desarrollando las competencias del trabajo psicoterapéutico y requiere comprensión de las personas que acuden a consulta. Este resulta ser un punto de comienzo para la práctica y la teoría, con énfasis en la atención y comprensión del caso de estudio de una manera cuidadosa. Por lo que este trabajo se realizado con los cuidados éticos apropiados para favorecer al consultante y dando las pautas precisas para la comprensión del caso. Este estudio cuenta con un consultante y su expediente con tema sobre posible depresión además de su autorización para las acciones pertinentes que este estudio requiera. Vale la pena señalar que se tiene con la información, descripciones y grabaciones, a través de diferentes momentos de su elaboración.

Este trabajo trata sobre los relatos, las vivencias y experiencias del consultante, mismas que se analizaron con su relato internalizado y como las posibles formas de llegar a un nuevo lenguaje alternativo. El estudio proporcionó los relatos sobre la problemática del paciente, sobre su autoconocimiento personal, emocional, conductual y relacional, así como del tratamiento que se aplicó en base a la terapia sistémica narrativa. Por medio de la intervención terapéutica los

consultantes desarrollan confianza en sí mismos, demostrando su sentido de capacidad y adherencia al tratamiento y lo que facilita la integración a nueva información.

Este trabajo de obtención de grado fue elaborado por el terapeuta que realizó las intervenciones del caso y su análisis. Los recursos que se utilizaron en la elaboración este estudio son: la información del caso, la autorización del consultante, además de información de primera mano, como las videograbaciones, notas de las sesiones y la formación académica que facilita elaborar el proceso de intervención, la supervisión que regula la elaboración y seguimientos del estudio de caso. Se cuenta con la literatura teorías de en terapia sistémica narrativa, además, un interés genuino para indagar y desarrollar la investigación.

Es posible analizar las particularidades del caso de estudio, ya que existen diversidad de artículos que abonan al respecto sobre la depresión durante la pandemia, depresión en estudiantes, depresión entre otros aspectos relevantes. Seguido de los instrumentos teóricos propios de la terapia narrativa para su análisis, como la importancia del lenguaje internalizado y su relación contextual. Será necesario profundizar con un enfoque psicoterapéutico promoviendo el equilibrio psicoemocional, ya que este es una de las metas de la terapia.

La teoría y concepto del enfoque sistémico narrativo no utiliza las clasificaciones y determinaciones clínicas, es decir, no coloca etiquetas a los síntomas de manera sistematizada, más bien los percibe como problemas o dificultades. A la vez ambas teorías pudieran contraponerse (los modelos de clasificación y conceptos, con el modelo narrativo posmoderno) al momento de analizarlas. Tener la referencia de lo pragmático y lo narrativo, nos da una posición de enriquecimiento en su comprensión y visión; Conocer las teorías, clasificaciones de estado y los trastornos nos amplían el panorama de las dificultades que se enfrenta en lo individual del paciente, ya que él se refiere con depresión.

Una cosa es saber que los relatos que totalizan e invariablemente patología la vida de la persona son construcciones sociales que promueve conclusiones negativas acerca de su identidad, y otra cosa es identificar iniciativas que podrían proporcionar un punto de entrada a un cierto enriquecimiento de relatos que conlleva conclusiones más positivas de su identidad y nuevas opciones para actuar en el mundo. (White, 2015, p 75)

Por ello los problemas o dificultades puede ser abordado sin la necesidad de etiquetar, se propone disentir, según la propuesta de este enfoque a la luz de Michel White, conlleva a abrir camino a nuevas historias de coautoría más positivos de sí mismo, y crear nuevos relatos alternos que promuevan bienestar ante su actual situación de dificultad.

...revisar el contexto terapéutico, nos llevan a dismantelar algunas estructuras y prácticas terapéuticas aceptadas y apuntan a la creación de contextos que abren nuevas posibilidades de disentir. (White, 2015, p.93)

La comprensión es necesaria laborar la pertinente intervención y analizar los elementos significativos del caso, y elementos de significantes de la terapia narrativa. Conocer la particularidad de los síntomas y bajar de lo general de la teoría a la particularidad del consultante, por eso el análisis toma referencia a lo que se ha dicho antes con el enfoque narrativo, con la posibilidad de disentir sobre el lenguaje científico.

El fenómeno del lenguaje se basa, por un lado, en una congruencia estructural especial que es el resultado de la historia de las interacciones. Si se considera qué condiciones deben darse para poder hablar de la existencia de lenguaje, se verá que debe haber una coordinación de coordinaciones de conductas. (Maturana,2004, p.50)

Este análisis de los relatos identifica los síntomas y conductas similares a las que se clasifican como trastorno depresivo. La recolección de evidencia por medio de las grabaciones y sus relatos del consultante nos dará material a analizar y organizar para conocer cómo esa dificultad fue experimentada desde el estudio de la terapia narrativa. Es importante enfatizar que existe el abordaje de la psicoterapia clínica que atribuye las categorizaciones de las patologías, sin embargo, esta

propuesta de estudio, en la terapia narrativa no diagnóstica, más bien desmantela el relato saturado, la narrativa evita juicios de valor y clasificaciones clínicas. De allí el énfasis en disentir la influencia del problema.

El hábito de pensamiento que construye estas formas internas de entender la vida es ante todo un fenómeno cultural y muchos de los problemas por los que la gente consulta a terapia son culturales por naturaleza. (White 2016, P.48)

A continuación, se presenta evidencia sobre los cambios durante la pandemia, La Asociación Mexicana de Facultades y Escuela de Medicina, 2021, indica que el papel del estudiante de medicina ante la pandemia por COVID 19, es una responsabilidad compartida por la universidad y alumnos, señala que la educación médica a nivel global está experimentando una transformación significativa en el campo de la ciencia de la salud. “Todo cambió, no tenemos acceso a nuestras aulas, laboratorios, centros de simulación y comunidades, mucho menos al principal escenario formativo, el clínico”. La asociación ha hecho recomendaciones debido a la transformación del modelo educativo a distancia para permitir el proceso académico. Propusieron para los estudiantes:

Apoyo en la diseminación de información científica que contribuya al bienestar nutricional, físico y emocional durante la contingencia, crear equipos de apoyo para sus compañeros que mitiguen el impacto físico y social, que la situación de aislamiento produce grupos de discusión clínica a través de actividades en línea”, a la vez señala una serie de recomendaciones, de las que destaca: “Supervisión y cuidado de la salud mental a través de acompañamiento y atención psicológica.” (AMFEM, 2021)

Es conveniente evidenciar el impacto en relación a la salud psicológica de los estudiantes de medicina, al referirse de manera puntual, deja en claro que es un tema latente que está siendo observado, y dando pauta de ayuda para mitigar. Gergen y Kayen (1992) citado Ramos, (2001).

La opción consultiva, se trata de entender bien que: que le paso, cómo sé que ha acabado, para así deducir que podemos hacer por el que nos consulta, cómo podemos

líbralo en mayor o menor medida de las consecuencias ineludibles del su pasado, [...] de sus relaciones conflictivas, de su estilo de vida. (Ramos,2001, p.20)

La psicoterapia narrativa se caracteriza por entender las entrevistas como una narración. Es una terapia por medio de macro-narraciones, que sigue la estructura básica de narración, por medio de preguntar, prescribir, desafiar y connotar. Ramos, (2001), citando a Bruner:

Plantea que cualquier narración despliega, ante el que la oye, un doble paisaje, el paisaje de la acción (lo que sucede) y el paisaje de la consciencia, (lo que los protagonistas piensan y sienten a cuenta de lo que les sucede); y también una tensión entre esos dos paisajes. (Ramos, 2001, p.22)

El mismo Ramos (2001) expone la distinción de pensamiento posmoderno, con la modalidad de pensamiento narrativo vs la pragmática, ambas ayudan a la comprensión de la experiencia y construir una realidad.

La pragmática busca las verdades universales y conexiones generales entre los fenómenos, y la narrativa busca verdades contingentes y conexiones particulares entre dos sucesos particulares, [...]La narración es un hacer público, un sentir público, este pensar público se realiza a través de una forma de comunicación: El relato (p.22)

La narrativa parte de la experiencia subjetiva y la pragmática es objetiva. Una narración es una serie de acontecimientos colocados con un orden de secuencias, Según Michel White, tienen una organización y/o estructura, que más adelante explicaremos al respecto.

Los análisis narrativos de lo que sucede en la vida no son exclusivos de las disciplinas profesionales. Parecen ser una herramienta cultural primordial – pero no la única – para crear significado, una herramienta que la gente usa, de modo rutinario, en la vida cotidiana. (2015 p.50)

La atención psicoterapéutica es el espacio donde el paciente se expresa, narra lo que siente, piensa, imagina y recuerda. Por lo que es factible este estudio

ya que se tiene esta evidencia; además, aprovechando el conocimientos y vivencias de los expertos en el ámbito de la psicoterapia narrativa.

Es necesario conocer las diferentes voces del sector salud tanto nacional como internacional, para profundizar y actualizar más sobre el tema de la investigación. La Organización Mundial de la Salud, la Secretaría de Salud en México y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía han hablado de los riesgos de la depresión y han indicado el porcentaje de la población que la padece. Revelado que es una afectación del ser humano en el contexto actual de la pandemia, mostrando datos estadísticos con una prevalencia de hasta 280 millones de personas con rasgos depresivos a nivel mundial, una cantidad considerable, siendo México afectado con un 10% de la población.

El impacto en los estudiantes en 2020, esta realidad dentro de la pandemia, y las medidas que las instituciones académicas ejercieron fue una acción vital que el virus se propagara. Trasladando el formato presencial a virtual, y con ello una nueva manera de ser estudiante, el confinamiento ha detonado cambios en la manera de relacionarse. Estos cambios se sienten, ya que toda acción también tiene una emoción, cambios nuevos, emociones nuevas en un nuevo contexto. Ser estudiante presencial conlleva a actuar y sentir de una manera subjetiva, así como ser estudiante en línea conlleva a actuar y sentir de una manera subjetiva, que puede ser muy diferente ambas experiencias.

La persona que es protagonista del presente estudio es un joven universitario, por ello es por lo que se requiere conocer sobre su contexto, su ciclo de vida y sus características para la comprensión de su persona, hablar de la juventud y de lo que comúnmente pasa en esta etapa de ser estudiantes.

Existen actualmente diversos artículos que hablan en relación a la frecuencia de la depresión en estudiantes de medicina durante la pandemia de COVID-19. Daremos espacio a esta información detallada, destacando que los factores de riesgos son variables, como son: no tener un compañero o compañera sentimental,

síntomas de ansiedad, factores estrés, nivel socioeconómico bajo, ser mujer, contar con alguien cercanos que padece depresión, además se menciona el síndrome de estrés estudiantil, entre otros. Estos artículos revelan que la consecuencia psicosocial en alumnos de la carrera de medicina es una realidad en diversas personas de este campo y es un tema destacado por varias publicaciones de investigación.

La depresión y el estrés que experimenta este estudiante de Medicina al comienzo y al término de su educación académica, Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014, en su estudio de investigación reveló que ser estudiante en escuela de medicina conlleva a tener un nivel de exigencia y un riesgo de síndrome de estrés estudiantil; esto lo sustentó una investigación con el fin de identificar y comparar el estrés de los alumnos, en especial a los de primero y quinto años de la carrera, se obtuvo el resultado que es un fenómeno frecuente, la presencia de estrés va siendo elevado en los estudiantes de los últimos grados, en especial con los hombres, con agotamiento físico y mental, comentando que es imperiosa la necesidad de tener estrategias de manejo de estrés.

Continuando a otros temas de interés sobre la relevancia para cuidar la vida, la temporalidad en que el contexto social y cultural, el surgimiento de una pandemia por Covid-19, creó cambios importantes en interrelaciones personales y culturales, poniendo en riesgo a la población. Uno de estos cambios fue en confinamientos o semáforo rojo, que ponía en alerta para restringir la afluencia de personas. La humanidad es un agente social que tiene la necesidad de relacionarse, pero esto último fue restringido en esta etapa de confinamiento.

Existe una necesidad del ser humano de vivir gozando de buena salud, el autocuidado o cuidar y mantener la salud mental y física, es trabajo de muchos expertos, de las autoridades sanitarias y gobiernos, pero sobre todo de la propia persona. Las relaciones sociales facilitan y propician el cuidado psicoemocional, ayudando a la interacción relacional y compartir las experiencias con los otros.

La depresión en sus varios conceptos que la describen como algo serio en la salud mental. Los diferentes enfoques psicoterapéuticos que se adentran en su comprensión expresan la relación de lo interno y externo de la persona, aquello que es consciente e inconsciente. Por lo tanto, no sorprende que en la actualidad algunas personas busquen ayuda psicoterapéutica cuando perciben que sus dificultades pueden estar superando sus capacidades para resolverlas, y como resultado, esto podría estar afectando diversos aspectos de su vida.

La temporalidad del contexto de pandemia, el ciclo de vida específico en la etapa de juventud y la exigencia académica que el profesionalista va vivenciando, son conjugaciones que se interrelacionan y se desarrollan interactuando con los recursos que se encuentran implícitos y explícitos, consciente o inconsciente, en la vida íntima del paciente. Resultan una serie de síntomas significativos del consultante.

En conclusión, si los organismos internacionales de la salud mental, instituciones académicas, y gobiernos han expresado sobre afectaciones durante el confinamiento por la pandemia y brindando información al respecto, expresando el interés al autocuidado personal de la salud mental. Significa que es pertinente y factible elaborar esta investigación del caso particular, y ver con cercanía la afectación del fenómeno, mismo que el consultante refiere como depresión. Este estudio buscó analizar y exponer los relatos de la experiencia sobre la dificultad que se refiere como depresión, en el contexto de pandemia por un estudiante de medicina.

Objetivo central

Analizar los relatos saturados sobre lo que refiere por depresión un joven universitario de la carrera medicina durante la pandemia Covid-19 que acude a una psicoterapia sistémica narrativa.

Objetivos Específico

- Identificar las características que refiere por depresión y que ha experimentado el joven por medio de su relato internalizado.
- Examinar los relatos saturados del problema en torno al discurso del joven universitario.
- Analizar la deconstrucción de los relatos saturados del problema sobre la internalización del problema que refiere el joven universitario.
- Identificar los nuevos y emergentes relatos sin saturación del problema, a partir de la narrativa de un futuro hipotético y un futuro deseado.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los relatos saturados del problema de un estudiante de medicina que refiere tener depresión en época de pandemia?

Preguntas secundarias

- ¿Cuáles son las características que refiere sobre la depresión el joven universitario por medio de su relato internalizado?
- ¿Cuáles son las afectaciones en la vida del joven universitario en torno a los relatos saturados del problema?

- ¿Cómo deconstruye el relato saturado del problema sobre la internalización de la depresión del joven universitario?
- ¿Cuáles son los relatos nuevos y emergentes sin la saturación del problema?

Estado del Arte

Las conceptualizaciones que refieren la depresión expresan que puede llegar a ser una enfermedad mental y afectando la conducta humana con características disfuncionales que no son compatibles con el bienestar psicológico. En la “depresión”, se comienzan a cualificar y cuantificar aquellas conductas que son de malestar, inseguridad, desmotivación y aislamiento social. Es importante decir que nuestra diferenciación con el lenguaje metafórico que fomenta la terapia narrativa identificamos la depresión con otras palabras dificultad o problema en la vida, con la intención de no categorizar y conceptualizar al consultante.

El objeto de este estudio es revisar las implicaciones, investigaciones, y estrategias sobre la depresión en la pandemia, con relación específica hacia los alumnos universitarios. Es útil los desafíos que acontecen, como es el tema de la pandemia, al examinar esta problemática para tener en cuenta el contexto sociocultural actual.

La metodología empleada para alcanzar el mencionado objetivo se basa en una estrategia que incluía la investigación de palabras clave en las bases de datos pertinentes del ámbito (sciElo,) indagación y revisión de portales oficiales sobre salud mental a nivel internacional, nacional y revistas electrónicas.

Los artículos que se presentarán son un marco de referencia de lo que se ha encontrado y seleccionado, acorde a los temas relevantes de la depresión en tiempos de pandemia en la población de jóvenes universitarios.

Para comenzar el primero de los artículos es “*La prevalencia de depresión durante la COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad privada mexicana*”. Yusvisaret, Palmer, Medina, López, (2010). Este estudio refiere que durante la pandemia se realizaron medidas de confinamiento y las actividades escolares se fueron a formato en línea. Esta situación junto con el aislamiento social ha desencadenado alteraciones en la salud mental, como depresión en específico

en estudiantes de medicina. El objetivo fue establecer la existencia de la depresión durante la pandemia en estudiantes de medicina en una universidad mexicana. Con un método se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y no experimental, en febrero de 2021, de 278 alumnos. Se utilizó la escala de Zung como instrumento para medir la depresión. Resultados: El promedio de edad fue de 20,80 años, predominando el sexo femenino 61,7 % y 38,3 en hombres, una prevalencia de depresión de 17,0 % (depresión ligera), principalmente en los estudiantes del cuarto semestre. Se encontró que 31,6 % de los alumnos presentaron COVID-19; en tanto, 85,2 % tuvo algún familiar contagiado y 25,5 % de ellos con familiares fallecidos. Conclusiones: Se encontró un resultado con ligera depresión de los estudiantes de la universidad, y el personal del departamento de psicología ha tenido que brindar apoyo este tiempo de pandemia, además de tener mayor conocimiento sobre las afectaciones mentales, para prevenir y dar un tratamiento adecuado.

Este segundo documento titulado *“Depresión en estudiantes universitarios derivada del Covid-19: un modelo de clasificación”* realizado por Gil, & Quintero, (2021). El objetivo de la investigación es pronosticar la depresión en alumnos universitarios y los elementos de estrés relacionados con la pandemia. Utilizando modelo de clasificación de árbol de decisiones (MCAD), con los resultados de un cuestionario de preguntas de escala Likert, la cual fue aplicada a una población 833 estudiantes universitarios de diferentes programas académico en Colombia, Se emplearon cinco constructos: familia, educación, economía, medios de comunicación y cambios emocionales. La variable dependiente del modelo fue la presencia o ausencia de depresión, y las respuestas de 700 estudiantes se emplearon en el entrenamiento y 133 para la prueba. Se concluye que el MCAD es válido para pronosticar depresión; tuvo una tasa de precisión del 87% en la muestra de prueba. En conclusión, se descubrió que los elementos que ejercen una mayor influencia en la aparición de estados son: la situación civil, el género, la edad, los desafíos educativos y la información recibida de los medios de comunicación. Fueron 229 hombres y 604 mujeres. Resultado: El estado civil es el factor más

significativo para prever la depresión en estudiantes universitarios; contar con una pareja sentimental contribuye a enfrentar las emociones negativas desencadenadas por la pandemia, como es el caso de la depresión.

El presente estudio de *“La depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19.”* (Ruvalcaba, González, Jiménez & Ruvalcaba, 2021). Expone que en México las actividades no esenciales se suspendieron, y la educación pasó de lo presencial a lo virtual. Se incrementaron las enfermedades psicológicas como el insomnio, ansiedad y depresión. La meta es obtener datos sobre la frecuencia de la depresión, ansiedad e insomnio entre los estudiantes de medicina durante el periodo de aislamiento debido a la pandemia de COVID-19. El método fue por estudio descriptivo y transversal a una muestra de estudiantes de 2020, Se recabaron datos sociodemográficos y se aplicó el cuestionario de salud general de Goldberg, la muestra fue a 177 estudiantes que formaron parte del estudio, 125 mujeres y 51 hombres de los 6 años de la carrera y 98.9% se encontraba en aislamiento. Se encontró que 35.8% de los estudiantes presentó síntomas de ansiedad, y 8% de depresión, con un mayor porcentaje de casos en el quinto año. Conclusiones: en los estudiantes de medicina de quinto grado el resultado fue superior al resto con síntomas de depresión.

Un cuarto artículo en la misma línea sobre el Covid-19 estudia *El impacto psicosocial en estudiantes de medicina en México*, (Botello, García, Góngora, Hernández & Ortiz, 2021) Investigators G, Expone cómo la pandemia está impactando la salud mental de la población en términos generales, pero resalta la necesidad de examinar específicamente a ciertos grupos, como los estudiantes de medicina. Estos han tenido que adaptar su proceso de formación profesional al cambiar a clases en línea y cancelar eventos académicos, experimentando además estrés por el temor de contagiar a sus familiares, especialmente aquellos involucrados en prácticas hospitalarias. En términos generales, los estudiantes de medicina son identificados globalmente como una población propensa a experimentar ansiedad y depresión, debido a su condición de estudiantes, su

juventud y su pertenencia a campos relacionados con la salud. Comparten que un grupo vulnerable de la pandemia ha sido los jóvenes como los estudiantes de medicina, quienes la pandemia ha afectado la salud mental, porque han cambiado su estilo de estudio. El objetivo es analizar las consecuencias psicosociales en los estudiantes de medicina, el método se realizó a través de un cuestionario de 82 preguntas valorar factores sociodemográficos, ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ9). Contestaron 483 estudiantes y se analizaron 384 cuestionarios respondidos en su totalidad: 43% mostró depresión y 24.5% ansiedad significativa, 61.3% reportó aumento de ansiedad moderada-severa, además se encontró que fueron factores de riesgo: ser estudiante de semestres clínicos, ser mujer, tener enfermedad mental previa y conocer a alguien con síntomas, son una población de riesgo para padecer ansiedad y depresión. Como área de oportunidad se llegó a la conclusión, es necesario realizar cuestionarios adaptados para una mejor valoración de los factores emocionales, junto a servicios de ayuda psicológica.

El artículo "*Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19*" Espinoza, González, Tejeda & Ontiveros, (2020). Consistió en evaluar los niveles de ansiedad, depresión, estrés y observar el estado de salud de los estudiantes universitarios por un tiempo de 7 semanas. Consistió en que fueron trasladados al confinamiento por la pandemia Covid-19. El método del estudio fue observacional-transeccional, con la muestra N= 644 (276 mujeres y 368 hombres) con edad promedio de 21.95 años, cuyo contenido se estructuró por el Inventario de Ansiedad Estado, Escala de Estrés percibido (PSS-14), Cuestionario General de Salud (GHQ-28) y datos sociodemográficos. Los resultados fueron síntomas de moderados a severos: estrés (31.92%), psicosomáticos (5.9%), problemas para dormir (36.3%), disfunción social en la actividad diaria (9.5%) y depresivos (4.9%), especialmente en el grupo de las mujeres y en los estudiantes más jóvenes (18-25 años). En este último grupo con ansiedad (40.3%) con mayores niveles en los hombres. En resumen, llegaron a la conclusión de que resulta crucial implementar programas destinados a prevenir, controlar y reducir los impactos psicológicos generados durante el confinamiento

por la pandemia. El propósito es contribuir al bienestar y la salud mental de los estudiantes universitarios.

Se realizó un artículo de investigación respecto al panorama de la pandemia en México, *Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19* Gómez, Hernández, Lara, Medina, y Trujillo (2020). Se observaron las características de sintomatología psicológica, la distancia social y la falta de comunicación directa, sumadas a la ausencia de vacunas y tratamientos efectivos, la incertidumbre sobre la duración del aislamiento, y los impactos económicos, sociales y de salud, generaron un ambiente de incertidumbre en la población. Esto conlleva a un aumento en el riesgo de desarrollar trastornos depresivos, estrés y ansiedad. El estudio tuvo el propósito de identificar las asociaciones de las características sociodemográficas y síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempo de covid-19, en los habitantes de Saltillo, Coahuila, México. El método fue transversal, estudio correlacional predictivo de corte transversal. La muestra fue de 501 participantes, recolectados a través de una encuesta online. Los hallazgos indicaron que la probabilidad de experimentar síntomas depresivos graves se incrementa con la edad y la falta de una relación sentimental. Los más jóvenes mostraron 95% mayor probabilidad de presentar estrés elevado. La probabilidad de experimentar ansiedad severa se relacionó con ser mujer y carecer de empleo. Se encontró asociación entre las características sociodemográficas como el sexo, edad e ingreso económico con los síntomas depresivos, nivel de estrés y ansiedad en tiempos de la pandemia. Respecto a los síntomas depresivos, 64.70% manifestó no tenerlos, 12.80% presentó síntomas depresivos leves, y el 11.40% y 11.20% de moderados a severos. Estos hallazgos ofrecen información inicial sobre ciertos aspectos vinculados a la salud mental en el marco de la crisis sanitaria actual en México.

La pandemia y algunas afectaciones en México y en el mundo son de varias formas y aspectos que trascienden los contagios, la cuarentena, las hospitalizaciones y los fallecimientos. Un gran número de individuos se vieron

forzados a cesar sus labores o disminuir sus horas de trabajo, mientras que algunos negocios se vieron obligados a cerrar total o parcialmente. Algunos se fueron a teletrabajo desde casa y millares de jóvenes estudiantes se trasladó a formato escolar en línea. Un gran porcentaje poblacional permaneció en casa, con mayor convivencia familiar, y a la vez enfrentando conflictos y violencia. El miedo a ser contagiado ha permeado en la comunidad. El tema del siguiente estudio es *La Depresión en México en tiempos de pandemia* por Belismelis, Gaitán, Leyva & Pérez (2021). El objetivo de este trabajo son dos puntos, uno es indagar los cambios en las tendencias sobre la depresión en la población relacionados con la pandemia de Covid-9, y la segunda analiza las variaciones en la depresión por género y por nivel socioeconómico. El método es la encuesta de Encovid-19, es la encuesta mensual recolectada por el instituto de investigación y desarrollo con equidad de la universidad Iberoamericana, en conjunto con cuantificación cuantitativa, desde el abril 2021, dio información sobre la pandemia que ha afectado el bienestar de las familias mexicanas. El objetivo de Encovid es ofrecer información sistemática sobre los efectos de la pandemia, en cuanto a empleo, ingreso, inseguridad alimentaria y salud mental. La manera es por encuesta por teléfono celulares de personas mexicanas, se basó en cinco preguntas sobre la calidad de vivienda. La muestra analítica proveniente de la Encovid-19, en abril de 2020, fue de 771 personas. La conclusión señaló un aumento en los niveles de depresión entre la población al inicio del confinamiento, el cual mostró una disminución a medida que transcurría el tiempo. esta tendencia también observada en otros países, y con la larga duración de prevalencia de los niveles de depresión, y que una pandemia larga e incierta, difícilmente lleguen a descender la depresión como los niveles de 2018.

Seguimos observando más temas de investigación sobre esta línea, este estudio explica una posibilidad de ayudar para disminuir las afectaciones, este artículo de "*Intervención para reducir ansiedad, depresión y estrés en universitarios mexicanos durante la pandemia*", Bautista, Cueto, Franco, y Moreno (2021). La acción dirigida a disminuir los niveles de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios. La salud psicológica y sus factores de los jóvenes

universitarios conlleva alteraciones a corto y mediano plazo. Generando situaciones negativas en el desempeño académico, inadecuada autoestima y una deserción escolar; por ello es necesario atender de manera pronta vitar dificultades más severas. Sus alteraciones psicológicas pueden ser conductual, cognitivo o afectivo. El objetivo es evaluar cómo una intervención breve impacta en la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios durante la pandemia de la Covid-19. Por medio de un método, diseño cuasiexperimental, longitudinal (pretest-postest con un seguimiento) de un grupo experimental y un grupo control. Participó una muestra no probabilística intencional de 44 universitarios varones y mujeres de entre 18 y 24 años, quienes contestaron en los 3 momentos de evaluación la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la Escala de Estrés Percibido. Se llevó a cabo una intervención breve en línea, basada en psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales para reducir ansiedad, depresión y estrés. Resultados: 40,7 % y 37,0 % de los participantes, presentaron un cambio clínico positivo en ansiedad. Para depresión fue positivo en 25,9 % y 18,5 %, y en estrés 11,1 % y 33,3 %, se observó en esta última variable, un incremento del porcentaje de universitarios con tendencia positiva. Conclusión: la intervención breve a través de plataformas en línea resultó en una disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios durante la pandemia.

Terminando con los artículos de investigación, encontramos elementos valiosos y que prevalecen en los jóvenes estudiantes y, sí pueden tener afectación con lo referente a la depresión en la pandemia.

Páez & Peña, (2018) En su artículo sobre *El método de intervención con visión sistémica*. El objetivo es reconocer las formulaciones teóricas que se han desarrollado en relación con la depresión en estudiantes universitarios jóvenes. Artículo de tipo investigativo desde una visión cualitativa, con reflexiones de segundo orden, donde “el observador participa activamente de lo que se observa, a la vez que se hace responsable de sus propias observaciones, en una posición de meta observación.” (Ibáñez, 1990; Mejía, 2002). En este tipo de investigación, desde

la perspectiva sistémica, el vínculo investigador-participante.” p. 342. La reflexión de segundo orden se configuró de manera secuencial, mediante una observación esquematizada de manera recursiva y autorreferencial. Este proceso de diálogo dio lugar a nuevas comprensiones, adoptando una perspectiva sistémico-constructivista, en la cual el observador se orienta hacia otros espectadores y sus propias observaciones. Además, se realizó una entrevista con una experta en el área social, percibido como un encuentro íntimo entre investigadores y participantes no estructurados de manera directa. La finalidad es alcanzar niveles más profundos de comprensión sobre su individualidad e intimidad, siguiendo la metodología de equipo reflexivo.

La evaluación permite identificar cuatro categorías: en aspectos biológicos descriptivos como lo personal-contextual y académico, una comprensión estructural sistémica y otra sistémico relacional. Los componentes que fueron comparados durante una entrevista con una estudiante universitaria que experimentó episodios depresivos a lo largo de su vida académica, con la intención de derivar conclusiones que contribuyan a un enfoque multidimensional.

Se establecieron varias fases: 1. Revisión documental. Se determinó como criterios de inclusión: 1) investigaciones sobre la depresión en jóvenes universitarios; 2) estudios publicados a partir del año 2000; 3) Teorías sistémicas que abordan la depresión y que sustentan conceptualmente hallazgos investigativos, 4) investigaciones sobre depresión en jóvenes desde una perspectiva sistémica. El proceso de búsqueda se realizó en las bases de datos Redalyc, Scielo, Scopus y Google academics. p.342

La revisión de documentos arroja cuatro categorías principales de explicación y comprensión conceptual previamente mencionadas. A partir de esto, surgen reflexiones sobre la importancia de adoptar una perspectiva integral en el enfoque de este tema.

Conclusiones: La evaluación de las diversas perspectivas sobre la depresión en estudiantes universitarios indica la importancia de abordar este fenómeno de manera holística y contextual. Se llega a la conclusión de que es necesario un

enfoque integral, interdisciplinario y contextual, considerando la complejidad de las relaciones presentes en el entorno y contexto.

Debido a las consideraciones anteriores sobre las investigaciones de los artículos revelan lo conocido como la “*depresión*” tanto en estudiantes como en el resto de la población refleja que es un problema recurrente; y que el ser estudiante en diferentes universidades de medicina puede tener la prevalencia de este malestar. Sin embargo, no es la única manera de adquirirlo, puede ser desencadenado por estrés y en contextos de interacción social. En México como en otros países, hablan de que en la pandemia actual han incrementado el padecimiento, con ellos se evidenció que este padecimiento es actual y vigente.

Lo que se conoce como la depresión en estudiantes y sin contexto de pandemia es una realidad, que reporta niveles estresores por la competitividad entre compañeros, el futuro expectante, y la toma de decisiones con nuevas formas por afrontar, así en algunos casos afectando la salud mental. Esto significa que sin la pandemia el estrés ya se vivía en este sector de la población. Otros datos con relación a la depresión y jóvenes fueron las relaciones familiares; ya que puede constituir un factor más de estrés, los recursos económicos escasos es otra característica que puede ocasionar estrés y creciendo al llegar a una posible depresión. Existen otras alteraciones como violencia intrafamiliar, estrés, ansiedad y trastornos del sueño, ya que la carga de trabajo aumenta el nivel de estrés.

Constructivismo y construccionismo social

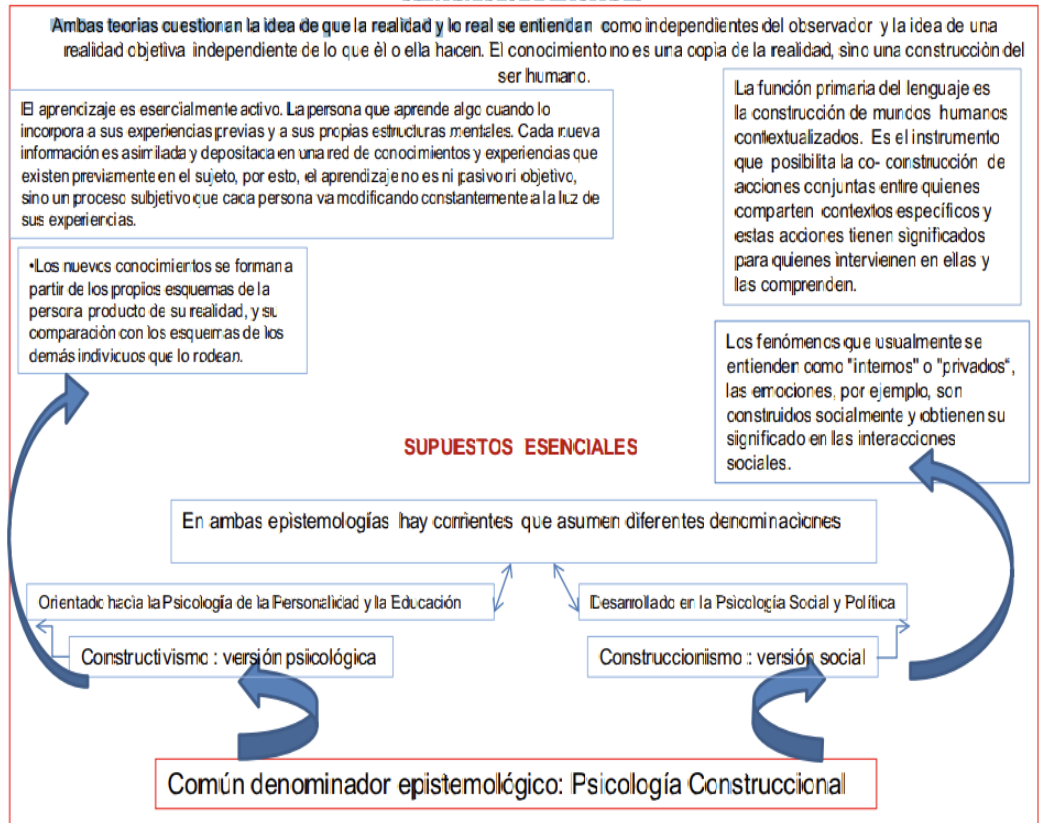
Un concepto que es relevante en este estudio es referente a la terapia narrativa que se fundamenta con una epistemología construccionista. Para comenzar a conocer más sobre el construccionismo es importante ir a la génesis y la relación que tiene con lo que se conoce como constructivismo, así como las diferencias, lo cual lo exponen Agudelo & Estrada (2012). En su artículo

“Constructivismo y Construcción Social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes Teóricas” simplifican la historia del construccionismo y la relación con el constructivismo, como también las diferencias. Proporciona una visión panorámica sobre el constructivismo y construccionismo social, lo que expande nuestra visión para la comprensión. Además, indica algunos de sus fundamentos de similitud y otros que difieren, tiene además un elemento para entender la praxis social y terapéutica.

El constructivismo y el construccionismo social están dentro del pensamiento posmoderno. El pensamiento posmoderno presenta una forma novedosa de conocimiento crítico que se distancia de los principios del conocimiento en la modernidad, caracterizado por su enfoque positivista, demostrable y verificable, que busca generar verdades universales a través de métodos estandarizados que establecen la separación entre sujeto y objeto. Está centrado en la persona, a la vez que esta parte de sus vivencias y su relación con los demás, creando nuevos conocimientos respecto a los objetos, siempre que sea algo significativo.

La ideología posmoderna tiene dos variables: el constructivismo, en su vertiente psicológica, y el construccionismo, en la dimensión social. Se identifica a Von Glasersfeld como el representante más destacado de la versión radical del constructivismo, mientras que a Keneth Gergen se le reconoce como el exponente principal del construccionismo. A continuación, se presenta una tabla de convergencias y divergencias.

TABLA 1
CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO
CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS *



* Elaborado por las autoras

Leer

Figura 2. (Agudelo & Estrada 2012, P.356)

La similitud entre los constructivistas y construccionistas radica en un proceso psicológico y social que actúa como constructor de la realidad, determinando así el comportamiento humano.

El Constructivismo fue en la mitad del siglo XX, a través de diversas teorías de disciplinas matemáticas, biológicas, psicológicas, físicas y psiquiatría lo que con sus aportes e investigaciones.

Se entiende por constructivismo la corriente de pensamiento según la cual el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano; esta construcción se realiza con los esquemas que la persona ya posee (conocimientos previos), o sea, con lo

que ya construyó en su relación con el medio que la rodea. En este sentido, el proceso de obtención de conocimiento no guarda relación directa con una realidad ontológica, sino que dicho proceso construye la realidad observada. (Agudelo & Estrada,2012 p.358)

La percepción del aprendizaje humano implica una construcción interna y subjetiva, donde la objetividad se encuentra separada del individuo, ya que todo conocimiento es interpretativo. El propósito es proporcionar información esencial y fidedigna acerca de algunos de los principales exponentes que se alinean con la corriente epistemológica del posmodernismo-constructivismo.

-Gaston Bachelard (1884-1962): Filósofo francés, poeta, físico y docente de física. Su contribución se encuentra en la obra "La formación del espíritu científico" (1938).

-Gregory Bateson (1904-1980): Antropólogo, científico social, lingüista y cibernético inglés. Sus contribuciones notables se centran en la teoría de sistemas y la cibernética, reflejadas en sus escritos.

-Humberto Maturana Romesín (1928): Biólogo y epistemólogo chileno. Argumenta la necesidad de modificar la pregunta acerca del ser, sosteniendo que esta implica la existencia de una realidad objetiva independiente del observador. En su lugar, aboga por la pregunta sobre el hacer, partiendo de la premisa de suspender la objetividad.

-Edgar Morin (1921) Filósofo y sociólogo francés. Fundó sus ideas en las teorías de la cibernética, la de sistemas, la de información y retoma la teoría de la auto-organización de Heinz von Foerster, proponiendo la epistemología de la complejidad, que concibe el universo como una mezcla de caos y orden.

-Jean William Fritz Piaget (1896-1980): Epistemólogo, psicólogo y biólogo suizo, reconocido por ser el creador de la epistemología genética. Es célebre por sus investigaciones acerca de la infancia y por su teoría del desarrollo cognitivo.

-Heinz Von Foerster (1911-2002) Científico y ciberneta, nacido en Viena, estudió física y matemáticas.

-Ernst Von Glasersfeld (1917-2010) Filósofo y cibernético alemán; teórico del constructivismo radical. Profesor de psicología en la Universidad de Georgia y en la de Massachusetts.

-Lev Semiónovich Vygotsky (1896-1934) Psicólogo ruso, judío, destacado teórico a quien se le considera fundador de la psicología histórico-cultural y precursor de la neuropsicología soviética.

A continuación, y después de conocer la relación con el constructivismo, expondremos lo que se explica en su descripción,

El construccionismo retoma los aportes del constructivismo de Jean Piaget, o constructivismo psicológico, del constructivismo social de Lev Vygotsky y de las teorías de la psicología social genética; e introduce nuevas ideas al reconocer que la función primaria del lenguaje es la construcción de mundos humanos contextualizados, no simplemente la transmisión de mensajes de un lugar a otro. Sus teóricos aceptan que lo que ocurre entre los seres humanos adquiere significado a partir de la interacción social expresada a través del lenguaje. (Agudelo & Estrada 2012, p.364)

La importancia del lenguaje en esta visión constructivista es lo que hace la distinción, y que a partir del lenguaje se describe o construye la realidad y las acciones y conductas de las personas son moldeadas por este procedimiento.

A través del lenguaje la co-construcción las acciones conjuntas entre quienes comparte los varios contextos, y con las acciones se adquieren significados para quienes intervienen y así lograr comprenderlas.

Un destacado aportador a lo teórico sobre el construccionismo social es Harlene Anderson (1997). Indica que la ubicación social del comportamiento va más allá de una simple relatividad, ya que el contexto se percibe como un ámbito de numerosas relaciones construidas a través del lenguaje. En este entorno, tanto las

acciones como los sentimientos, las emociones y las comprensiones son compartidos de manera comunitaria.

Los construccionistas, comprenden que los conceptos son constitutivos de las prácticas discursivas, por medio del lenguaje, además socialmente refutado y sujeto a negociación. En el enfoque del construccionismo social, se ubican las raíces de la acción humana en las relaciones y se busca entender lo individual en el contexto de lo comunitario.

Un iniciador del construccionismo social Kenneth J. Gergen (1935) nació en Carolina del Norte. Es maestro de varias universidades en Estados Unidos, Fundador y director del Taos Institute y otros cargos importantes en la investigación. Es considerado uno de los padres del construccionismo social.

Su interés radica en una comprensión "relacional" tanto de la identidad como de las narrativas del self. Además, muestra interés en los efectos de la tecnología en la vida social.

W. Barnett Pearce (2010) comunicador social y lingüista, doctorado de la Universidad de Ohio, además de otros títulos académicos. En los ochenta del siglo XX comenzó en el enfoque de la comunicación, conocido como la construcción social del significado, más conocido como CMM, como una ciencia social interpretativa, destaca la pregunta sobre ¿qué están haciendo las personas cuando se comunican unas con otras?

John Shotter, originario de Inglaterra, inició su formación como ingeniero y posteriormente completó un doctorado en psicología del desarrollo. Actualmente, ejerce como profesor de comunicación en el departamento de comunicación de la Universidad de New Hampshire. Sus escritos abarcan temas como el construccionismo social, sus alcances y limitaciones, la investigación-acción, la identidad y el lenguaje. Su obra sostiene que las "realidades" son socialmente

construidas y se mantienen en las interacciones conversacionales cotidianas y desordenadas de las personas.

Las diferencias entre ambos enfoques comienzan con que el construccionista le critica al constructivista atribuir la responsabilidad al yo y que el sujeto es el origen del significado. El construccionismo promueve el meta-desarrollo de la conversación para que continúe. La implicación epistemológica sobre los estudios de eficacia no tiene peso, pues ninguna técnica es universal, ni independiente del contexto discursivo y no existen criterios universales de éxito o fracaso.

El construccionismo, en cambio, prefiere el conocimiento local, circunscrito a un contexto, un autor, unos personajes y un momento histórico, y rehúye las metateorías y afirmaciones universales sobre cómo ocurren las cosas. La meta es hacer que la conversación prosiga. (Agudelo & Estrada 2012, p.369)

Para finalizar las convergencias y divergencias, acudimos a Kenneth Gergen (1996) en Agudelo & Estrada (2012, p.373-374), que define en tres categorías las distinciones entre constructivismo y construccionismo social:

1. Del proceso mental al social: los terapeutas constructivistas se centran en las construcciones, los significados y la cognición del cliente; en cambio, el terapeuta construccionista pone en paréntesis el interés por los constructos individuales y centra su atención en el lenguaje como proceso microsocioal.

2. Hacia la igualación y la co-construcción: aunque la posición del terapeuta como un experto ha sido puesta en tela de juicio por constructivistas como Mahomy, para la mayoría de los constructivistas el terapeuta sigue siendo independiente de la subjetividad del cliente e intenta, desde este lugar, perturbar el sistema cliente. En cambio, el terapeuta construccionista la pérdida de autoridad del terapeuta es un dato primario; las formas de vida de éste interactúan con las del cliente para generar alternativas útiles. El terapeuta es un colaborador.

3. Del diagnóstico y la cura a la responsabilidad cultural: si bien el terapeuta constructivista ha cuestionado el diagnóstico y la cura, continúa teniendo interés por los problemas que requieren soluciones; en cambio, el terapeuta construccionista reconoce la

naturaleza contingente de las construcciones propias, es sensible ante sus posibles efectos y demuestra apertura a generar alternativas; asimismo, reconoce la condición del cliente como miembro de una cultura y su participación en los enlaces de significación dentro de ella.

Pasando a otros estudios valiosos, un artículo de difusión científica de la universidad de las Américas en Chile, realizado por Humberto Onetto (2004), desarrolla la explicación sobre el constructivismo en la psicología y destaca lo siguiente. El constructivismo es una corriente posmoderna, personalizada en Bateson, Watzlawick, Maturana, White y otros. En la función de describir “algo” que está a nuestro alrededor o una situación, es necesario una construcción de la percepción, es decir, todo lo que llega acontecer y afecta nuestros sentidos, desarrolla un proceso de atribuir un significado.

El constructivismo tiene dos vertientes:

- A. La teórica, es integración de los múltiples enfoques teóricos, explica qué es el hombre en su conjunto, la universalidad del ser humano.
- B. La personalista, es relativa a cada persona concreta, que sólo pretende una versión específica, individualizada de quién y cómo es cada uno, en su caso particular, único e irrepetible.

Según Bruner citado por Onetto (2004), hay dos formas de conocer la realidad:

- A. Paradigmática: Su objetivo es la verdad consensuada por la comunidad científica y su trabajo tradicional.
- B. Narrativa: Sólo pretende la credibilidad; es el mundo de las historias y de las intenciones que transforman el tiempo.

Nuestra representación del mundo, y aún nuestra propia identidad, no se corresponden con una descripción estática y fija, sino que son una historia viva o dos

versiones de la misma historia, que se desplazan evolutivamente al ritmo y compás con que el propio narrador se desplaza por el tiempo. (Onetto, 2004, p.39)

Un artículo sobre la reflexión de la terapia narrativa de Mardones y Albornoz, (2014), sobre el contexto de formación y aplicación, comparte la experiencia de terapeutas del trabajo en la terapia y el proceso mismo, partiendo de puntos medulares, en relación con las técnicas conversacionales y el proceso de deconstrucción. Obtuvieron un resultado de los elementos que tomaban en cuenta los terapeutas que facilitan el proceso terapéutico y la dinámica pedagógica que desencadena las habilidades escuchar relatos, deconstruirlos y elaborar nuevos relatos alternativos. El método fue por medio de entrevistas, siendo la terapia el espacio de encuentro de dos personas, y las habilidades que permiten humanizar el mismo proceso terapéutico. Se encontró que las narraciones son una posición frente a la vida ya que la narrativa es un elemento que debe estar presente. Los relatos que el paciente ha construido en cada sesión son creados en un tiempo, un contexto, con supuestos y categorías de su propio sentido. Surge la experiencia frustrante por no poder resolverlo y que impacta con su propia vivencia. A la vez se observa que el relato ha sido compartido en repetidas veces con otras personas, fortaleciendo las opiniones, categorías e incluso los silencios. Al mismo tiempo la narración da sentido a su propia historia.

Después del breve ensayo realizado en la investigación, hay aspectos esenciales a considerar en el contexto terapéutico. Se resalta la importancia de recabar información sobre las percepciones, ideas, creencias, maniobras, habilidades y recursos del terapeuta durante la terapia. Esto se hace con el propósito de identificar posibles áreas de desconocimiento, fomentar la discusión y emprender acciones orientadas al desarrollo de las capacidades terapéuticas. En resumen, se subraya la relevancia de las habilidades comunicativas del terapeuta, tanto verbal como no verbal, para una evaluación significativa del consultante. Además, se destaca que el terapeuta no solo debe poseer habilidades técnicas, sino también llevar a cabo intervenciones básicas como prestar atención visual,

escuchar, demostrar buen humor, ser amable y respetuoso, entre otras. La evaluación realizada por los terapeutas en formación sugiere que esta estrategia puede ser efectiva para desarrollar clínicos capaces de escuchar activamente las narrativas de los pacientes.

En el proceso dialogal que supone la terapia, desde la sistémica hasta los enfoques narrativos, se presentan algunas técnicas y estrategias conversacionales que suponen por parte del terapeuta poner en escena maniobras como el asombro y valoración de las excepciones del problema por pequeñas que sean, el refuerzo positivo, la autorrevelación, las devoluciones, posición one down, resignificaciones, el elogio terapéutico, metáforas, cuentos, el diálogo sugestivo e indirecto, la externalización, etc. De forma tal que el paciente no sienta que se minusvalora su problema, o se sobrevaloran situaciones en las que él verdaderamente no considera como logros. (Albornoz & Mardones,2014 p. 110)

Por último, las evaluaciones de este estudio concluyen que estos elementos permiten proyectar, estableciendo una sencilla y eficiente estrategia para los terapeutas frente a la escucha activa de las narraciones de los pacientes.

Características relevantes sobre el construccionismo

En un estudio sobre *“El construccionismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social”* Sandoval,2010. A lo que refiere de modo de “crítica” no lo descalifica o devalúa, más bien lo asume como algo a conocer y crear apertura. El construccionismo puede comprender la unidad en la diversidad, requiere una mirada homogénea, una mirada en diversos ángulos, compleja con expresiones varias de la psicología y otras ciencias sociales.

ha ido sedimentando como un conjunto de perspectivas claramente identificables, de modo que nadie dudaría que está ahí, que puede ser visto, la desconstrucción de sus propuestas resulta una tarea prioritaria en la formulación de un proyecto propiamente construccionista. (Sandoval,2010, p.32)

Características del construccionismo de diversos desarrollos teóricos, propuestos fuera de la disciplina de la psicología. (Sandoval 2010, p.32)

- 1. Como consecuencia de los efectos del giro lingüístico, el construccionismo realiza una crítica radical a la idea que el lenguaje tendría la capacidad para vehicular los contenidos mentales o para representar los hechos sociales.

-2. A partir de la lectura de autores como Ludwig Wittgenstein, el construccionismo hace una crítica profunda a la creencia de que la mente contenga representaciones que realmente reflejan lo que es el mundo externo;

-3. Tras los planteamientos de Tomas Kuhn y Imre Lakatos en la filosofía de la ciencia, los enfoques construccionistas se hacen parte de la crítica a la concepción progresiva y acumulativa del pensamiento científico;

- 4. A partir de los planteamientos de autores tan diversos como Michel Foucault o Richard Rorty, el construccionismo se pliega a una visión crítica de la noción moderna de la verdad.

El construccionismo ha presentado una perspectiva diferente al enfoque individual del conocimiento, examinando el papel que desempeña el conocimiento compartido por una comunidad en la preservación y reproducción de la realidad.

El construccionismo, asumiendo una clara inspiración en las perspectivas posmodernas, define la noción de acción discursiva, como el objeto de investigación privilegiado estudiar estos procesos de construcción social, eliminando progresivamente de su repertorio conceptual categorías metafísicas y mentalistas para dar cuenta de la subjetividad, y categorías materialistas para dar cuenta de la realidad social. (Sandoval,2010, p.34)

En el construccionismo las categorías referenciales sobre el discurso, subjetividad e historicidad aparecen en el ámbito de la psicología social construccionista, constituyendo una disciplina auténtica dentro de este campo. Las metáforas que se emplean puedan ayudar a escapar y facilitar las dualidades presentes en los recovecos. Esta perspectiva nos confirma la separación entre el individuo y el entorno, lo social y lo natural, lo humano y lo tecnológico, no puede ser vista por separado, como separación ontológica.

La narración compleja

Ramos (2001) expone que la narración implica una acción pública, y este compartir se logra mediante la comunicación del relato. La creación de la narrativa depende de nuestra comprensión de qué es, cómo opera y cómo se desarrolla. La tarea del terapeuta es prestar atención a la persona que cuenta lo suyo, lo que le pasa y le preocupa, ubicando lo que no es suyo, lo que es cultural o de los demás. También entender lo pretende el terapeuta evitar consecuencias indeseables de lo que le está ocurriendo.

Vivimos inmersos en relatos. O más bien habría que decir sumergidos; sumergidos en los relatos de los otros y sumergiéndonos (implicándonos) y sumergiendo (e implicando) a los otros en nuestros relatos. Porque un relato no solo es dar cuenta a otros de algo que él no sabía (si el relato es, o pretende ser, verídico) o no imaginaba (si el relato es o pretende ser, ficticio) es una experiencia participativa. (Ramos,2001, p.19)

Señala que en la narración es parte de un misterio que se contará desde unos valores y una práctica que lo apoyan narrativamente. En el relato. “cualquier relato vehiculiza, da cuenta (parcial pero significativamente) de un mundo.” (Ramos, 2001, p.39).

La narración es un conjunto de acontecimientos colocados en secuencias. Pero no es una mera yuxtaposición de anécdotas, una simple sucesión episódica; los acontecimientos se predicen unos a otros de tal forma que la secuenciación acaba delineando un proceso de cambio. En una narración acabada hay un proceso de cambio, más o menos radical (ya más o menos deseable) desde cómo empieza a como acaba de la situación inicial a la final. (Ramos, 2001, p.65)

La forma de componer un relato de forma de narración mínima, es decir, de lo que se necesita mínimamente para que exista. Es a partir de un conjunto de proposiciones, dos por lo menos, acomodadas de forma de historia o secuencia, que refieren a un autor principal. Las historias relatadas son significativas por aquello que se dice y lo que no, además, la selección de hechos es tan valiosa como los hechos. La historia llega al que escucha de una manera determinada.

Es importante indicar que las historias o relatos no tienen un orden cronológico lineal. “ni en las narraciones ficticias ni en las verídicas, ni en las plácidas, ni polémicas, las narraciones empiezan por el principio y continúan ordenadamente hasta el final.” (Ramos, 2001, p.49), por lo que el terapeuta tendrá la tarea de ordenar cronológicamente, con una función de pensador, para alcanzar cierta objetividad de los hechos.

Ramos, propone que un proceso narrativo tiene una serie de órdenes: orden cronológico, orden lógico, orden configuracional y orden interactivo.

Construccionismo y la terapia colaborativa

Una propuesta con base en el construccionismo es la terapia colaborativa; las nociones de contexto y relaciones son marco para reflexionar por medio de la propuesta del construccionismo social y la crítica postmoderna. La psicoterapia es una práctica con punto de partida en el recuento de las historias.

El marco conceptual basado en el construccionismo aporta una transformación:

La hermenéutica filosófica contemporánea y el construccionismo social ven a los sistemas humanos como entidades complejas integradas por individuos que piensan, interpretan y comprenden. (Anderson, 1997, p.72)

Como hemos visto el posmodernismo alienta el cuestionamiento social, es la línea que siguió la aportación teórica de Anderson:

Desde una perspectiva posmoderna todo es posible cuestionarlo, incluyendo el posmodernismo mismo. Ahora que entramos en el periodo posmoderno y la realidad objetiva desaparece, no se atribuye más verdad a las teorías científicas organizadoras aceptadas. (Anderson, 1997, p.72)

El paisaje posmoderno construye dos perspectivas interpretativas: hacia una transformación del lenguaje. El uso del lenguaje nos posibilita explorar las metáforas

de la cibernética y de los sistemas sociales. Esto incluye la conceptualización de los sistemas sociales como entidades lingüísticas y como sistemas de comunicación dinámicos que evolucionan y desarrollan conceptos específicos en respuesta a problemas. La hermenéutica filosófica contemporánea y el construccionismo social desde el punto de vista de Anderson ambos llevan a una transformación posmodernista de la cultura de la terapia. Resaltando los significados y su importancia de la premisa, y postula:

Los significados de las palabras, los significados que atribuimos a los acontecimientos y experiencias de nuestra vida, incluyendo nuestras identidades, son creados por individuos que conversan e interaccionan con otros y consigo mismos, y son siempre susceptibles de una variedad de interpretaciones. Además, tanto para la hermenéutica como el construccionismo social. (Anderson, 1997, p.73)

Anderson, en sus aportaciones del construccionismo social. Explora la naturaleza interrelacional del conocimiento y la idea de que el yo es una construcción lingüística expresada a través del lenguaje. Este concepto sirve como elemento central de la base conceptual. Al nacer, la persona humana tiene la potencia, y los construccionistas sociales explican cómo esa potencia se convierte en una personalidad real, y que puede discernir, con una capacidad de acción creadora.

El construccionismo social, es el contexto interaccional y comunal donde se genera la producción de significados; la mente es relacional, y el desarrollo de sentido es discursivo. [...]. El construccionismo social va más allá de la contextualización social de la conducta y la simple relatividad. El contexto es conceptualizado como un dominio multirelacional y lingüístico, donde las conductas, los sentimientos, las emociones y las comprensiones son comunales. (Anderson, 1997, p.80)

El enfoque colaborativo que originó Anderson se refiere a una nueva conceptualización de la terapia: un sistema de lenguaje y un evento lingüístico que se refiere a la interacción y a una conversación colaborativa, conduciendo a una exploración compartida de posibilidades.

La terapia colaborativa de Anderson se plantea con su epistemología basándose en el posmodernismo. En su enfoque colaborativo se basa en las siguientes premisas filosóficas (1997, p.29):

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido. Son formas de acción social que generan procesos mentales individuales independientes cuando construyen la realidad.

3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.

4. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros, y junto a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.

5. El lenguaje es generador. Da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.

6. El conocimiento es relacional, está insertado en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas es donde se genera.

La terapia colaborativa abre junto con la terapia narrativa al poner en el centro a la persona y escuchando la experiencia misma. Por otro lado, es una manera posmodernista de construir el conocimiento, sus precursores han expandido con sus teorías nuevas formas de abordajes.

Todos los artículos expuestos tienen la intención de abrir el panorama y justificar como es el presente estudio y la influencia del problema en un contexto similar, que da referencias de la prevalencia de este conflicto.

Al llegar al término del análisis de los artículos anteriores sobre la depresión encontramos que en la etapa de la juventud sí es posible la aparición de esta condición emocional depresiva. Al igual el ser estudiante de medicina y en la formación académica es posible las recurrencias de estresores que facilita la aparición de síntomas depresivos. A la vez un nuevo elemento a conjugar es el

contexto social en pandemia que ha llegado a crear una serie de implicaciones que favorece a la prevalencia de síntomas depresivos.

El construccionismo a través de las terapias que asumieron su epistemología desarrolla una manera de intervención para disentir los conceptos y categorizaciones, proponiendo una nueva forma de ver la realidad. Lo anterior es lo que el resto de los artículos sobre la base epistemológica sustenta. La terapia colaborativa y la narrativa son formas de intervención que brinda una manera peculiar de intervención.

Marco Teórico

En este apartado se expone la teoría que otorga un significado a la investigación sobre la depresión, se presentan las propuestas de algunos autores y voces del área de la psicología. El primer apartado es sobre la etapa de la juventud, segundo apartado es sobre la depresión, después sobre el construccionismo y por último la terapia narrativa y los conceptos de esta.

Juventud

El gobierno de México a través del Instituto Mexicano de la Juventud, (2017), describe el concepto de juventud, es un término que permite identificar el periodo de vida de una persona que se ubica entre la infancia y la adultez, es entre los 12 a los 29 años, también tiene que ver con un conjunto de características diversas difíciles de enlistar.

La sociedad tiene su determinado “tipo de jóvenes”, pues este, varía según las regiones e incluso dentro de un mismo país, por diversos factores: hereditarios, clima local, estado de salud, alimentación, clase social y cultural, nivel de actividad física o intelectual, cultura, educación, entre otros. (IMJUVE, 2017)

El desarrollo psicosocial de Eric Erikson (1988), es un trabajo que relata aspectos de la teoría sobre las fases psicosociales. El apartado sobre la juventud pone características específicas de la etapa, lo identifica como un estadio de intimidad versus aislamiento, se desarrolla el amor Joven Adulto: de 20 a 30 años. Es la etapa del momento de la genitalidad, se desarrolla en la madurez psicosexual y la relación sexual saludable, donde están compartiendo con alguien, a quien aman, con quien puedan y quieran compartir los ciclos de vida de reproducción, de trabajo y ocio. Aunque también se puede desarrollar la intimidad versus aislamiento. En los estadios y modos psicosexuales que refiere Erikson se sitúa al desarrollo de

la genitalidad con un radio de relaciones significativas, partícipes de amistad, sexo, competición, cooperación y el desarrollo de las fuerzas básicas a través del amor.

Sobre la intimidad, Bordignon, (2005) expresa:

La intimidad sintónica es una fuerza que lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos significativos. (P.57)

En contraposición, se encuentra el aislamiento afectivo, la separación o la exclusividad que resulta en un estado de individualismo y egocentrismo, ya sea a nivel sexual o psicosocial, o ambos. Mantener un equilibrio entre la intimidad y el aislamiento potencia la capacidad para experimentar el amor y desempeñarse profesionalmente. Con la transformación del *yo* al *nosotros*, surgen las relaciones integrativas sociales y compromisos con entornos sociales, como la sociedad, profesión, amistades, etc. Es una expresión dialéctica del *yo* al *nosotros*, dejando de manifiesto que es una etapa de la relación del *yo* con el mundo que habita.

Siguiendo con las características de la etapa, Bordignon,(2005), comenta que “La capacidad de amar y trabajar se transforma en corrientes de asociaciones de solidaridad” p.57, dando un paso a la relación con su entorno de interés, en relación con los otros.

La fuerza del amor transforma la expresión del “yo soy” a “nosotros somos”, El concepto de "nosotros", que abarca a nuestra familia, hijos, empleo y las comunidades a las que pertenecemos, se convierte en corrientes de solidaridad a través de la capacidad de amar y trabajar (ritualizaciones integradoras). Esto contrasta con sistemas elitistas (ritualizaciones desintegradoras) que surgen del aislamiento afectivo y social, y que pueden dar lugar a comportamientos narcisistas.

La juventud es vista como una etapa histórica, una manera de incorporarse a la sociedad, con incursiones de acciones normalizadas por la sociedad; como

ejemplos están la conformación de una relación de pareja, una profesión, el desarrollo de la educación superior, etc. El término juventud es algo reciente en la historia esto según la teoría de Erikson (1989).

La Psicología del Desarrollo tiene un punto de vista sobre la fase universitaria. Se coincide con el periodo de vida llamado Adulthood Emergente, etapa situada entre los 18 y los 29 años donde lo más característico es que los jóvenes que transitan por ella no se ven como adolescentes, a la vez tampoco siente que ha llegado a la adultez.

La Adulthood Emergente (AE) se manifiesta como un fenómeno cultural en sociedades industrializadas a partir de los cambios sociodemográficos de las últimas décadas, tales como el aumento del acceso a la educación universitaria, el aumento de la fuerza laboral, y la postergación de hitos como el matrimonio y tener hijos (Arnett, 2000, p.48) citado por (Barrera & Vinet, 2017).

El mismo autor Arnett, menciona en su obra cinco características distintivas de esta etapa: (a) Exploración de la identidad; (b) Inestabilidad; (c) Gran optimismo y posibilidades; (d) Estar centrado en sí mismo; y (e) Ser una etapa de sentirse “en el medio” entre la adolescencia y la adultez (Arnett, 2000,). Sin embargo, él mismo comparte que la teoría afirma que esta etapa de vida es un período culturalmente construido, se plantea la posibilidad de que la forma en que esta se desarrolle en cada sociedad podría tener características culturales distintivas.

Depresión

La palabra depresión, etimológicamente proviene del latín «depressio», y a su vez de la palabra «depressus» que quiere decir «derribado», varias fuentes exponen que la palabra está compuesta por el prefijo «de» que significa «decaimiento o privación de arriba abajo», más el verbo «premere» que quiere decir «presionar». Siendo estas palabras una relación estrecha con las características de los síntomas en la depresión, como es derribado y decaimientos, son comunes escucharlas en las narraciones de terapia. (Conceptos y definiciones,2021)

La depresión se conoce como trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es una de las enfermedades mentales más comunes en los Estados Unidos y varios países: “La depresión consiste en una profunda tristeza o desesperación cuya duración se extiende por un periodo considerable, e interfiere con las actividades de la vida cotidiana, e incluso provoca dolores físicos” (APA, 2017).

Es un tema complejo y de interés clínico, las posibles causas de la aparición son:

La depresión es provocada por una combinación de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Las personas con historia familiar de depresión, así como las que sufren enfermedades severas como enfermedad del corazón o cáncer, corren el mayor riesgo de depresión. Asimismo, los cambios importantes en la vida, el trauma y el estrés también pueden resultar en un episodio de depresión, aunque algunos de éstos pueden producirse sin ninguna causa externa obvia. (APA,2017)

Afortunadamente, la depresión tiene grandes posibilidades de tratamientos efectivos. Referente al tratamiento de este trastorno APA (2017) realiza una serie de comentarios. En un inicio, la depresión no es señal de debilidad por parte de la persona identificada, tampoco algo que de manera repentina se resuelva, es un trastorno que necesita atención de un profesional para llegar al bienestar. En ciertos momentos los antidepresivos pueden ser útiles para reducir los síntomas en caso de que el trastorno sea severo. Sin embargo, la psicoterapia es un tratamiento efectivo que combinado con los medicamentos ayuda a reducir el síntoma.

Diferentes descripciones sobre depresión

Depresión según DSM 5 y sus clasificaciones

Las clasificaciones del DSM-5 sobre los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (este apartado no es de nuestro interés ya que se sale del nuestro objeto de estudio), el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el

trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo debido a otras afecciones médicas, otros trastorno depresivo específico y otro trastorno depresivo no especificado.

El rango común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío, irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo y genera la incapacidad de esperar felicidad o placer. Lo que diferencia a los trastornos es la duración y la presentación temporal del síntoma.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor.

En algunos casos los fenómenos depresivos se pueden asociar con un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción y varias afecciones médicas. Este hecho se debe identificar dentro del diagnóstico y analizar si existen otras afecciones médicas.

Trastorno de depresión mayor

Criterios y diagnósticos se dan de referencia con los siguientes síntomas, en caso de que hayan estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y presentan cambios en su funcionamiento previo, al menos 5 de los siguientes síntomas; además del inciso A al E con al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

A.1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva con sentimientos de tristeza, vacío, sin esperanza, o de la observación por parte de otra persona, es decir, lo ven triste o lloroso.

2. Disminución importante de interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso o aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Los criterios del A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Las respuestas a una pérdida significativa, como un duelo, economía, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave, puede incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso, pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas son comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Se requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Conceptualizaciones sobre la depresión

El término “depresión” proviene del campo psiquiátrico. A pesar de ello, el psicoanálisis ha desarrollado los fenómenos depresivos. Freud y Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados “depresivos”.

Abraham fue quien describe el modelo de depresión realizó un esfuerzo por incluir los trastornos depresivos y afectivos dentro de las categorías psicoanalíticas, utilizando los mecanismos de represión y proyección. Planteó semejanzas entre individuos deprimidos y obsesivos, y la aparición de ambivalencia hacia los demás.

En la obra de Freud encontramos referencias a lo que en la actualidad podríamos denominar depresión. Los estados de ánimos o afectos depresivos pueden causar diferentes enfermedades. El mismo Freud, explica la depresión como el resultado de una perturbación del afecto. Además, desarrolla las particularidades del fenómeno depresivo en Duelo y Melancolía (1915).

La conjunción de melancolía y duelo parece justificada por el cuadro total de esos dos estados. También son coincidentes las influencias de la vida que los ocasionan, El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). (Freud, 1914-1916, p.241)

El duelo trae graves cambios de la conducta normal en la vida, pocas veces es visto como un estado patológico ni llevarlo al médico para su tratamiento. asumiendo que pasado cierto tiempo se lo superará. Para Freud, la melancolía y la pérdida son dos signos que están presentes en la depresión.

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en

autorreproches y autodenigraciones y su extrema basta una delirante expectativa de castigo.
(Freud, 1914-1916, p.242)

La experiencia de la melancolía y duelo se acompaña de la internalización en el yo del objeto perdido mediante la identificación. El yo ha sufrido una descomposición de su estructura que lo divide y confronta a la parte identificada con el objeto perdido. La mente crea las aspiraciones y reproches que van dirigidos y vueltos desde ahora contra sí mismo.

Hugo Bleichmar, en su libro *La depresión: Un estudio Psicoanalítico* (2002), señala que una de las causas de la depresión es el “derrumbe narcisista”. Destaca la importancia del narcisismo y el yo ideal, construyendo una nueva clasificación de la depresión. Bleichmar menciona que, siguiendo a Freud, hay que mantener la distinción entre los sentimientos de inferioridad y los sentimientos de culpa, pues los primeros están asociados a la problemática de la depresión narcisista, mientras los segundos a la depresión culposa. Por otro lado, ambas depresiones tienen en común la no realización de un ideal y la perfección del yo. En la depresión se Intentan encontrar el bienestar a través del objeto, y se genera una agresión (crítica) que recae desde el superyó al yo por el no cumplimiento del ideal correspondiente. Además, Bleichmar distingue un tercer grupo: las depresiones por pérdida simple. En estas depresiones sucede que ni la tensión narcisista ni la culpa son el centro de atención, siendo un ejemplo de éstas la pérdida de un ser querido asociada a un duelo normal, similar al duelo descrito por Freud. Para Bleichmar (1997, p.38) las características del estado depresivo son:

a) Fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno del sujeto y que es sentido como no realizable.

b) sentimiento de impotencia para la realización de ese deseo.

c) Una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo que no queda restringida al presente, sino que abarca también el futuro, con sentimientos de desesperanza.

d) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz),

Sobre la impotencia enfatizó que el papel esencial del sentimiento de impotencia/indefensión es el centro de la depresión. De esa manera muestra que no es la pérdida del objeto lo definitorio, sino la representación que la persona se hace de sí misma como incapaz de alcanzar sus metas, que serían la presencia y el amor del objeto.

“El correlato del sentimiento de desesperanza es cuanto a la realizabilidad del deseo es la representación que la persona se hace de sí misma como la de alguien sin poder, impotente para modificar el estado de cosas: no puede ni dejar de desear ni lograr que su deseo se realice”. (Bribing, 1953, citado por Bleichman,1997, p.37)

Pasando a otro aporte consideramos a Bowlby (1980, citado por Brown y Harris,1978) que hace que los dos modelos, el psicoanalítico y el cognitivo coincidan en torno a la teoría del apego, que tiene relación en la investigación de los trastornos depresivos. Bowlby habla de sobre la trascendencia de la pérdida y la decepción, como la experiencia vivida en la familia durante la niñez, con 3 direcciones:

Imposibilidad de mantener una relación estable con los padres a pesar de los esfuerzos para satisfacer sus exigencias y sus expectativas poco realistas.

1. Figuras de apego representadas como inaccesibles, que rechaza y castiga.
2. Pérdidas reales, por muerte o separación, durante la niñez.

Campos y Linares (2000) expresan los criterios básicos del fenómeno de la depresión desde la visión relacional, son dos: la parentalidad y la conyugalidad. Se

entiende por parentalidad a las funciones parentales, ejercidas por la familia de origen, los padres hacia los hijos, siendo los padres los que dan la nutrición emocional, con el contexto paternofamiliar, con funciones que incluyen la socialización, el reconocimiento, la valoración y el cariño, para facilitar la consolidación del individuo. Y en segundo plano, la conyugalidad son las funciones conyugales ejercidas entre ellos, no incluyen la socialización si se fundamenta en la relación con reconocimiento, la valoración, el cariño, como en la relación parental, y sí con algo diferente, con un componente a partir del deseo. A la vez, Linares propone dos modalidades de trastorno depresivo, el depresivo mayor y la distimia de menor intensidad que la primera.

Al respecto de la visión sistémica sobre la depresión Linares en sus aportaciones sobre la depresión mayor y distimia, menciona que es una afectación de posición de inferioridad debido al juego relacional disfuncional y que, al no poder escapar, se atrapa en los síntomas con el rol de enfermo, llegando al sentimiento de inferioridad.

Sí hay un trastorno psicológico capaz de expresar sin la menor ambigüedad la realidad relacional subyacente, es la depresión, con un argumento tan sencillo como que la gente se entristece cuando tiene motivos llo. Sólo que los motivos no son siempre aparentes ni existe autorización para hablar de ellos. (Campos y Linares, 2000, p.2)

La depresión no tiene más de dos significados como argumento causal, esta vivencia es una postura limitada y rígida que lleva al sufrimiento y a encerrarse allí, sin la posibilidad de encontrar la puerta de escape.

Hablar de depresión, desde la postura de Campos y Linares (2000) destaca la distinción en dos maneras: depresión mayor, con raíz en la psicosis maníaco depresivo, y distimia con raíz en lo neurótico. La primera es más grave que la otra, pero ambas tienen afectaciones.

Campos y Linares (2000) aportan que el juego relacional de la depresión mayor está acompañado por una familia de origen de buena apariencia, con relaciones complementarias y una parentalidad fracasada o en déficit. Existen exigencias, poca valoración y descalificaciones. El mismo patrón se repetirá cuando se construya una nueva relación de pareja, buscando la complementariedad. En caso seguido se convierte en rigidez y surge la frustración al no ver sus expectativas cubiertas como protección y valoración, lo que termina en un círculo de descalificación y desvalorización. Allí es donde surge un síntoma depresivo, en la incapacidad de reconocimiento que el otro no le nutre.

El clima emocional en la familia del depresivo mayor es, por lo general, «correcto», con cordialidad en las relaciones superficiales, aunque, a veces, también éstas pueden verse impregnadas de la frialdad que suele subyacer a mayor profundidad. No es, por supuesto, que no haya cariño, sino que la exigencia y la normatividad lo enfrían considerablemente. Corrección, cordialidad y hasta simpatía son, no obstante, las impresiones que trascienden al exterior, corroborando la imagen de familia respetable. (Campos y Linares,2000 p.35)

Los valores y creencias se distinguen en el depresivo mayor por medio de las descalificaciones. Se valora dar cumplimiento el ser exitoso, con frases como: lo que está bien, lo que debe ser, el qué dirán.

Continuando con el otro estado depresivo se encuentra el distímico, en su origen familiar los padres generan triangulación, problemas de conyugalidad coalición con sus miembros, un antagonismo, una relación simétrica que participan en juegos de poder; Para después seguir la imitación del modelo parental, el depresivo distímico buscará construir una relación simétrica, la que lo llevara a un juego de poder. La relación que el paciente identificado buscará replicarla en un futuro para participar en ella y posicionarse en un rol ya conocido.

El estado distímico tiene características en sus comportamientos que no son provocativos, si no de baja energía, no realiza cosas extrañas, se limita a estar triste y pasar en silencio su malestar. Cuando tiene algún tratamiento y este no llega a

funcionar él se auto-culpa, apegado a la respetabilidad de las apariencias, no se rebela contra sus problemas bioquímicos del cerebro.

El desarrollo en la dinámica familiar es de descalificación y expresiones hostiles. Mientras tanto en las apariencias será calidez y en lo oculto de autocrítica, expresando un diálogo en tono de fracaso, incapacidad, de insignificancia y lo que no tiene como recursos. Con esto no es de extrañar que las cosas estén mal, es lo más usual.

Los rituales expresan, a nivel pragmático, una rigidez coherente con la que se detecta a nivel cognitivo. Rituales «de obligado cumplimiento» impregnan la vida familiar, frecuentemente con una apariencia nutricia lejana a la experiencia íntima que de ellos tiene el paciente. (Campo y Linares,2000, p.34)

Linares y Campos (2000), nos postula la distinción de ambas situaciones relacionales con la depresión y la implicación de la conducta depresiva, generando un estadio de malestar y disfunción que llega a desencadenar el síntoma.

A continuación, otra referencia de estudio de visión sistémica es de Rodríguez y Fernandez (2012), expone la depresión al considerarla no como enfermedad, no la considera como una meta-narrativa, más bien como una persona que atraviesa una situación difícil, a la vez con una narrativa de sí mismo y su mundo, con significados de pérdida, auto reproche o la de auto desvalorización.

En su experiencia afirman que la persona con un proceso depresivo organiza su experiencia con relación a la pérdida en un entorno de acción como en los significados, unido a las historias de pérdida y autodevaluación, son las historias que dominan en la consultan por depresión. “Cuando el sistema de valoración de las situaciones de una persona se bloquea y actúa rígidamente sesgado en torno a un grupo de significados puede emerger el sufrimiento que describimos como trastorno mental.” (Rodríguez y Fernández, 2012, p.77). Los autores anteriores, proponen explorar la narrativa de la depresión en base a tres criterios: paisaje o

campo, los argumentos y las perspectivas narrativas. Describiremos a cada uno de ellos:

- Los paisajes se refieren a explorar el campo de la acción como el campo del significado o consciencia, las historias cuentan con hechos y acciones, emociones y significados que promueven o surgen de los consultantes. Estos dos campos no tienen sentido si no se incorporan los dos niveles que entrelazan en la narración.

En el estado depresivo los argumentos se organizan con más frecuencia en los temas siguientes: la valoración de la biografía, los diálogos internos de desvalorización o menosprecio, las sensaciones con o sin historia, el duelo, la transición de rol, la descalificación en la relación y los discursos sociales y culturales. (Rodríguez y Fernández, 2012, p.82)

- Las perspectivas, las personas cuentan la historia desde su Self dialógico que sostiene muchas voces que conllevan diferentes perspectivas | recuento de su historia, de esta manera el terapeuta se interesa en analizar, junto al consultante desde que lugar cuenta la historia. Es decir, es importante el lugar de reflexión-acción desde donde el consultante emite su historia.

Las historias se pueden contar desde 3 perspectivas, (Rodríguez y Fernández, 2012):

- La primera perspectiva se usa la primera y lo que se cuenta y centra en los aspectos de la relación consigo mismo.
- La segunda perspectiva, la existencia de segundas personas se cuenta a través de la perspectiva de los otros, cuando la acción y los significativos se centran en la relación interpersonal con otros.

- La tercera perspectiva surge una comunidad o grupo, los otros, en tercera persona, un discurso social, ya que estamos construyendo y deconstruyendo la narrativa desde un contexto social y el mundo de las creencias más amplio. Como son los discursos sociales que sostienen la desvalorización de la persona.

Pensamiento sistémico

El conocer es un fenómeno biológico, es la base biológica que afecta la concepción del ser humano, el conocimiento y la práctica de la vida. Estos modelos sistémicos tienen movimientos circulares al observar y pensar, no de manera lineal o causalidad.

La teoría general de los sistemas fue creada por Von Bertalanffy (1968) y desde sus aportes se describe al individuo como el componente y parte de un todo, conectado con otros individuos, en interacción, interrelación e interdependencia. El individuo es susceptible a la influencia (y por consecuencia suele ser reactivo, entrando en conflicto) y la manera de relacionarse con el entorno cercano (a través, la relación con el mundo).

Von Bertalanffy (1968), afirma que el universo está compuesto por elementos que se interrelacionan, constituyendo sistemas, y el modo en que se interactúa es por medio del lenguaje. Así, la comunicación genera un constante intercambio de información que va creando los diferentes constructos que definen la manera en que el individuo se relaciona. Este intercambio de información influye sobre los demás y la propia información también sufre la influencia de los otros. En otro sentido, el pensamiento sistémico refiere a la cultura del pensamiento basada en sus propias interpretaciones de la vida y conocimiento humano.

El objetivo principal del pensamiento sistémico es tratar los fenómenos complejos de manera adecuada, “la complejidad organizada”, según el sistema o de relaciones sistema entorno. Es importante saber que la complejidad será

respetuosamente cuidada. Según Helm Stierlin (1983) El pensamiento sistémico es una ciencia de complejidad. Es necesario reducirla de manera organizada, manteniendo la complejidad.

El concepto del observador inspira a ocuparse de la operación del observar y a enfrentarse a la situación circular del conocer el conocer. Porque es un observador quien observa y busca explicar el observar; es un cerebro que busca explicar el cerebro. (Maturana, 2004 P.22)

La acción del conocer humano es un fenómeno biológico, no está determinado por el objeto del mundo externo, sino por la estructura del organismo: Se ve lo que se ve. “El conocimiento humano como capacidad del organismo está ligado por principio al sujeto y es, por lo tanto, intransferible” (Ludewig, 2010 p.21). La individualidad en que cada organismo crea su conocer, es autorreferencial a su propia experiencia. El ser humano, es considerado como un sistema, es decir, “un sistema maravillosamente constituido y diseñado, con muchas partes diferentes que constituyen de distinta forma a mantener su vida, su reproducción y su acción” (Johansen,2013 p.54).

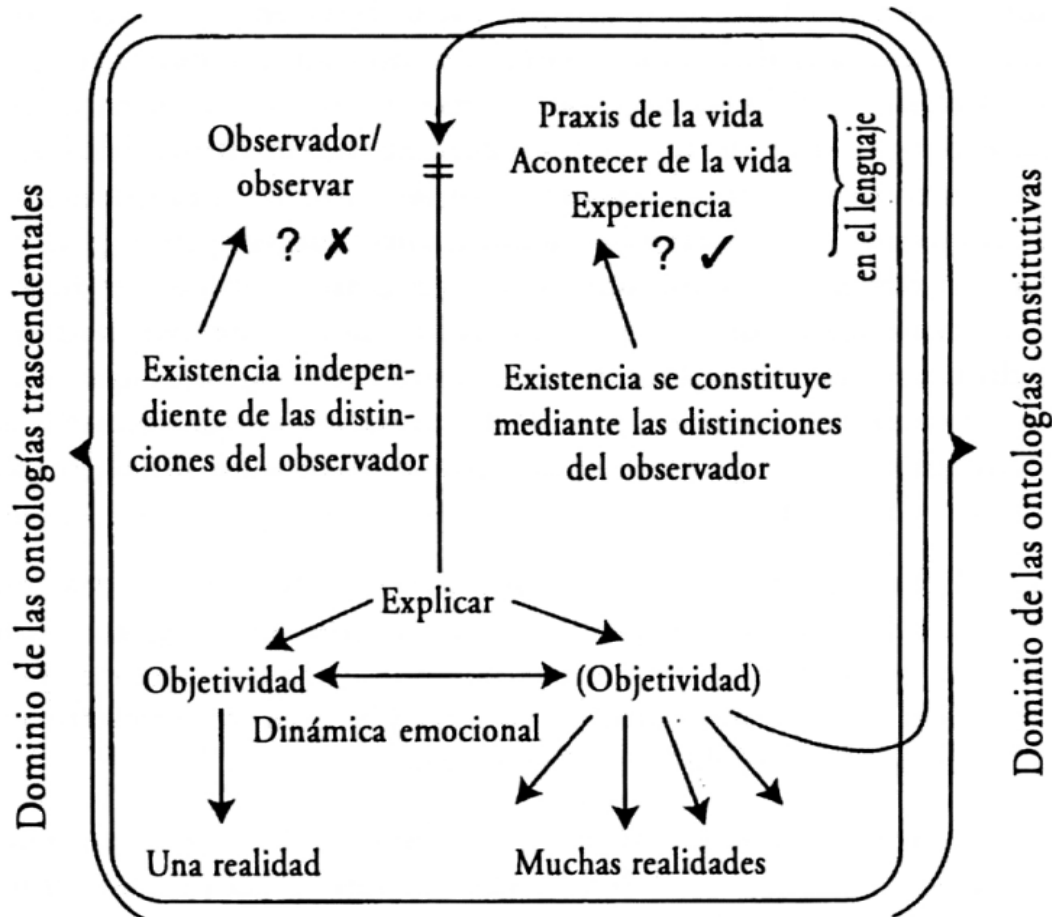
Pero si enfatizo que todo lo dicho es dicho por un observador, otra pregunta pasa a ser clave y cambia todo el sistema tradicional de hacer filosofía de la realidad, de la verdad y de la esencia del ser: ya no se trata de investigar un mundo exterior que se percibe y supone como externo y dado. Es el observador cuyas operaciones yo –operando como observador – quiero entender; es el lenguaje que yo – viviendo en el lenguaje – quiero explicar; es el lenguajear que yo – lenguajeando – quiero describir más precisamente. En resumidas cuentas: no existe una vista exterior de aquello que hay que explicar. (Maturana,2004, p.17)

La observación requiere de observadores y en sentido contrario los observadores precisan de la observación. Es frecuente escuchar que observar significa distinguir, pues lo que no es distinguido no forma parte de una existencia. El conocer y el observar es una función de las personas y la manera en que lo comunican es una representación de la realidad que determinan subjetivamente.

Cuando se toma conciencia de estar observando, y se toma conciencia de estar consciente de que es uno quien hace las distinciones, entra a un nuevo dominio de experiencia. Con la conciencia de la conciencia y el conocer del conocer, aparece la responsabilidad por lo que uno hace y recién configura mediante las propias operaciones de distinción. (Maturana, 2004, p.22)

El esquema de la matriz biológica de la existencia humana muestra cómo sucede la dinámica relacional que lleva a la constitución y mantención de nuestro ser humano: resulta del devenir histórico de la biología del conocer y la biología del amar que Dávila y Maturana (2004) llaman la matriz biológica de la existencia humana. Nuevamente están representados los distintos caminos para tomar conciencia de nuestra existencia humana relacional, la que podemos vivir de

acuerdo con el devenir de nuestra dinámica emocional.



3 figura "Esquema de la matriz biológica de la existencia humana.

Esta figura muestra cómo sucede la dinámica relacional que lleva a la constitución y mantención de nuestro ser humano: resulta del devenir histórico de la biología del conocer y la biología del amar que Ximena Dávila Yáñez y Humberto Maturana Romesín llaman la matriz biológica de la existencia humana. Nuevamente están representados los distintos caminos para tomar conciencia de nuestra existencia humana relacional, la que podemos vivir de acuerdo con el devenir de nuestra dinámica emocional. Como se ve, nuestra vida, por principio modificable, permite cambios producto de la reflexión." (Maturana,2004, p.25)

Los sistemas sociales están basados en la comunicación, la cual requiere de actuar y de observar. El sistema social son sistemas biológicos, capaces de comunicarse; los sistemas sociales forman el entorno en el cual existen. El principio

sistémico es el nosotros, es decir, el sistema social, el punto de inicio, la realización de ser y vivir del individuo está en la relación.

Sólo los seres humanos son capaces de tomar responsabilidades en el dominio relacional, porque existen en el lenguaje: tienen la capacidad de describir un determinado acto como responsable. Es el lenguaje lo que les posibilita y permite distinguir y reflexionar sobre las consecuencias de un acto para otros seres vivos. La preocupación por el otro se hace presente de este modo, y nace así la posibilidad del actuar responsable. (Maturana, 2004, p.43)

Construccionismo y posmodernismo

En el construccionismo y en la época del posmodernismo se hacen contribuciones al aumento de la conciencia de la multiplicidad de perspectivas que reducen lo que se establece como “correcto”. Se hace extraño lo que era nombrado como “verdad, sinceridad y auténtico”. En el intento por caracterizar a la persona como sospechosa, es puesta en duda, y lo que era considerado como núcleo interno, se convierte en un agente racional de intencionalidad que pierde fuerza.

El surgimiento de la postura posmoderna, por Gergen (2006):

La irrupción de la conciencia posmoderna en el campo académico es un signo de cambio social de proporciones muy vastas. La precipitación radiactiva que emana de la saturación social ha impregnado por doquier nuestra cultura, con enormes consecuencias sobre las premisas culturales relativas al yo. (p.162)

La argumentación sobre la saturación social reduce la idea de la existencia de un yo verdadero y reconocible. La existencia de múltiples voces comprueba que cada “verdad” se relativiza por nuestra conciencia con otras opciones de no menor importancia.

Llegamos a percatarnos de que cada verdad sobre nosotros mismos es una construcción momentánea, válida sólo para una época o espacio de tiempo determinados y en la trama de ciertas relaciones. [...] la verdad atraviesa dificultades (Gergen, 2006, p.39)

Para que surgiera el posmodernismo, el modernismo tenía que perder fuerza. El posmodernismo toma presencia, y las concepciones románticas del yo se reducen. La palabra posmodernismo se debe al autodefinirse como algo «posterior».

Los fundamentos modernistas del saber objetivo, tan esenciales para las instituciones científicas y educativas, están perdiendo vigencia rápidamente. La creciente conciencia de la multiplicidad de perspectivas socava cualquier intento de establecer lo que es correcto. (Gergen 2006, p.161)

Una vez que surgiera el concepto de posmodernismo Gergen usa del calificativo posmoderno para definir, las condiciones actualmente imperantes tanto dentro como fuera de la esfera académica.

En las condiciones vigentes en el posmodernismo, las personas existen en un estado de construcción y reconstrucción permanente; es un mundo en el que todo lo que puede ser negociado vale. Cada realidad del yo cede paso al cuestionamiento reflexivo, a la ironía y, en última instancia, al ensayo de alguna otra realidad a modo de juego. Ya no hay ningún eje que nos sostenga. (Gergen ,2006 P.27)

Con el posmodernismo tiene peso la deconstrucción según Gergen, las personas emplean sus palabras para compartir su conocimiento, para representar el mundo como es. Es difícil aprobar la idea o concepción que las personas tienen en mente y que refleja la realidad de sus reflejos internos y que se comunican con las palabras. Antes de posmodernismo no era posible identificarlo, fue el modernismo que inevitablemente lo apuntala, “si la elección lingüística que hace cada cual no está determinada por los perfiles del “el mundo tal cual es”, el lenguaje no podría reflejar, o trazar un estado en cuestión” (Gergen,2006 p.155). Esto es lo que nos ayuda a la comprensión de lo que es deconstruir. Al deconstruir es posible por medio del lenguaje expresar una realidad nueva y diferente.

Lo que se conocía en el modernismo como el dominio literario con la tentativa de develar el carácter del lenguaje, como un vehículo por antonomasia

para cualquier disciplina, que describe, refleja, registra o comunica la verdad. Con esta base en lo modernista, que inevitablemente se revela que el lenguaje era una “cosa en sí”.

El lenguaje no versa sobre el mundo, no es un simulacro de la realidad, un espejo o un plano, opera según una lógica interna que le es inherente, acorde a sus propias convenciones. Entonces, es falaz que todas las demás disciplinas sostengan que sus respectivos lenguajes son el vehículo de la verdad. (Gergen, 2006 p.156)

Gergen, respecto al movimiento deconstruccionista tomó fuerza inicialmente en Francia, identifica en la obra del francés Jacques Derrida como decisiva, ya que manifiesta la preocupación del “sesgo logocentrico” que tenía de presunción que las palabras reflejan el funcionamiento de la mente, que convierten en caos circundante en una orden lógica. De aquí se comprende que existen diferentes vehículos para comunicar el conocimiento en la cultura.

la teoría de la deconstrucción insta a una revitalización de los estudios retóricos. Si los textos no extraen su poder de persuasión del «modo como son las cosas» sino de maniobras ejecutadas en los textos, debe reencauzarse la atención hacia «el mundo tal como es representado». Las técnicas retóricas de la representación, o de la construcción del mundo, ejercen un efecto decisivo, a menudo involuntario, sobre la vida social. Nuestras comprensiones quedan sujetas a las maniobras de la metáfora, la forma narrativa, el lenguaje llano, la ironía, etcétera (Gergen, 2006, p.158).

Lo que Gergen como deconstrucción expone, una posibilidad de expresar por medio de un nuevo vehículo que describe representaciones y con la posibilidad de validar como verdaderas con una nueva narrativa a partir del lenguaje. El yo relacional que refiere Gergen, (2016):

La cultura del ser delimitado, la tradición del ser delimitado va más allá de la experiencia cotidiana del yo y de los demás. También se materializa en nuestros modos de vida y en las estructuras de nuestras instituciones –escuelas, negocios y la misma democracia (Gergen,2006 p.43).

Plantear cuatro propuestas para preparar el camino de comprender todo el vocabulario mental como algo relacional tanto en sus orígenes como en sus funciones, ir de la mente a la relación. (Gergen, 2006 p.100)

- 1.El discurso mental se inicia en las relaciones humanas. Se cuestiona el origen del pensar, sentir y sentir, la respuesta se encuentra en la acción conjunta. Todas las palabras tienen inteligibilidad-capacidad de comunicar en acción coordinada.
2. El discurso mental está al servicio de la relación. Es decir, el lenguaje aparece en las relaciones sociales.
3. El discurso mental es una acción en la relación, en donde el discurso mental es en sí mismo es una forma de acción en una relación.
4. La acción discursiva está integrada en tradiciones de acción conjunta. El significado de acción no es una posesión del actor solamente, ya que su significado nace de la coordinación de la acción conjunta.

Con estas cuatro propuestas el autor fortalece la acción humana en una confluencia relacional. Concluye que la idea de causa y efecto pierde la fuerza, que proviene de la idea de enfoque moderno.

Explorar el potencial del proceso de acción conjunta, se fundamenta en el “ayudar” que coloca como una conjunción de acciones, y afirma que todo lo que es “significativo” para las personas se desencadena en ese proceso, de expresar lo significativo. Lo que refiere como la acción conjunta y de la creación como clave de surgimientos de las expresiones internalizadas.

Todo lo que consideramos real, cierto, valioso o bueno tiene su origen en una acción coordinada. [...] Y entonces el horizonte explotará cuando nos demos cuenta de la base relacional de casi todos los “fenómenos mentales”. Recuerdos, motivos e intenciones se incorporarán al proceso relacional, junto con nuestras sensaciones de placer y de dolor. Y a partir de ahí nos movemos del ser individual al ser relacional. (Gergen,2016, p.56)

Nuestras acciones están en relación e integración a nuestras relaciones. Cuando realizamos acciones en respuesta a otra persona, a través del lenguaje o las palabras comienzan a atribuir significado. En el proceso de acción conjunta lo

que existe forma algo que representa para los demás y l individuo en su experiencia misma.

Las mentes individuales son resultado de la relación. Así, propondré que razón y emoción, por ejemplo, no son posesiones de las mentes individuales sino de las relaciones. (Gergen,2016. p.56)

El construccionismo llegó a generar una nueva manera de comprensión de las verdades dominantes y con ella nuevas alternativas para ser narradas.

Antecedentes de la terapia narrativa

La terapia narrativa tiene influencia del pensamiento posmodernista. La narrativa es un concepto de posmodernismo y tiene relación con ideas recientes sobre la vida y el conocimiento humano. El posmodernismo inicia en la década de los 1970, por el cuestionamiento respecto a las verdades dominantes que no le satisfacen, sobre el mundo objetivo y subjetivo, las cuales las cuestiona y desmiente.

Muchos de los problemas traídos a terapia son construcciones sociales que se desprenden de prácticas del poder que obligan a la gente a definir su identidad y su vida de forma limitada; El trabajo narrativo afronta directamente estas dimensiones, en la saturación del problema, ya que la persona cuenta con su relato.

Los términos narrativa, relato y recuento se usan de manera indistinta para dar expresión a las secuencias de la vida que cobran existencia.

El desarrollo de estas prácticas de división, de esta clasificación científica y de los mecanismos de juicio normalizador provocan la cosificación de la identidad de las personas: muchos de los problemas que las personas encuentran en sus vidas terminan por representar la “verdad” acerca de sus identidades. Por ejemplo, en el contexto de las disciplinas profesionales, es muy frecuente que las personas que brindan terapia se refieran

a las personas como “trastornadas” o “disfuncionales” y en la cultura en general, es muy común que las personas se consideren a sí mismas o consideren a otras personas como “incompetentes” o “inadecuadas” por naturaleza. (White, 2016, p.49)

La terapia narrativa evita los términos ya existentes y nombrados por el juicio normalizador. Evita colocar estigmas o etiquetas a las personas por medio de un diagnóstico, que las clasifiquen como enfermas o disfuncionales. White, se inspiró en Foucault, un filósofo del siglo XVII que dio aportaciones sobre el juicio normalizador.

Los juicios normalizadores como mecanismos de control social que incitan a las personas a medir sus acciones y pensamientos y los de otras personas según las normas de vida y de desarrollo construidas por las disciplinas profesionales. (White, 2016, p.49)

Las personas cuentan de manera repetida sus relatos del yo a los demás e incluso a sí mismos como una especie de monólogos internos. Los detalles pueden cambiar, pero los temas dominantes no serán distintos, se mantendrán. Hay más elementos que el paciente expresa en su discurso, pero que no son valorados como experiencia, probablemente porque no han sido visualizados por él y, por lo tanto, no están integrados dentro de su identidad o como parte de su construcción del yo. En este sentido, tal vez esta sea la consistencia del problema. La terapia narrativa fomenta la externalización de un discurso no valorado, que ha estado presente sin una importante atención.

Con la narrativa, las historias conforman una matriz de creencias, ideas y conceptos de los cuales se va comprendiendo la vida y el mundo. Al respecto White y Epsen (1989):

En el intento de darle un sentido a la vida, las personas enfrentan la tarea de colocar sus experiencias de los hechos en secuencias temporales, de modo tal de llegar a una relación coherente de sí mismas y del mundo que las rodea. Las experiencias específicas de los hechos del pasado y el presente, junto con las que se prevén el futuro, debe ser conectadas en una secuencia lineal para desarrollar esa relación, a la cual nos podemos referir como una historia o una auto-narración. El éxito de este proceso de construcción de

historias (storying) proporciona a las personas un sentido de continuidad y significado respecto de su vida cotidiana y la interpretación de las experiencias futuras (p.19).

Para la referencia del modelo narrativo se cuenta con una amplia literatura de autores como Payne, Ramos, White y Epsom, White, Mahoney, Linares y Boscolo, que exponen sobre la estructura fundamental del método narrativo. La propuesta de Michael White se eligió ya que tiene una mayoría de instrumentos de intervención y es la que tomaremos de referencia en este estudio.

El proceso terapéutico se convierte entonces sobre todo en un proceso de re-narración de historias (re-storying) y co-autoría, de esta manera los pacientes recuperan la posibilidad de ser autores de su vida, con historias más positivas y favorables para aliviar el sufrimiento y un nuevo sentido.

La influencia que ha tenido Brooks (1984, p.3) en la epistemología de White y Epsom (1989, p.91):

Nuestras vidas están constantemente entrelazadas con la narrativa, con las historias que contamos y que oímos contar, con las que soñamos o imaginamos, o con las que nos gustaría contar. Todas ellas son reelaboradas en el relato de nuestra propia vida, que nos contamos a nosotros mismos en un episódico, a veces semiconsciente, pero virtualmente ininterrumpido, monólogo. Vivimos inmersos en la narrativa, recontando y reevaluando el significado de nuestras acciones pasadas, anticipando el resultado de nuestros proyectos futuros, situándonos en la intersección de diversas historias aún inconclusas.

En la aceptación las personas organizan sus experiencias y les dan sentido a través de la externalización del relato. En las construcciones de estos relatos se expresan circunstancias vividas y se revelan los relatos constitutivos, modelando su vida y las relaciones.

La terapia narrativa tiene prioridad dar respuesta de forma sensible a la persona y no imponer relatos o secuencias predeterminados de acciones. La narrativa fomenta la emergencia de narrativas que enriquezcan por medio de

nuevas descripciones aisladas o incompatibles que no son consideradas erróneas, ni limitadas, sino escasas.

La persona en cuestión participa activamente en la representación de unos relatos que encuentra inútiles, insatisfactorios y cerrados, y que estos relatos no incluyen suficientemente la experiencia vivida de la persona, o se hallan en contradicción con aspectos importantes de esa experiencia vivida. (White y Epton, 1989, p.31)

Por ello ha propuesto lo que llamó la externalización del problema, para facilitar la ayuda a las personas a apartarse o alejarse de las historias, relatos, narrativas, descripciones, saturadas por el problema” en sus vidas y sus relaciones.

La externalización del relato saturado de problemas puede iniciarse fomentando primero la externalización del problema y rastreando después la influencia del problema en la vida y las relaciones de la persona. Se empieza por preguntar a las personas cómo ha estado el problema afectando a sus vidas y sus relaciones. Al lograr separarse de la descripción de la vida saturada por el problema, de la lectura habitual del relato dominante. (White y Epton, 1989, p.32).

De esta manera las personas escapan de la historia dominante que determina sus percepciones. Revisa lo distinto porque por ese medio lo diferente puede crear o escapar de las historias establecidas. Al centrarse en lo atípico por medio de lo poco común, las personas pueden salir de sus historias dominantes que han ido orientando y determinando su propia percepción. A la vez se busca fomentar otras narrativas que se tenían omitidas o pausadas, no significa que fueran erróneas, sino que se les daba menor exploración y relevancia. Se intenta dar espacio a eventos o relatos inusuales que pueden crear nuevos relatos con el fin de generar nuevas posibilidades.

Es el significado, que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. Así, desde hace algún tiempo me intereso por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de cierto significado y cómo, al hacerlo contribuyen inadvertidamente a la supervivencia y a la carrera del problema, [...] me intereso por las

exigencias del problema para su supervivencia, y por el efecto que tiene esas exigencias sobre las vidas y las relaciones de las personas. (White & Epston, 1993, p.21)

White y Epston (1993) describen que una persona con la problemática hace que se sitúe en relatos que otros tienen acerca de ese problema en sus relaciones. Los relatos dominantes que saturan al mismo tiempo, sin dejar espacio suficiente para la representación de relatos más agradables o preferidos. A la vez se posibilita otra oportunidad en un nuevo relato: “suponemos también que, en estas circunstancias, habrá aspectos significativos de su experiencia vivida que contradigan estas narraciones dominantes.” (p.31)

La terapia narrativa puede ayudar a las personas a reexaminar sus vidas y dirigir su atención a su propio conocimiento local; cosa que sirve de contrapeso y produce descripciones más ricas o gruesas que les permitan escapar de los efectos del poder. No es fácil identificar aspecto de la vida que asignen valor, usualmente están escondidos en espacios secretos del interior, vitar exponerlo y evitar la descalificación y aun cuando los identificamos nos puede costar trabajo nómbrale.

En terapia narrativa el conocimiento de primera mano que surge de la experiencia concreta, se le llama “conocimiento local”, este se expresa y consolida en la interacción con los otros. El conocimiento experto y conocimiento experiencia tiene diferencias, es que el último no es objetivo, más bien el significado es atribuido a la experiencia vivida, el primero es objetivo. De allí surge un concepto conocido como “conocimiento local”, que es el conocimiento de la experiencia. Es el interés de la terapia narrativa promover las historias y relatos que conlleven a compartir todo lo que se identifique de la experiencia misma:

White y Epston, p.55 citando Bruner (1986), no es posible que estas narraciones abarquen toda la riqueza de nuestra experiencia. (...) la experiencia vital es más rica que el discurso. Las estructuras narrativas organizan y dan significado a la experiencia, pero siempre hay sentimientos y experiencias vividas que el relato dominante no abarca del todo (pág. 143)

Las personas tienen historias sobre sus vidas que determinan tanto la atribución de significado a sus experiencias y vivencias. Con la selección de la experiencia que expresan los relatos que son constitutivos o moldeadores de la vida de las personas. Las vidas y relaciones se viven o representan a través de historias.

Las experiencias del pasado y del presente, y en el futuro, deben estar asociadas entre sí en una relación lineal para que la narración pueda desarrollarse. Se puede decir que esta narración es un relato. White, se fundamentó en los aportes relevantes del filósofo Jerome Bruner (1991), analizar lo que convierte una historia, en una buena historia, qué es lo que constituye un relato con valor literario. White quien en sus aportaciones fundamenta su propuesta a partir del pensamiento de este filósofo.

El éxito de esta narración de la experiencia da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoyan en ella para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias posteriores (White & Epston, p.27, 1993).

La persona cuenta con frecuencia sus relatos del yo a los demás y con variación de los detalles y pueden variar, “los temas dominantes prevalecen, las personas suelen proyectar esta narrativa en un futuro supuesto” (p. 36) por ejemplo la frase: (siempre he estado deprimida y supongo que siempre lo estaré). También pueden orientar su relato en dirección a su futuro preferido (siempre he estado deprimida, más espero poder dejar de estarlo). Payne, 2000, “El relato del yo” es una narrativa en primera persona que define la identidad de un individuo a base de sus recuerdos y percepciones de su vida actual.” (p. 36). Payne es un conocedor de la terapia narrativa de White, por lo que citaremos algunos de sus comentarios al respecto.

En esta terapia, la palabra “narrativa” se refiere tanto a los relatos que las personas se cuentan a sí mismas y a los demás acerca de sus vidas como al conocimiento experiencial y de primera mano de personas y comunidades. Payne, 2002, “Los relatos que nos contamos, e incluso la experiencia más inmediata, están

sujetos a la memoria selectiva” p.63 Confirmando que los relatos son contruidos de manera ordenada por el individuo, con su propio orden.

El relato del yo es una narrativa en primera persona que define la identidad de un individuo a base de sus recuerdos y percepciones de su vida actual, los papeles que juega en varios grupos e instituciones y sus relaciones sociales (Payne, 2000 p.36).

El establecimiento de un relato selectivo y sesgado no deja espacio a aquellos elementos de la experiencia que le permite a la persona abrirse a otros recursos que hacen parte de su ser. El terapeuta debe tener una atención especial a lo que el paciente expresa: en su descripción del problema, en lo que él reporta como queja, en las soluciones que ha intentado, lo que sostienen el problema, en las excepciones, en el relato en sí, y en la posibilidad de deconstruir dicha narración, para integrar otros aspectos de la experiencia.

El recuerdo no solo se distorsiona, se distorsiona de una forma determinada cultural y socialmente. Por esto los relatos del yo suelen ser malos. La observación atenta puede llevar a los orígenes de las narrativas más ricas, más apegadas a la experiencia, más saturadas de conocimiento local. Por medio de este conocimiento expresado en narrativas fieles a la experiencia, las personas ven su vida con mayor perspectiva, superan sus problemas y reconstruyen sus identidades en términos positivos.

La posición del consultante frente al terapeuta, la persona que asiste a terapia expresar su problemática es vista como quien necesita compartir. White, no le gusta usar el término ayudar y colocarse como experto o maestro. Ser terapeuta en la terapia narrativa es alguien que comparte sus experiencias o conocimientos, habilidades con alguien que ya es competente. Con ellos se logra el descentrar al terapeuta, y dejar en ese lugar a la persona como experto en su vida.

Las conversaciones de externalización pueden proporcionar un antídoto a los entendimientos internos porque objetivan el problema, al emplear prácticas de objetivación del problema a contracorriente de las prácticas culturales que objetivan a las personas. Esto

permite que las personas experimenten una identidad separada del problema: el problema se vuelve el problema, no la persona. En el contexto de las conversaciones de externalización, el problema deja de representar “la verdad” acerca de la identidad y de repente las opciones de resolución se vuelven visibles y accesibles (White, 2016, P.33).

El lenguaje en la terapia narrativa es una responsabilidad de parte del terapeuta, al ser consciente del lenguaje, el lenguaje es importante aquí. Evitar lenguaje clínico o médico. Se utiliza la palabra persona en vez de cliente o paciente, eso para crear una confianza cuando deciden ir a terapia en un momento difícil de la vida. El no mencionar el “caso” o “historia del caso” no genera cercanía con este lenguaje. Es importante poner en el centro a la persona en la terapia. Además, invita a examinar el lenguaje y sus efectos.

Como humanos, no sólo damos significado a nuestra experiencia al «narrar» nuestras vidas, sino que también tenemos el poder de «representar» nuestros relatos gracias al conocimiento que tenemos de ellos. (White & Edson, 1993, p.12.)

En la analogía del texto y la terapia:

La analogía del texto propone la idea de que los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción y su organización, y que la evolución de las vidas y de las relaciones se produce a partir de la representación de tales relatos o narraciones. De modo que la analogía del texto es diferente de aquellas analogías que propondrían, en las familias y las personas, una estructura o patología subyacente, constitutiva o modeladora de sus vidas y relaciones. (White & Edson, 1993, p.29)

Práctica de la terapia situada en modo narrativo de pensamiento, (White, 1996, p.94):

1. Da la máxima importancia a las vivencias de la persona;
2. Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal;
3. Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples;

4. Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos;

5. Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos;

6. Fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia;

7. Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el «objeto» se convierta en autor privilegiado;

8. Introduce consistentemente los pronombres «yo» y «tú» en la descripción de los eventos.

Resonancias identificadas por Payne (2000) dentro de la terapia narrativa a partir de análisis que realiza de Michael White, identifica 4 formas que las personas valoran su vida. Las resonancias son una orientación al desarrollo de la conversación terapéutica:

Resonancia 1: Aquello a lo que se confiere valor. Serán las respuestas que el consultante expresa sobre aspecto de su vida que le ofrece reconocimiento de manera amplificada. Esta resonancia tiene un efecto de representar lo que ellas dan valor y es importante.

Resonancia 2: Las reverberaciones a través del tiempo. La respuesta a esta resonancia dispara hacia lo que una persona valora, tiene un efecto de expresar imágenes positivas de la vida e identidad y se le expresan al consultante de modo de metáforas y visualmente. Este proceso alienta al desarrollo de un mundo interior con vitalidad y desplazar las sensaciones de vacío y falta de vida.

Resonancia 3: Tema de vida y entendimiento de los estados intencionales, son las respuestas que expresan el desarrollo de una conversación interior donde se vinculan aspectos de su propia experiencia, que de otra manera serían irrelevantes, estas nociones son la identificación de sus objetivos, planes y metas,

quien contribuye al reconocimiento de las nociones es el terapeuta y con la intención de enriquecer la descripción del consultante.

Resonancia 4: Desarrollar “Mi mundo”. Son 3 líneas de resonancias, Las resonancias de los temas significativos de la vida, seguidas de las nociones del estado interno, y los eventos específicos de la vida de la persona, con estas tres dimensiones la persona desarrolla un sentido de continuidad más fuerte entre el mundo interno y externo, es decir, aspectos de la realidad personal y la realidad externa.

Estas resonancias ayudan a la experiencia de compartir saberes para alcanzar formas de abordar las dificultades o dilemas que se quieren tratar.

Método y aplicación de la terapia narrativa

White (1993) realizó la descripción de la metodología de su terapia, dando detalles y descripciones de su propuesta. Se tomará de referencia la metodología del libro mapas de la práctica narrativas.

Externalización y descripción del problema

Las primeras historias que con frecuencia están llenas de frustración, desesperación y dolor, con poco o ningún asomo de esperanza. No todas las descripciones del principio están saturadas del problema, la persona puede haber cambiado de postura frente a sus preocupaciones antes de acudir a consulta, sin embargo, puede ser que no lo sepan.

La «externalización» es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se

atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos. (White, 1993, p.53)

Muchos de los problemas traídos a terapia son construcciones sociales que se desprenden de prácticas de poder que obligan a la gente a definir su identidad y su vida. Las personas que van a terapia tienen una historia que contar, un mapa de sus historias. Con sentimiento de perturbación, confusión y preocupación y fracaso, y están saturadas del problema.

Los relatos que las personas realizan acerca de sus vidas no sólo determinan el significado que atribuyen a sus vivencias, sino que también determinan qué aspectos de la experiencia vivida seleccionan para asignarles un significado. (White, 1993, p.55)

Definir el problema que se debe externalizar

Definir el problema de manera externalizada, además de esto el terapeuta invita a la persona a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. (depresión, estrés, abuso, etc.). El “bautizar el problema” Payne, 2002, añade énfasis y concreción, que permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la “externalización”.

Las definiciones del problema que ofrecen los clientes pueden ser bastante específicas y conductuales. Buscar una concreta definición del problema, para construir una definición externa más general.

Lenguaje externalizador

El terapeuta emplea un lenguaje que transmite, implícitamente, que el problema “tiene efectos sobre” la vida de la persona, en lugar de “ser parte de ella”. (ej.: no dice “te deprimiste”, sino “la depresión invadió tu vida”). El lenguaje externalizador se utiliza a lo largo de toda la terapia, su objetivo es distanciar a la persona a distanciarse de sus problemas y concebirlas como producto de las circunstancias y de los procesos interpersonales, no de su “personalidad” y

“psicología”. Sin embargo, no se emplea la externalización para referirse a acciones perjudiciales o abusivas. A estas se las llama por su nombre.

Contexto cultural

Tomar en cuenta aspectos políticos y sociales: ya que la terapia narrativa asume que afectan a las vidas de las personas. Las personas suelen culparse de las injusticias resultantes de estos factores, cosa que quienes están en el poder favorecen implícitamente. Por consiguiente, examinar las paradojas del poder social puede ayudar a las personas a liberarse de la culpa y la autocensura. Se reconoce que la terapia misma puede ser nociva si se basa en relaciones de poder tácticas: los terapeutas intentan minimizar este peligro mediante el constante examen crítico de su trabajo y la continua comprobación de que las personas lo encuentran aceptable.

Pregunta de influencia relativa: Apuntan a dos tipos de descripción

Describir la influencia del problema, con las preguntas que rastrean la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones, para abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. Con la intención de identificar la descripción saturada por el problema.

Preguntas de influencia relativa se componen de dos conjuntos de preguntas:

- a) *La influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona, trazando un mapa.*
- b) *La influencia que la persona ha tenido y tiene en “la vida del problema”. describiéndolo o deconstrucción.*

Anteriormente se le pedía a la persona que recordase ocasiones en las que había salido victoriosa en su lucha por el problema, aunque fuese por muy poco u

ocasiones en las que había afrontado satisfactoriamente dificultades similares. En la actualidad, White prefiere que estos recuerdos aparezcan por sí solos, entonces los focaliza e invita a la persona a estudiarlos en detalle mediante preguntas relativas a los sentimientos, pensamientos y acciones, pasados y presentes o quienes le rodean. Utiliza el término: “desenlaces inesperados” para referirse a estos recuerdos significativos que contradicen la historia dominante saturación del problema.

La revisión de la relación de las personas con los problemas

El problema y sus consecuencias están en relación a la dependencia. Por ende, centrándonos gran parte del tiempo en esta relación, podría afirmarse que el problema depende, para sobrevivir, de sus efectos. Estos efectos constituyen el generador del sistema que mantiene con vida al problema.

La identificación de acontecimientos extraordinarios y la creación de significados en torno a ellos ayudan a los clientes a identificar su resistencia a los efectos del problema o a sus exigencias. Teniendo en cuenta la relación de dependencia entre el problema y sus efectos, se sigue que, si las personas se niegan a cooperar con las exigencias del problema, lo están debilitando; no someterse a los efectos del problema hace que éste sea menos eficaz. Por tanto, en el proceso de construir nuevos significados para los acontecimientos extraordinarios, las personas revisan su relación con el problema. (White,1993, p.76)

Acontecimientos inesperados

Por medio de la deconstrucción de desenlaces inesperados donde se mencionan los desenlaces inesperados el terapeuta, por medio de preguntas (integrales, centradas en los sentimientos, pensamientos y conducta en el pasado, presente y futuro), la invita a displayarse sobre las circunstancias y naturaleza de estos y a considerar la medida en la que desentonan con la historia saturada. Esta

“deconstrucción” permite que la descripción alternativa se fortalezca en lugar de disolverse.

Se le pide al consultante que imagine cómo habrán interpretado estos desenlaces inesperados las personas, importantes para él, que los hayan presenciado.

A través de este proceso “deconstructivo” la persona contempla su experiencia con mayor perspectiva, “describe una historia más rica” y sienta las bases del cambio futuro.

Se invita a la persona a asumir una postura: la persona puede decidir que se dejará dominar por el relato saturado del problema o puede tomar en cuenta el relato, de mayor riqueza, que el terapeuta le anima a contar. El terapeuta explora en detalle con la persona los distintos desenlaces posibles de cada alternativa.

Responsabilidad: “De hecho, en la medida en que estas prácticas ayudan a las personas a hacerse conscientes de y describir su relación con el problema, les permite asumir una responsabilidad con respecto al problema que antes no estaba a su alcance.” 1993, p.77

Uso de documentos terapéuticos: El terapeuta puede emplear documentos escritos, de su propia autoría o creados por la persona que consulta. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso. Ella puede conservarlos para utilizarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos. (Pueden ser memorandos, cartas, declaraciones, listas etc.) a veces serán solo el uso privado de la persona; a veces lo compartirá con el terapeuta o incluso con otra gente. Se utiliza para consolidar el proceso porque la palabra escrita es más permanente que la hablada y goza de mayor autoridad.

Narrar y re-narrar (enriquecer el relato): A veces no hacen falta más sesiones. Cuando la terapia se prolonga, su objetivo es asistir a la persona en la

construcción y enriquecimiento del relato que ha empezado a escribir en su vida, lo que es y en lo que puede convertirse.

El uso de testigos externos: White ha subrayado la importancia que la persona que narra y vuelve a narrar tenga un público (personas con las que les gustaría compartir, o por otros terapeutas) para compartir “las narrativas revisadas” en especial sus recién descubiertos éxitos en la lucha del problema, fuera de la terapia. Los “testigos externos” pueden compartir sus propios recuerdos con la persona para reforzarlo con las resonancias que les produce.

Re- recordar: además de los testigos externos, el terapeuta le ayuda a la persona a que invite metafóricamente a personas importantes que ha perdido (familiares o amigos con los que ha perdió contacto o han fallecido) a únense una vez más a su “club de vida”. Por otro lado, la persona puede también excluir de su “club de vida” a quienes se han comportado de manera violenta, descuidada, coercitiva y nociva en general.

La terminación de la terapia: Termina cuando la persona decide que su relato de sí misma es suficientemente rico para abarcar su futuro. La última sesión es una celebración, se le puede entregar un certificado terapéutico. Con este último momento se da por terminada la experiencia de re-crear la historia.

Por último, mencionando lo que White, dejó plasmado en su aportación:

El pensamiento narrativo se centra en prácticas lingüísticas basadas en el modo subjuntivo para crear un mundo de significados implícitos más que explícitos, para ampliar el campo de posibilidades a través del «desencadenamiento de la presuposición», para introducir la «perspectiva múltiple», y ncaminar a los lectores hacia representaciones únicas de significados. Estas prácticas lingüísticas tienen en cuenta la complejidad y la subjetividad de la experiencia. 1993, p .93

Por ella al finalizar el trabajo de abordaje se crean nuevas formas representadas por nuevo lenguaje dando unos nuevos significados. Es importante

no pasar por alto esta etapa de fin de la terapia brindando el reconocimiento para validar el proceso en el que fue protagonista.

Este capítulo tiene la intención de compartir unas breves conceptualizaciones, desde las más básicas como: APA y DSM V. A la par se agregaron algunas teorías de los diferentes enfoques en psicoterapia, como psicoanálisis y terapia sistémica, con la intención de comprender sobre los teóricos de la depresión. A la vez, la terapia narrativa fue utilizada como referencia para el marco de estudio de este trabajo. Fue importante que se desarrollara a la luz de un teórico experto, como es Michael White; se da por terminado este capítulo siguiendo con la continuación de la metodología de la investigación, con el nombre de “mapas de externalización”.

Metodología

A continuación, se presenta la metodología seleccionada para el estudio. Comenzando con el análisis de los relatos por medio de los mapas de externalización.

Las conversaciones de externalización se centran en el problema y cómo se convierte en problema. El etiquetar a la persona como el problema sería ir en contra de la práctica de la terapia narrativa al identificar y cosificar al paciente. “Las conversaciones de externalización emplean prácticas que cosifican el problema, en sentido contrario a las prácticas culturales que cosifican a las personas.” (White, 2016 p. 49)

La relevancia de las conversaciones de externalización en su trabajo y cómo pueden ayudar a desarrollar nuevas definiciones de los problemas y solucionarlos. Plantea cuatro objetivos:

1. Las ideas o creencias que nutrieron el desarrollo de las conversaciones de externalización. (ID o CR)

2. La postura en torno a las conversaciones de externalización, de las personas que asisten a terapia. (P)

3. Las metáforas utilizadas para ayudar a la gente en sus esfuerzos por encarar sus problemas de vida. (M)

4. Un mapa de las conversaciones de externalización según cuatro categorías de investigación. (White, 2016, p.47) (MA)

Las ideas que nutren el desarrollo con conversaciones de externalización en las personas que llegan a terapia piensan que los problemas de sus vidas reflejan su propia identidad o la identidad de otras personas. Esto las lleva a convencerse que sus problemas en la vida reflejan ciertas “verdades o creencias” creen que estos problemas son internos a sí mismo o al sí mismo de otras personas.

Las personas que asisten a terapia construyen formas internas de comprender la vida con ideas culturales en su naturaleza, es decir, es ante todo un fenómeno cultural.

Si la persona es el problema, no puede hacer gran cosa sino actuar de forma autodestructiva. Pero si se define con más nitidez la relación de la persona con el problema, como ocurre en las conversaciones de externalización, se abre un abanico de posibilidades para modificar esta relación. (White, 2016, p.50)

Por medio de las conversaciones de externalización se pretende desentrañar las conversaciones o narrativas con conclusiones negativas de identidad que llegan con la tendencia de la influencia del problema. Generando conclusiones negativas de identidad que se proyecta e internaliza en la persona, es decir se queda en la identidad del paciente de manera absoluta.

Estas conclusiones negativas crean y desarrollan conclusiones de desmotivación, asumiendo “verdades” negativas en el consultante. Por medio de los desentrañamientos se cuestionan las verdades. Las personas ven entonces que sus vidas ya no están atadas a estas conclusiones negativas y esto las ubica en una posición favorable a explorar otros territorios de vida (mapas de externalización). Las exploraciones tienen la intención de ir a conclusiones de identidad más positivas.

Michael White desarrolló por medio de “mapas” una manera de adentrarnos en las narrativas o relatos de la vida para trabajar en ellas: ir a explorar, ir a los territorios vividos en la memoria, ir a aquello que ha quedado guardado en la historia y por último, identificar los discursos dominantes que han tenido mayor peso y espacio en la vida de la persona.

Los mapas, construcciones que podemos usar como referencia para guiar nuestros viajes —en este caso, los viajes con las personas que nos consultan por las dificultades y problemas de sus vidas. Como con los otros mapas, los podemos usar para que nos ayuden a hallar sendas hacia destinos que no podíamos haber determinado en el camino y a recorrer rutas que no podíamos haber previsto. (White, 2016, P.28)

Elaboración de la metodología

Este estudio parte de un análisis no experimental y no aleatorio, de carácter cualitativo, además fueron seleccionadas 4 de 52 sesiones que fueron grabadas, fueron los siguientes parámetros lo que facilitó la selección: la saturación del problema en las primeras sesiones de inicio del proceso, y se realizó el estudio conveniente.

El primer momento fue el recolectar las videograbaciones, se eligió las 4 sesiones y su elección fue de manera discriminada, es decir, no aleatorio, este estudio es de manera no experimental y de carácter cualitativo.

Caso seguido, consistió este trabajo en la búsqueda de la elección de las sesiones para después analizar de manera estratégica en la observación de los datos relevantes a identificar, como la internalización, externalización, creencias y metáforas. Se continuó con:

-Escuchando y observando de manera atenta las sesiones para elegir las más pertinentes y analizar las primeras sesiones que tenía el tema a tratar, en este punto se determinó que serían las tres primeras sesiones y la octava, siendo estas las más relevantes sobre la sintomatología.

- Prosiguió con la transcripción de las sesiones, por medio de la redacción.

- Búsqueda de los elementos referentes de la práctica de la terapia narrativa como el relato externalizador con sus respectivas categorías: nombrar el problema, características, afectaciones y justificaciones.

-Se incluyeron otras categorías fundamentales de esta práctica, son: las ideas o creencias, metáforas y la valiosa internalización del problema.

- Elaboración de los mapas de externalización de cada sesión

-La síntesis de estos mapas, ya que son extensos en su organización.

Vale señalar que este análisis fue minucioso y cuidadosamente atendido para tener la claridad de los resultados. Una vez analizados, se elaboraron los diferentes mapas de externalización de los problemas, según la propuesta de Michael White, extrayendo de ellos el lenguaje externalizador y otras categorías relevantes para profundizar la complejidad del problema.

A la vez se encontró un dato relevante, quienes son los actantes: papá, mamá, novia, tío, tía, primo, maestro y compañeros. Ellos son quienes tiene un vínculo cercano en la vida del estudiante, sin embargo, gran parte de ellos no

conocen la complejidad emocional por la que atraviesa el paciente al pesar de su relación.

Al finalizar el análisis con las categorizaciones de la terapia narrativas se llegó a revelar que las preguntas de investigación fueron respondidas con evidencia que sustenta el objetivo de este estudio, por medio de tablas que identifican las diferentes narraciones relevantes, mismas que se verán más adelante.

Descripción del caso

El inicio de este caso fue en el 2020. Un estudiante de quinto grado de la carrera de medicina acude a terapia ya que menciona que no se siente del todo bien. Un contexto social está dentro de una pandemia, viviendo actualmente con su papá y dos tíos, todos ellos de edad avanzada (mayores de 60 años). Refiere que sus papás están divorciados, tiene un hermano y otro medio hermano. Actualmente tiene una novia que es estudiante de medicina igual que él. El contexto socio económico es de clase media baja, actualmente no trabaja y se dedica tiempo completo a la universidad. Al ser estudiante tomando clases en línea, menciona que está prácticamente todo el día en su habitación. El paciente solicita la ayuda ya que su novia le sugiere que asista a proyecto presencia de la Maestría en Psicoterapia ITESO para ser atendido de la situación que le aqueja. Estas sesiones de psicoterapia fueron realizadas por la misma persona que hizo este estudio, es decir, la autora del presente Trabajo de Obtención de Grado (TOG).

En el contexto temporal que fue la terapia es durante el tiempo de pandemia 2020-2021 as sesiones fueron por medio de videollamada y la relación de ayuda siempre fue por este medio. El paciente fue constante y responsable con sus sesiones al no faltar a ninguna de ellas además de estar cursando un periodo de estrés fuerte por la demanda académica que estaba viviendo, mismo que se fue revelando al transcurrir de las sesiones.

El paciente llega a terapia con una serie de ideas o creencias sobre los problemas de su vida, y que están impactando el reflejo de su identidad. Su esfuerzo

por intentar resolverlos tiene un resultado negativo o exacerbado. Lo ha llevado a convencerse que su situación actual es una realidad y una verdad absoluta, una condición de problemas internos de sí mismo, adjudicándose y no teniendo ventaja frente a ellos.

El tema principal de este estudio es el uso de las conversaciones de externalización para responder a los problemas que llevan al consultante a terapia. Sin embargo, en el transcurso de las intervenciones se usó las conversaciones para analizar y desarrollar una visión positiva de sí mismo, desde las definiciones de fortaleza y recursos del paciente. Fue importante devolver al paciente a manera de reflejo y repitiendo el lenguaje externalizado de la visión positiva de sí mismo.

La terapia empezó por ayudar a externalizar el problema de lo que asevera como depresión, usando un nuevo lenguaje con el término de: “la desmotivación”. Luego se alentó a externalizar los momentos sin la saturación del problema, es decir, sin la desmotivación, excluir la idea que él era depresivo. Caracterizamos esta postura, poniendo en paréntesis la desmotivación y así sin la desmotivación, crear relatos con capacidad de desarrollo y con posibilidades para vivir.

Los nuevos relatos, configuran nuevas y placenteras narraciones que lo posicionan con visiones más positivas de sí mismo. Además, se visualizan a través del nuevo relato un futuro esperado con prosperidad y con valores afines a sus creencias e ideales.

Resultados

Categorías del mapa de externalización

Las categorías son las bases que desarrollan los mapas de declaración de posición, que facilita la guía de la investigación, y es medular en las situaciones en que las personas presentan las narraciones o relatos de su vida, con la saturación del problema o ideas y conclusiones altamente negativas de sí mismo, una postura de desventaja o de incapacidad. Las intervenciones de las externalizaciones del problema son identificadas en 4 categorías desarrolladas por White (2016) en libro *mapas de la practica narrativa*, se muestra a continuación el análisis categórico con la información del paciente.

| | |
|--|--|
| 1. Negociación de una definición del problema que sea particular y cercana a la experiencia | 2. Evaluación de los efectos de las actividades |
| 3. Mapeo de los efectos de las actividades del problema. | 4. Justificación de la Evaluación |

Fig. 4 Categorizaciones del mapa de externalización.

Cada cuadrante tuvo que ser ~~elaborado~~—analizado con los relatos previamente transcritos para identificar los momentos que justificaran las categorías anteriores en base a la saturación del problema. Recordemos que se buscan las ideas, la postura, las metáforas y los relatos para construir el mapa de las conversaciones de externalización y deconstruir. A continuación, describiremos la función de estas categorías y el resultado como evidencia.

Primera categoría de investigación

Negociar una definición del problema, particular y cercana a la experiencia

En esta primera etapa, ayudamos a las personas a negociar una definición de las dificultades y problemas que las llevaron a consulta. En esta negociación enriquecemos la caracterización de las dificultades y los problemas. Mediante esta caracterización, las definiciones “lejanas” y “globales” se vuelven “cercanas” y “particulares”.

Las descripciones “cercanas a la experiencia” son aquellas que las personas al hablar en la terapia y que se basan con sus formas de entender la vida (desarrolladas de la cultura familiar o en la comunidad e influidas por su historia inmediata). Ninguna persona percibe los problemas de forma idéntica, ni los percibe igual en distintos momentos de vida.

Resultados de una ejemplificación del análisis:

En la sesión 1 se identificó el siguiente relato que confirma que el paciente refiere de sí mismo dos posturas, es decir, la comprensión de su situación e identificada en primer momento como una desmotivación y en un segundo momento asevera que es depresión:

Es importante mencionar que para mantener su confidencialidad se usará el término consultante (C) para identificar el paciente que es el protagonista de este caso.

| |
|--|
| C: Sí, o sea, siento que fue como una desmotivación. |
| C: ¡Pues es sinceramente!... es complicado encontrar el otro nombre y más en este momento, que es como que ya lo relaciono mucho con la palabra depresión. No sabría qué otro término usar sí yo sí me quedaría con lo depresivo. |

La primera aseveración el consultante identifica prontamente que tiene una condición en dificultad “siento que fue como una desmotivación”, caso seguido en el desarrollo de su narrativa sobre las afectaciones y características de la problemática que lo lleva a terapia al consultante externaliza que es “depresión”. Es decir, cambio de nombre de la desmotivación a la depresión.

La manera en que acontece este cambio fue con el uso de la técnica de intervención de la terapia narrativa, preguntándole al paciente que le pusiera un nombre a su situación, con la intención de nombrarlo y afirmar como se le identificara para la iniciación de su proceso, a lo que el paciente externó “depresión”.

El enfoque evita o pone en paréntesis nombrar la situación con un lenguaje lejano y complejo, busca identificar y usar el lenguaje accesible y cercano a la experiencia. Por lo que se encuadro el término de depresión a nombrarla dificultad con el primer calificativo que fue “desmotivación”. Para así no fortalecer el lenguaje dominante y que no favorezca una condición de apariencia patológica y compleja, facilitando el acceso a la dificultad frente a la vida de manera más dócil y asequible.

Como se mencionó en el estado del arte, la importancia de fomentar el diálogo de externalización ya que por medio de ese recurso de la terapia narrativa el paciente pone en representaciones lingüísticas sus propios relatos. Apelando a este principio se identificó que en la sesión 1 el paciente (en el minuto 45), coloca la aseveración que él mismo identifica como “depresión” habiendo externalizado la comprensión del problema podemos concluir que el paciente tiene internalizado esta condición que está experimentando y sustentan las narrativas sobre lo referente a la depresión de la siguiente manera:

| | |
|--|---|
| <p>yo creo que el cuadro (depresión) (I) sí coincide porque me lo dijo mi novia (ID) y fue como que yo darme más cuenta, pero yo ya tenía como que sí, o sea, yo ya conocía eso, yo ya lo sabía (ID) solo como que no sé, si no lo quería ver o no quería ver, como que sí coincide en muchas cosas el hecho de, pues no sentir como motivación, (C) pocas ganas, para todo el hecho de estar como en este cubo (habitación) y no salir de mi cuarto. (L)</p> | <p>(I) Internalización</p> <p>(ID) idea o creencias</p> <p>(C) características</p> <p>(L) contexto de lugar</p> |
|--|---|

Segunda categoría de investigación: mapea los efectos del problema

Las conversaciones de externalización es una investigación de los efectos y/o influencias del problema en los distintos campos de vida en los que se identifican con las complicaciones, además facilita las bases más firmes para la comprensión. Las líneas de investigación son:

- Los contextos como el hogar, el lugar de trabajo, la escuela, los pares. Una evidencia sería un fragmento de la Sesión 1. (S.1)

C: El hecho de estar aislado en el hogar nada más, y pasar todo el tiempo en clases, y salir de clases y seguir haciendo tareas detrás de una computadora siguiendo la misma rutina y sin convivir con personas, y pues últimamente siento que me ha afectado un poco. (S.1)

- Las relaciones familiares, las relaciones con uno mismo, las amistades. Una evidencia sería fragmento de la Sesión 4 (S.4.)

C: mi mamá es un mundo de problemas como para que me diga, como para que pueda sentarse a abordar también los míos. (S.4)

- La identidad, incluidos los efectos de los problemas sobre las metas, esperanza, sueños, aspiraciones y valores de la persona. Una evidencia sería fragmentos de la Sesión 1 (S.1)

C: El hecho de no estar al nivel. (S.1)

- Las posibilidades | futuro y los horizontes de vida. Una evidencia sería en la Sesión 4 (S.4)

C: siempre en mí existía como esa admiración hacía los médicos por la gran labor que hacían, y de hecho en esos semestres en los que debía escoger, me junté mucho con un primo que es médico, como para ver su estilo de vida, entonces

empecé hasta acompañarlo en ocasiones a trabajar, y a pesar de que él me decía que estaba pesado pero que sí valía la pena, pues como que sí me animé, (S.4)

Con ellos es posible comprender y conocer cómo son las áreas con la influencia del problema: hogar, clases, habitación, el futuro, pandemia y la relación familiar. El consultante tiene cada uno de estos contextos una narrativa que ha impactado la relación interna y externa de sí mismo, por ellos fue necesario identificar estos fragmentos de relatos que evidencian el problema y sus posturas frente a ellos.

A continuación, en el relato se puede identificar como el consultante termina externalizando la complejidad de su problema. Externalizando una postura de incapacidad ante la situación emergente. Él se posiciona como “sin energía”, “no me sale como las ganas por hacer otras cosas”, “no puedo enfocarme”, hasta llegar a una aseveración nombrada, “Yo creo que podría ser depresión”. Por lo cual su postura deja entrever la situación que lo supera a sus capacidades presentes, colocándose en desventaja en su realidad.

| | |
|---|---|
| <p>S.1. yo creo que el hecho de estar en pandemia (T), estar encerrado (L), no sé, me lo paso sin energía. (A y C) Este! como todo el tiempo quisiera estar en mi cama. (L y C) Este no, no, no me sale como las ganas por hacer otras cosas.(A y C) Este trato como a veces de organizarme para ponerme a hacer cosas (R) y lo único que hago es procrastinar o me pongo a hacer, a perder el</p> | <p>(A)afectación (I) Internalización (CR) Creencias (C) características (L) contexto de lugar (T) Temporalidad</p> |
|---|---|

| | |
|--|---------------------|
| <p>tiempo en otras cosas, sino, no puedo enfocarme. (A y C) Pues yo... Yo creo que podría ser depresión, (CR) porque de verdad, como que muchas de las cosas coinciden con en sí, como con el cuadro. (CR)</p> | <p>(R) Recurso</p> |
| | |

Estas conclusiones negativas crean y desarrollan construcciones mentales de desmotivación, aseverando o asumiendo verdades negativas de sí mismo en este caso *la depresión*. Por medio de expresar y desentrañar se confrontan sus verdades dominantes y creencias, lo que a través de su relato se construye. Importante recordar que en primer momento es necesario comenzar con descubrir las conclusiones de su identidad negativa. El consultante tiene una narrativa para cada contexto que lo ha impactado.

Tercera categoría de investigación

Evaluar los efectos de las actividades del problema y los efectos más relevantes de sus vidas.

- Ayudamos a las personas a evaluar las conductas y actividades del problema y los efectos más importantes sobre sus vidas. Empezamos por lo general con este tipo de preguntas: ¿Están de acuerdo con estas actividades? ¿Cómo se sienten con lo que está pasando? ¿Qué les parece estas consecuencias? ¿Qué opinan de estos resultados? ¿Cuál es su postura sobre lo que está pasando? ¿Estos efectos les parecen positivos o negativos- o ambas cosas, o ninguna, o algo intermedio? Si les dijeran que es algo inevitable, ¿lo cuestionarían?

Una evidencia de la evaluación de los efectos de las actividades de los problemas. Sesión 2(S.2) Y Sesión 3(S.3)

C: Pues **no aprendo** de igual manera, o sea, **siento que no retengo** lo mismo, a veces estoy leyendo algo y en el momento lo entiendo, pero a las horas, a veces hasta se me hace raro, porque pues esto no me pasa continuamente o no me pasada, de que ya ni me acuerdo de qué era, a lo mejor algo sencillo, una definición, de verdad **ya no la capto**. (S.2)

C: **La falta de motivación**, o sea, el hacer cosas que quizá antes las hacía como con más energía, con. con más ganas.". " **El sentirme triste**" "**Las ganas de no hacer nada, más que tristeza.**" " No, no me siento con las ganas. No me siento con como si fuera el momento" (S.3)

La manera de poner en palabras lo significativo de esta dificultad frente a la vida, lo posiciona a concebir su propia realidad en una postura negativa y en desventaja. En ocasiones esto puede llevar a imposibilitar y crear una identidad nueva y amenazante. Encontramos una serie de frases que identifican la afectación narrada por el consultante:

- No aprendo de igual manera.
- Siento que no retengo.
- Ya no la capto.
- La falta de motivación.
- El sentirme triste.
- Las ganas de no hacer nada, más que tristeza.
- No me siento con las ganas.

Por medio del lenguaje internalizado el paciente asevera las sensaciones, emociones, ideas, representaciones y condiciones que vivencia interiormente. El paciente a través de la narrativa representa el entendimiento de su condición mental interna y cómo la construye.

Cuarta categoría de investigación

Justificar la evaluación

En esta cuarta etapa investigamos, desarrollamos y cuestionamos el “por qué” de las evaluaciones que el paciente hace de sí mismo, motivando y estimulando a externalizar. Es aceptable conocer a modo de pregunta, el por qué y el nivel de comprensión e internalización que el paciente sabe de sí mismo, la manera en que los eventos se organizan y construyen la identidad que tiene de su vida. Una ejemplificación son las preguntas cómo: ¿Por qué te sientes así con lo que pasa? ¿Por qué tienes esta postura?

El cuestionamiento que se introduce con intervenciones terapéuticas por medio de preguntas del “por qué”, no son interrogatorios de juicios morales para cualificar ideas buenas o malas. La intención es ayudar a verbalizar la percepción y concepciones de la vida que son valiosas para sí mismo. Se incluyen los niveles de entendimiento con las intenciones de rescatar lo que sería significativo (como objetivos, metas, sueños, nivel de compromisos y deseos). Además de explorar lo que se valora de la vida, su capacidad de afrontamiento, habilidades para vivir, las experiencias de los aprendizajes, éxitos vividos y logros que son valorados de manera significativa.

Evidencias de la sesión 2.

C: No sé, pues sí últimamente sí me he sentido como que muy triste, muyyy, me he cuestionado, por lo mismo de cómo me he sentido en la escuela, pues sí le había comentado también pues de que si soy sta carrera o no, a lo mejor necesito algo que no sea tan demandante, ...

Por ejemplo, luego de explorar el cuestionamiento del “por qué” el refiere a manera de lenguaje internalizado un sentimiento de tristeza, para seguir reflexionando un cuestionamiento de imposibilidad, colocándose como en desventaja frente a sus estudios universitarios, hasta llegar a una conclusión de “no soy sta carrera”.

C: Sí, porque sentí, no sé, el ver a esta persona y ver todos los efectos que me causa. Pues no sé, se me hace como imposible de alguna manera el avanzar, el decir, pues que va a pasar de mí en los siguientes meses y si sigo de esta manera...

C: Este... Pues yo creo que es por el contexto en el que me encuentro en donde estamos en pandemia este, pues hay problemas en casa. La escuela de alguna manera siempre ha sido con mucha carga en torno a lo que tengo que estudiar y así pues eso no ha cambiado. ¡Entonces están los problemas en casa, este! la carga en la escuela. Lo que pasó con mi novia entonces. El hecho no es tan bien, como que no tenga como contacto con mis compañeros físicamente y... no sé! No, no, no se sienta que no tenga ese soporte con alguien más para que me ayude. No se me ha llevado como ha vas a sufrir estas consecuencias. I cúmulo. No sé cómo explicarlo... Pues no sé qué se me hayan señalado todos estos problemas, se hayan hecho una bola gigante y... que yo mismo no pueda deshacer.

En este primer acercamiento se enfocó un panorama de manera general a las conversaciones de externalización. No fue posible incluir todas ya que es muy extensa la información. Más bien, la intención fue mostrar un relato identificado como significativo que mostrará gran parte de la comprensión del problema. además de asociar estas conversaciones para observar lo que él refiere como problema. De una manera general cómo estas prácticas evidencian el problema que va siendo relatado por el consultante.

Esta práctica de los relatos de externalización va revelando la redefinición o deconstrucción de los problemas de la vida y reconocer el desarrollo de su propio sentido de identidad. “En estas situaciones, las conversaciones de externalización abren muchas posibilidades para que las personas redefinan sus identidades, para

que experimenten nuevas vidas y para que persigan lo que valoran.” (White,2016 p.77)

Análisis de resultados

Material de grabación de las sesiones de manera extensa:

Recordemos que este estudio parte de un análisis no experimental y no aleatorio, es decir que fueron seleccionadas las 4 de 52 sesiones y se realizó el estudio conveniente. En esta sección se revisa y se interpretan las grabaciones de las sesiones de manera más amplia.

Hablaremos del cumplimiento de los objetivos fijados. Después de varios meses en los que se analizó las sesiones pausadamente se puede considerar los resultados como evidencia, además dan respuesta a la búsqueda de nuestros 5 objetivos:

- Identificar las características que refiere por depresión y que ha experimentado el joven por medio de su relato internalizado.
- Examinar los relatos saturados del problema en torno al discurso del joven universitario.
- Deconstruir el relato saturado del problema sobre la internalización del problema que refiere el joven universitario.
- Identificar los nuevos y emergentes relatos sin la saturación del problema, a partir de la narrativa de un futuro supuesto y un futuro preferido.

Para lograr los objetivos se tuvo que hacer el análisis de búsqueda del relato externalizado e internalizado del consultante, este último fue equivalente a las afectaciones que el consultante mismo se atribuye

En conclusión, esta primera fase fue identificada las cuatro categorías que el lenguaje externalizador según White, además de narraciones con de la saturación del problema.

La postura del terapeuta según Payne (2000) “invita a la persona a hablar de sus problemas y la escucha con interés. Con frecuencia, las primeras historias están llenas de frustración, desesperación y dolor, con poco o ningún asomo de esperanza.” (p.26). Facilita y explora la influencia del problema que ha tenido en el consultante, por medio de las preguntas que rastrean la ruta del problema sobre sus vidas y relaciones, para abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. Con la intención de identificar la descripción saturada por el problema. Se centra la atención en cómo fue la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona, trazando un mapa del relato dominante.

Con la intervención anterior se pudo construir los mapas de las intervenciones de cada sesión. Las conversaciones de externalización pueden facilitar la comprensión y entendimientos internos del cómo y porque enfocan la saturación del problema. Se muestra en la siguiente tabla los relatos de externalización en la manera que se desarrollaron las sesiones.

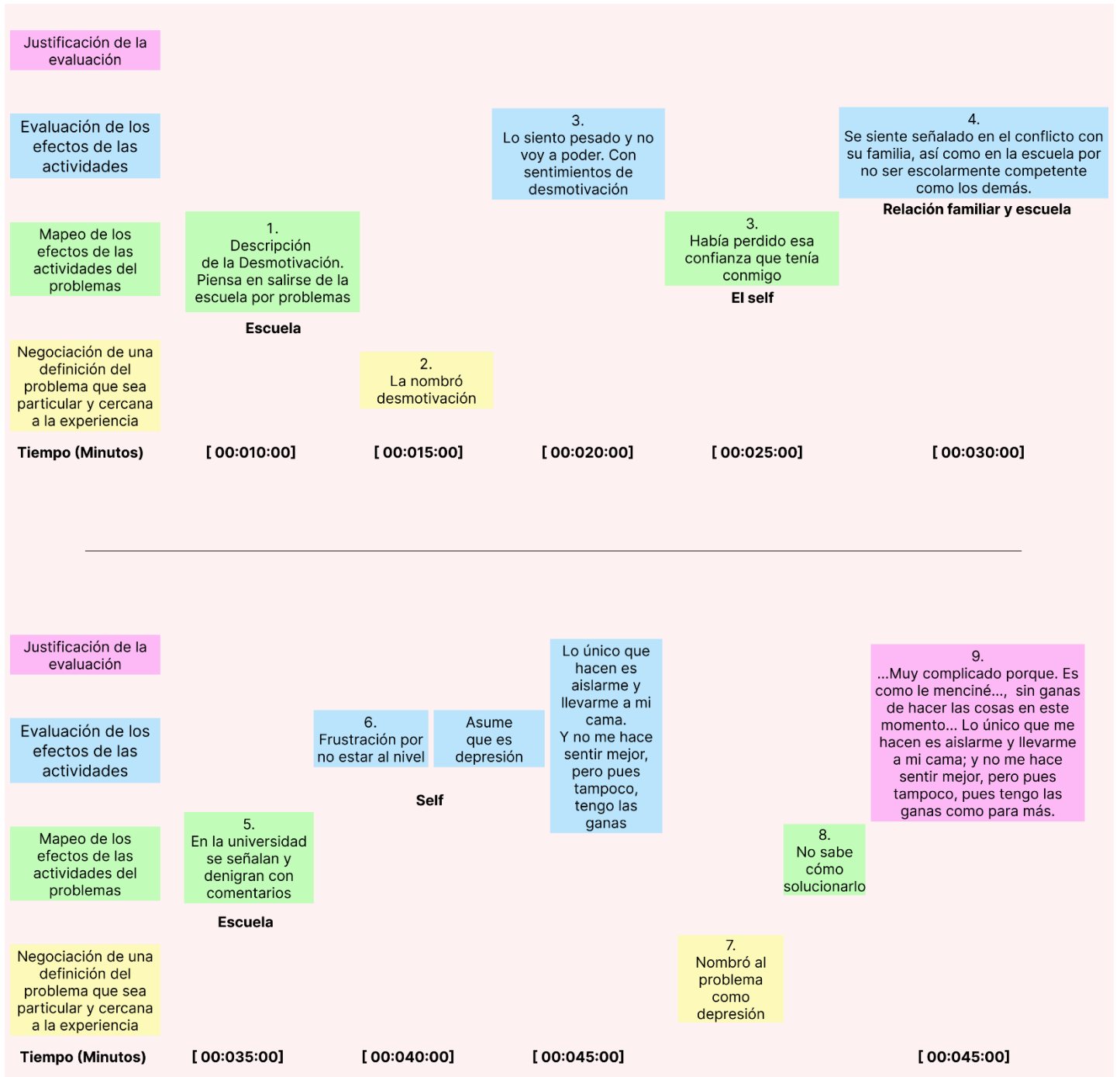
Los mapas de las conversaciones de externalización son la representación gráfica de lo que acontece en las sesiones en 4 categorías, y cómo se construyen a través de relato y los movimientos de estos relatos.

En los relatos de externalización de las cuatro sesiones son los siguientes:

Sesión 1

En la primera sesión se observa cómo se intenta desde el inicio y hasta el final, se intenta nombrar a la situación problemática. (color amarillo), y gran parte de la sesión transcurre estimulando la externalización del problema para terminar con la justificación que el consultante aporta. El dato relevante en esta sesión se nombra el problema como una depresión asumida por el consultante además de una desmotivación que está en crecimiento.

Figura 5. Mapa de externalización sesión 1



Sesión 2

En esta segunda sesión inicia con una serie de exploraciones sobre la saturación del problema, pues la sesión inicial nos abre el panorama a lo que le aqueja la consultante. Se prosigo ampliando por medio un lenguaje externalizador e identificando lo internalizado en el apartado de afectaciones, y como esta serie de relatos expresan el malestar y síntomas que impiden que elabore todas las actividades escolares. La palabra que comienza a ser repetitiva es la desmotivación y falta de energía que vive constantemente.

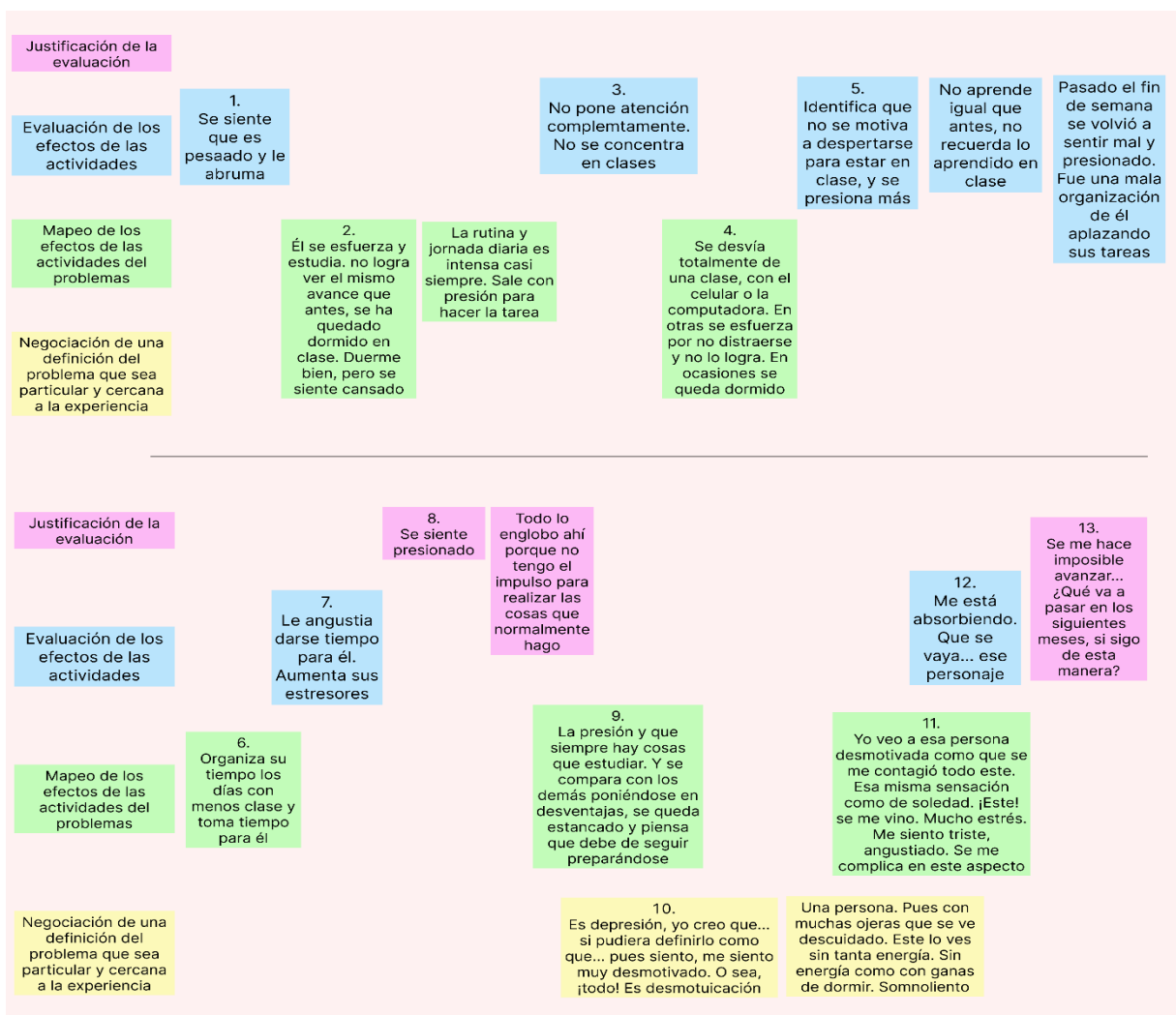


Figura 6. Mapa de externalización sesión 2

Sesión 3

En esta tabla observamos los otros relatos de externalización que repiten un mismo discurso dominante sobre el problema académico y la exigencia, una recurrente falta de energía, cansancio, concentración, desmotivación, presiones y llegar a sentirse que no hay escapatoria. Al mismo ritmo que las sesiones anteriores se centra la atención a los relatos de externalización explorando el problema y sus rutas.

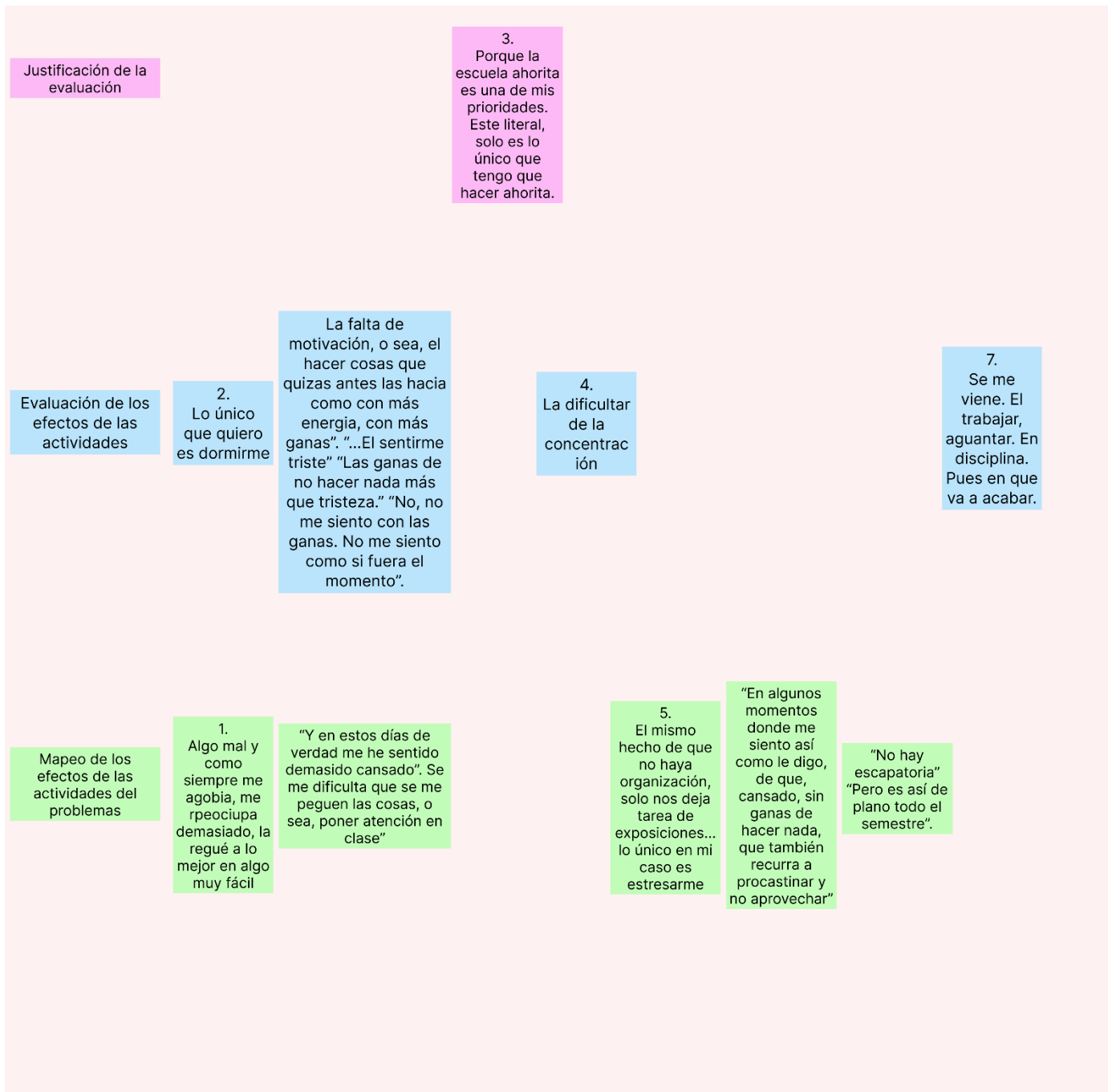


Figura 7. Mapa de externalización sesión 3

Sesión 4

En esta sesión que fue la número 8, se puede ver que el relato es nuevo y con nuevo lenguaje, con una gran notoriedad sobre la sin saturación del problema. Donde es desplazada la visión negativa y suprimida. Emergiendo nuevos relatos sobre sus sentimientos de bienestar y apreciativos de sí mismos. Expresando que siente un alivio.

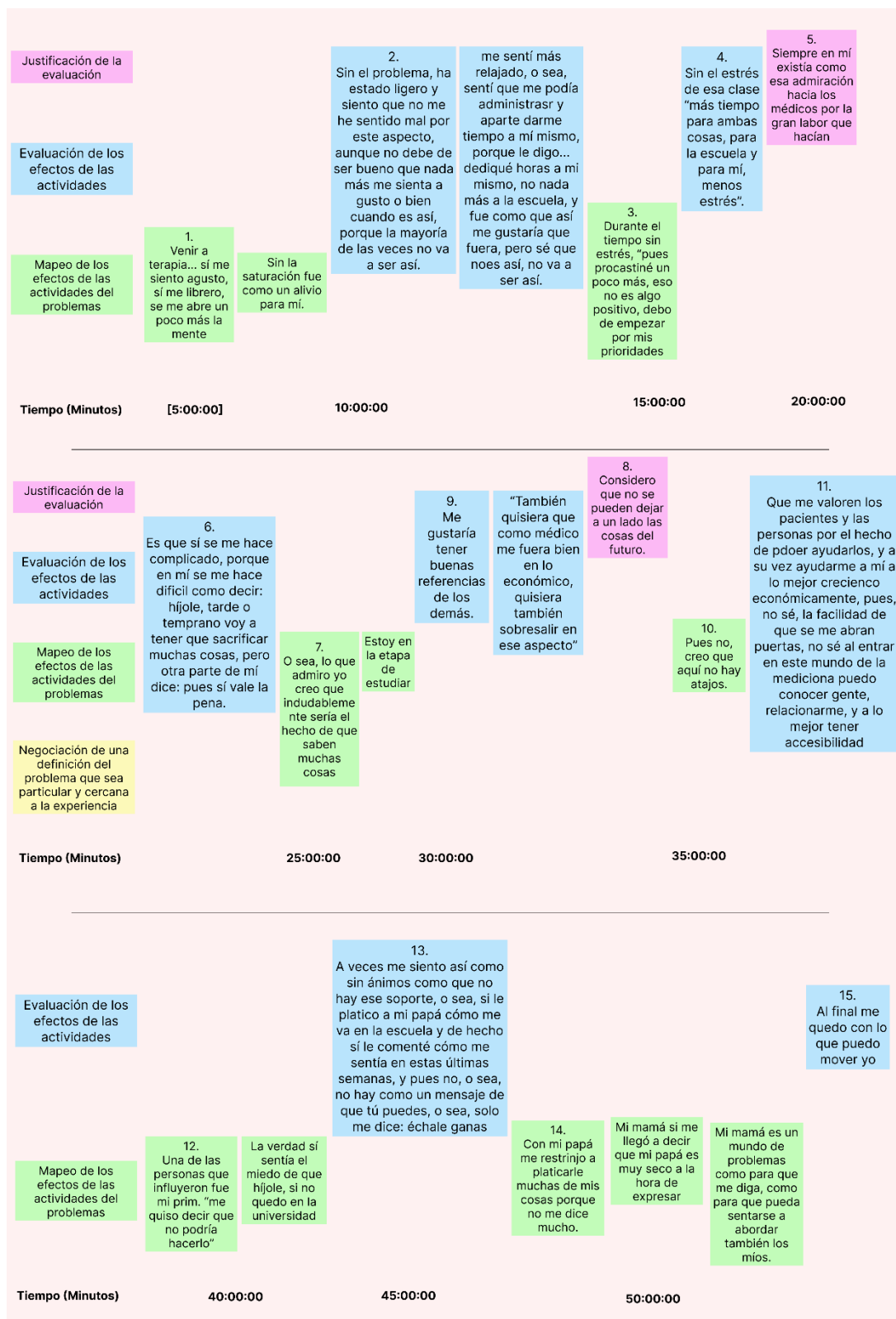


Figura 8. Mapa de externalización sesión 4

Características:

En este apartado se muestra lo que el paciente refiere por depresión en su propio relato. Están ordenadas según el número de sesión.

¿Cuáles son las afectaciones en la vida del joven universitario en torno a los relatos saturados del problema?

| Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 |
|--|--|--|---|
| El hecho de estar aislado en el hogar nada más, y pasar todo el tiempo en clases, y salir de clases y seguir haciendo tareas detrás de una computadora siguiendo la misma rutina y sin convivir con personas, y pues últimamente siento que me ha afectado un poco. | No sé !!, me siento, a veces que duermo bien y de todos modos me siento cansado como al mediodía, o sea, de verdad que si no me duermo un ratito, aunque sea media hora, no rindo. | algo mal y como que siempre me agobia, me preocupa demasiado, la regué a lo mejor en algo muy fácilcon las miles alternativas que pude haber... | Porque se me viene. El trabajar, aguantar, en disciplina. .. |
| A la hora de estudiar siento que no me concentro, siento que no aprendo igual, que no, o sea que no rindo de la misma manera, a veces me siento muy cansado, demasiado que no tengo ganas de hacer nada, y pues sí lo relaciono con la escuela. | No, no estoy muy concentrado, últimamente no. Me distraigo demasiado fácil, o agarrar el teléfono, ver los mensajes, los estados, y me desvío totalmente. | "El lunes, o sea de verdad hice todo lo que tenía propuesto", "cada clase de que me dejaban tarea de verdad me sentía más agobiado" Me falta demasiado estudiar y todavía como que me siguen cayendo cosas." "Y en estos días de verdad me he sentido demasiado cansado." " se me dificulta que se me peguen las cosas, o sea, poner atención en clases" | " La falta de motivación, o sea, el hacer cosas que quizá antes las hacía como con más energía, con con más ganas.." " El sentirme triste" "Las ganas de no hacer nada más que tristeza." " No, no me siento con las ganas. No me siento con como si fuera el momento" |
| entre semana eran como mis bajones, son como que más mis bajones, y el fin de semana me siento mejor, y pues también eso se me hace mal pues, porque tampoco quiero ser una persona que vive toda la semana esperando el fin de semana para gozarla, para sentirse bien; | Pues no aprendo de igual manera, o sea, siento que no retengo lo mismo, a veces estoy leyendo algo y en el momento lo entiendo, pero a las horas, a veces hasta se me hace raro, porque pues esto no me pasa continuamente o no me pasada, de que ya ni me acuerdo de qué era, a lo mejor algo sencillo, una definición, de verdad ya no la capto. | " La falta de motivación, o sea, el hacer cosas que quizá antes las hacía como con más energía, con más ganas.." " El sentirme triste" "Las ganas de no hacer nada más que tristeza." " No, no me siento con las ganas. No me siento con.. como si fuera el momento" | " porque la escuela ahorita es una de mis prioridades. Este literal solo es lo único que tengo que hacer ahorita, " [00:08:30.00] y pues no, no se me salen las... las ganas y lo único que quisiera es a lo mejor hacer cosas en lo que... Pues como que el tiempo en ocio ... |
| Y me desmotivé...me empecé a cuestionar hasta el hecho de seguir en la carrera o no, si era lo mío o no, ... ya venía cargando un poco con esa desmotivación. | me volví a sentir mal y también ayer, como que sentía mucha presión ya por las tareas | lo único que quisiera es a lo mejor hacer cosas en lo que... Pues como que el tiempo en ocio ... | "[00:10:30.00] Que mencionaba, por ejemplo, la dificultad de la concentración que digo. Pues ahí, ahí entro yo. En esas estadísticas está el estrés. A veces, pues le comento que siento que puede ser como un conjunto, el hecho de que tengo mi día, por ejemplo inicial el martes y ya lo tengo organizado, de las tareas que tengo que hacer y que voy a hacer, pero conforme de siete a 21:00 de la noche que tengo clases, este pum pum, pum, pum me empiezan [00:11:00.00] a dejar tareas y como que todo eso se derrumba porque ahora tengo que hacer más y ni siquiera el tiempo me va a alcanzar para entonces. |
| la escuela sí me consume demasiado. | Me siento presionado | Porque se me viene. El trabajar, aguantar, en disciplina. .. | [00:15:00.00] Este deje cosas para el fin de semana y pues ahora me va a cargar la mano y ahí empiezan esas problemáticas de.. en algunos momentos donde me siento así como le digo, de que cansado, sin ganas de hacer nada, que también recurra a procrastinar y no aprovechar " |
| sí me sentía mal, que me sentía hasta solo | últimamente sí me he sentido como que muy triste, muy, me he cuestionado por lo mismo de cómo me he sentido en la escuela, pues sí le había comentado también pues de que si soy para esta carrera o no, lo mejor necesito algo que no sea tan demandante, | 11. Que me valoren los pacientes y las personas por el hecho de poder ayudarlos, y a su vez ayudarme a mí a lo mejor creienco económicamente, pues, no sé, la facilidad de que se me abran puertas, no sé al entrar en este mundo de la medicina puedo conocer gente, relacionarme, y a lo mejor tener accesibilidad | en algunos momentos donde me siento así como le digo, de que cansado, sin ganas de hacer nada, que también recurra a procrastinar y no aprovechar " |

| ¿Cuáles son las afectaciones en la vida del joven universitario en torno a los relatos saturados del problema? | | | |
|--|---|----------|----------|
| Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 |
| Me sentí hace como una o dos semanas, solo, que hasta de verdad valoraba mucho el estar con mi papá, llegué a visitar a mi mamá y traté de que fuera valioso el tiempo, o sea de calidad; | considero que no se pueden dejar a un lado las cosas del futuro, | | |
| yo siento que tienen demasiado nivel, y pues no sé, también como que era mi desmotivante de que pues a lo mejor no estoy como a la categoría. | Se me hace como imposible de alguna manera el avanzar, el decir pues que me va a pasar de mí en los siguientes meses y si sigo de esta manera | | |
| llega a ser como de alguna manera frustrante el hecho de que se espera algo de ti y no lo logras,.... siento que el hecho de no estar al nivel, es lo que a veces me dice: no, pues... o sea... no es lo tuyo. | | | |

Figura 9. Características de las narraciones referente a la desmotivación.

Las características son las cualidades que el paciente refiere a su problema, son aquellos adjetivos asumidos por el mismo. A la vez se identifican estas características para ver la imagen que ha construido de su problema. Las características del paciente son:

| | |
|--------------------------|------------------|
| Frustración | Estrés |
| Distracción | Desmotivación |
| Sin enfoque | Pesadez |
| presión | Falta de energía |
| Incapacidad de retención | Tristeza |
| Procrastinar | cansancio |

Como se ve en las características no son favorables y son parte de la queja del paciente, son ampliamente expuestas en las tres primeras sesiones.

Afectaciones y/o Internalizaciones

Al igual que las características, fue importante analizar las afectaciones y/o internalizaciones que se narran en las sesiones, nuevamente fue necesario identificar por medio del relato internalizado que se reprodujeron en las 4 sesiones.

En los relatos de internalización hay evidencia de las afectaciones que el consultante expresa. Caso seguido fueron analizados e identificados los siguientes relatos que muestran las dificultades que enfrenta en el presente y como asume la vida frente a ello.

La saturación de las dificultades relacionadas con la escuela hace que se sienta con desmotivación e incapaz de ir al ritmo de los requerimientos, por lo cual se siente con incapacidad para resolverlos. Por otro lado, el contexto académico es exigente y con una serie de tareas que no paran. Las 4 sesiones analizadas son referentes para conocer y comprender la vivencia y las afectaciones del consultante:

Escuela

¿Cuáles son las afectaciones en la vida del joven universitario en torno a los relatos saturados del problema?

| Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 |
|--|--|--|---|
| El hecho de estar aislado en el hogar nada más, y pasar todo el tiempo en clases, y salir de clases y seguir haciendo tareas detrás de una computadora siguiendo la misma rutina y sin convivir con personas, y pues últimamente siento que me ha afectado un poco. | No sé !!, me siento, a veces que duermo bien y de todos modos me siento cansado como al mediodía, o sea, de verdad que si no me duermo un ratito, aunque sea media hora, no rindo. | algo mal y como que siempre me agobia, me preocupa demasiado, la regué a lo mejor en algo muy fácilcon las miles alternativas que pude haber... | Porque se me viene. El trabajar, aguantar, en disciplina. ... |
| A la hora de estudiar siento que no me concentro, siento que no aprendo igual, que no, o sea que no rindo de la misma manera, a veces me siento muy cansado, demasiado que no tengo ganas de hacer nada, y pues sí lo relaciono con la escuela. | No, no estoy muy concentrado, últimamente no. Me distraigo demasiado fácil, o agarrar el teléfono, ver los mensajes, los estados, y me desvío totalmente. | "El lunes, o sea de verdad hice todo lo que tenía propuesto", "cada clase de que me dejaban tarea de verdad me sentía más agobiado" Me falta demasiado estudiar y todavía como que me siguen cayendo cosas." "Y en estos días de verdad me he sentido demasiado cansado." " se me dificulta que se me peguen las cosas, o sea, poner atención en clases" | " La falta de motivación, o sea, el hacer cosas que quizá antes las hacía como con más energía, con con más ganas..." El sentirme triste" "Las ganas de no hacer nada más que tristeza." " No, no me siento con las ganas. No me siento con como si fuera el momento" |
| entre semana eran como mis bajones, son como que más mis bajones, y el fin de semana me siento mejor, y pues también eso se me hace mal pues, porque tampoco quiero ser una persona que vive toda la semana esperando el fin de semana para gozarla, para sentirse bien; | Pues no aprendo de igual manera, o sea, siento que no retengo lo mismo, a veces estoy leyendo algo y en el momento lo entiendo, pero a las horas, a veces hasta se me hace raro, porque pues esto no me pasa continuamente o no me pasada, de que ya ni me acuerdo de qué era, a lo mejor algo sencillo, una definición, de verdad ya no la capto. | " La falta de motivación, o sea, el hacer cosas que quizá antes las hacía como con más energía, con más ganas..." El sentirme triste" "Las ganas de no hacer nada más que tristeza." " No, no me siento con las ganas. No me siento con.. como si fuera el momento" | " porque la escuela ahorita es una de mis prioridades. Este literal solo es lo único que tengo que hacer ahorita, " [00:08:30.00] y pues no, no se me salen las... las ganas y lo único que quisiera es a lo mejor hacer cosas en lo que... Pues como que el tiempo en ocio ... |
| Y me desmotivé...me empecé a cuestionar hasta el hecho de seguir en la carrera o no, si era lo mío o no, ... ya venía cargando un poco con esa desmotivación. | me volví a sentir mal y también ayer, como que sentía mucha presión ya por las tareas | lo único que quisiera es a lo mejor hacer cosas en lo que... Pues como que el tiempo en ocio ... | "[00:10:30.00] Que mencionaba, por ejemplo, la dificultad de la concentración que digo. Pues ahí, ahí entro yo. En esas estadísticas está el estrés. A veces, pues le comento que siento que puede ser como un conjunto, el hecho de que tengo mi día, por ejemplo inicial el martes y ya lo tengo organizado, de las tareas que tengo que hacer y que voy a hacer, pero conforme de siete a 21:00 de la noche que tengo clases, este pum pum, pum, pum me empiezan [00:11:00.00] a dejar tareas y como que todo eso se derrumba porque ahora tengo que hacer más y ni siquiera el tiempo me va a alcanzar para entonces. |
| la escuela sí me consume demasiado. | Me siento presionado | Porque se me viene. El trabajar, aguantar, en disciplina. ... | [00:15:00.00] Este deje cosas para el fin de semana y pues ahora me va a cargar la mano y ahí empiezan esas problemáticas de.. en algunos momentos donde me siento así como le digo, de que cansado, sin ganas de hacer nada, que también recurra a procrastinar y no aprovechar " |
| sí me sentía mal, que me sentía hasta solo | últimamente sí me he sentido como que muy triste, muy, me he cuestionado por lo mismo de cómo me he sentido en la escuela, pues sí le había comentado también pues de que si soy para esta carrera o no, lo mejor necesito algo que no sea tan demandante, | 11. Que me valoren los pacientes y las personas por el hecho de poder ayudarlos, y a su vez ayudarme a mí a lo mejor crecimiento económicamente, pues, no sé, la facilidad de que se me abran puertas, no sé al entrar en este mundo de la medicina puedo conocer gente, relacionarme, y a lo mejor tener accesibilidad | en algunos momentos donde me siento así como le digo, de que cansado, sin ganas de hacer nada, que también recurra a procrastinar y no aprovechar " |

Afectaciones de la desmotivación.

Figura 10.

Una vez que se analizó las sesiones se identificó que existen contextos que facilita la comprensión de las áreas y sus respectivas implicaciones en los diferentes momentos de los relatos, son:

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Contexto de Escuela | Contexto social |
| Contexto familiar | Contexto Afectivo |
| El problema con la saturación | Self |
| Sin la saturación del problema | Contexto de terapia |
| Identidad de los valores | Identidad de aspiraciones |

Figura 11. Contextos relacionales de las narrativas

Las intervenciones de las sesiones fueron segmentadas con el siguiente número de veces de las categorizaciones, que está en la tabla siguiente:

| Categorías | SESIÓN | | | |
|---|----------|----------|----|------------|
| | SESIÓN 1 | SESIÓN 2 | 3 | SESIONES 4 |
| Justificación de la Evaluación | 1 | 5 | 1 | 2 |
| Mapeo de los efectos de las actividades del problema. | 13 | 11 | 15 | 14 |
| Evaluación de los efectos de las actividades | 13 | 11 | 8 | 15 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Negociación de una definición del problema que sea particular y cercana a la experiencia | 4 | 2 | 0 | 0 |
|--|---|---|---|---|

Figura 12. Cuantificaciones de los relatos según su categoría por sesión.

Sin saturación del problema del consultante

A continuación, la tercera fase consistió en identificar durante las sesiones las categorizaciones “sin la saturación del problema”, donde fue identificada una visión más positiva de sí mismo, y se pudo distinguir en su lenguaje el cambio de una identidad negativa a una positiva.

En la sesión 4 realiza la distinción sin la saturación del problema. Este desentrañamiento suprime varias de las conclusiones de su estatus de “verdades no favorecedoras” y las cuestiona. El consultante ve que su vida ya no está llena de estas conclusiones negativas y esto las ubica en una posición de exploración y nuevos territorios de vida. En esas exploraciones el consultante expresa conclusiones de identidad más positivas. Concluyó que este tipo de desentrañamiento o de deconstrucción de la identidad negativa del consultante en su vida es un aspecto muy valioso de las conversaciones de externalización e internalización para llegar a otro lado de la narración, una deconstrucción de identidad más positiva de sí mismo.

Ver la siguiente tabla y sus descubrimientos de los relatos sin el problema. Como se ilustra en el lado más grueso de estos relatos son en la sesión 4 y no en las primeras tres sesiones.

¿Cuáles son los relatos nuevos y emergentes de la saturación del problema?

| Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 |
|--|---|---|--|
| Entre semana eran como mis bajones, son como que más mis bajones y el fin de semana me siento mejor; y pues, eso también me hace malpues, porque tampoco quiero ser una persona que vive toda la semana esperando el fin de semana para gozarla, para sentirse bien. | Este... en ratos. Pues sí, tengo mis momentos donde siento que sí es... este... lo veo como difícil trabajar y así. Pero... por ejemplo, con la misma sesión, el hecho de expresar, decir lo que me pasa, ver cómo tratar de ser yo mismo, no encontrarte como punto a cada de las cosas. Este... como que hay una... un resultado de... sí... me siento como un poco más tranquilo saber que sí va a haber solución. Me deja como más tranquilo, como ver que no quiero estar siempre así. Saber que detenernos en la terapia y de buscar como herramientas a partir de ella. Pues para que esto cambie. | <p>Pues si no pasa nada, más sentiría aliviado un peso menos.</p> <p>Traté de organizar mi semana... como que dándome también esos tiempos libres.</p> <p>En gran parte sí he tenido objetivos, pero nunca, nunca me he planteado un objetivo.</p> <p>... He leído algunos libros que dicen cómo organizarme a la semana pues lo mejor.</p> | <p>Venir a terapia... sí me siento agusto, sí me libero, me abre un poco más la mente.</p> <p>Aliviado sin la saturación. Un maestro no fue a la escuela.</p> <p>Sin la saturación fue como un alivio para mí.</p> <p>Sin el problema ha estado ligero y siento que no me he sentido mal por este aspecto, aunque no debe de ser bueno que nada más me siento agusto o bien cuando es así, porque la mayoría de las veces no es así</p> <p>Me sentí más relajado, o sea, sentí que podía administrar y aparte darme tiempo a mí mismo, porque le digo... dediqué horas a mí mismo, no nada más a la escuela, y fue como que así me gustaría que fuera, pero sé que no es así, no va a ser así.</p> <p>Durante el tiempo sin estrés, pues procrastiné un poco más... eso no es algo positivo, debo de empezar por mis prioridades.</p> <p>Sin el estrés de esa clase "más tiempo para ambas cosas, para la escuela y para mí, menos estrés"</p> <p>Eligió ser médico "siempre en mí existía como esa admiración hacia los médicos para la gran labor que hacían, y de hecho en esos semestres en los que debía escoger; me junte mucho con un primo que es médico, como para ver su estilo de vida, entonces empecé a acompañarlo en coaciones a trabajar, y a pesar de que él me decía que estaba pesado pero que sí valía la pena, pues como sí me animé.</p> <p>Pues desvelarse, estudiar demasiado, trabajar horas extras, malpasarse, porque sí he visto en ocasiones que se descuidan ellos mismos por su misma labor. Es que sí se me hace complicado, porque en mí se me hace difícil como decir: "hijole, tarde o temprano voy a tener que sacrificar muchas cosas, pero otra parte de mí dice: pues sí vale la pena"</p> <p>O sea, lo que admiro yo creo que indudablemente sería el hecho de que ssaben muchas cosas, o sea, de verdad.</p> <p>Pues me gustaría tener buenas referencias de los demás.</p> <p>También quisiera que como médico me fuer abien en lo económico, quisiera también sobresalir en ese aspecto. A veces sí me planteo lo de estudiar una especialidad, por lo abrumador que se me hace ahorita la carrera, digo: ¡No inventes!, acabr la carrera y todavía otros cuatro años de especialidad, entonces no voy a acabar con esa avalancha que menciona, estas oleadas continuas.</p> <p>Porque la escuela ahorita es una de mis prioridades. Este literal solo es lo único que tengo que hacer ahorita, y pues no, no se me salen las... las ganas y lo único que quisiera es a lo mejor hacer cosas en lo que... Pues como que el tiempo en ocio no estará.</p> <p>El mismo hecho de que no haya organización, solo nos deja tarea exposiciones que lo único que hacen pues. Pues por ejemplo, en mi caso es estresarme.</p> <p>Mi mamá es un mundo de problemas como para que me diga, como para que pu pueda sentarse a abordar también los míos.</p> <p>Porque se me viene. El trabajar aguantar. En disciplina, pues que se va a acabar.</p> |

Figura 13 Relatos sin la saturación del problema

Estas narraciones sin la saturación del problema facilitan la concepción de una identidad positiva de sí mismo, en la sesión 1 identifica que “el fin de semana se siente mejor”. Para alcanzar una visión de identidad positiva que desplazan las ideas asociadas con las definiciones del problema o dificultades en su vida a un encuadre favorecedor que le dé un diálogo alternativo donde sus capacidades le brinden la oportunidad de asumirse desde una visión positiva de sí mismo.

El consultante ve que no todo está plasmado de visiones negativas y lo proyecta a una nueva narrativa que favorece su nueva realidad, una nueva posibilidad de asumirse con sus propios recursos o fortalezas. (Ver la tabla anterior de la sesión 4). La intención es explotar y crecer la imagen fortalecida de sí mismo que le ayuda afrontar los momentos difíciles y transitar la temporalidad compleja de una pandemia y la exigencia de la carrera de medicina.

Las creencias del consultante

Estas creencias representan las ideas como esencia de sus entendimientos o verdades dominantes, las creencias son una serie de ideas que el consultante va evocando conforme se desarrolla el relato, van emergiendo de manera que va dando ilación y conexión en su construcción de ideas.

A continuación, mostraremos las creencias identificadas en estos relatos de las 4 sesiones.

¿Cuáles son los relatos nuevos y emergentes de la saturación del problema?

| Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 |
|---|--|--|--|
| Yo siento que tienen demasiado nivel. | Estoy otra vez en otro semestre complicado, y pues dicen que de aquí para el real ya todos son de dificultad. | Así de plano todo el semestre. | Siempre en mí existía como esa admiración hacia los médicos por la gran labor que hacían, y de hecho en esos semestres en los que debía escoger, me junté mucho con un primo que es médico, como para ver su estilo de vida, entonces empecé hasta acompañarlo en ocasiones a trabajar, y a pesar de que él me decía que estaba pesado pero que sí valía la pena, pues como que sí me animé. |
| La categoría de ser estudiante de medicina. | Últimamente me lo he cuestionado mucho el hecho de ser tan demandante. (la universidad) | Mi carrera se basa en resistir, resistir, resistir, resistir | A veces sí me planteo lo de estudiar una especialidad, por lo abrumador que se me hace ahorita la carrera, digo: ¡no inventes! acabar la carrera y todavía otros cuatro años de especialidad, entonces no voy a acabar con esta avalancha que menciona, estas oleadas continuas. |
| Pues siento que en la carrera sí son muy señaladas las personas... pues siento que sí llegan a denigrar a esas personas; y yo los he visto pues, o sea, sí he llegado a hablar de que este tipo como que no la arma o no es muy inteligente, o sea refiriéndose a otras personas. | Yo creo que es por el contexto en el que me encuentro en donde estamos en pandemia este, pues hay problemas en casa. La escuela de alguna manera siempre ha sido con mucha carga en torno a lo que tengo que estudiar y así pues eso no ha cambiado. Entonces están los problemas en casa, está la carga en la escuela. lo que pasó con mi novia entonces, el hecho no sé tan bien como que no tenga como contacto con mis compañeros físicamente y no sé. | Los brillantes y los que tienen la suficiente disciplina a pesar de no tener el talento. | Me daban ganas de estudiar medicina, y él primero me dijo que la estadística está en que tú vas a estudiar el promedio de lo que estudiaron tus papás, y me decía eso porque su papá también es médico, bueno, ese primo no es primo directo, una prima se casó con él, entonces en la familia no hay ningún médico ni que pueda así como usted dice, inspirarme. |
| Cosas que he visto con la escuela y también por mí misma novia. (sobre la depresión) | | | Y luego, a veces me siento así como sin ánimos como que no hay ese soporte, o sea, sí le platico a mi papá cómo me va en la escuela, y de hecho sí le comenté cómo me sentía en estas últimas semanas, y pues no, o sea, no hay como un mensaje de que tú puedes, o sea, solo me dice: échale ganas, y pues siento que de alguna manera pues no... a veces sí me restrinjo a platicarle muchas de mis cosas porque no me dice mucho, |
| El hecho de no estar al nivel (se refiere a él) | | | Mi mamá es un mundo de problemas como para que me diga, como para que pueda sentarse a abordar también los míos. |
| Referente a la depresión, me hace relacionarlo mucho con lo que yo he visto en la misma escuela. | | | |
| Como que ya lo relaciono mucho con la palabra depresión. | | | |
| Creencias | | | |
| Pues siento que en la carrera sí son muy señaladas las personas... pues siento que sí llegan a denigrar a esas personas; y yo los he visto pues... este tipo como que no la arma o no es muy inteligente, o sea refiriéndose a otras personas. | | | |
| La categoría de ser estudiante de medicina. | | | |
| Como que ya lo relaciono mucho con la palabra depresión. | | | |
| El hecho de no estar al nivel (se refiere a él) | | | |
| Mi carrera se basa en resistir, resistir, resistir, resistir. | | | |
| La estadística está en que tú vas a estudiar el promedio de lo que estudiaron tus papás. | | | |

Figura 14. Creencias de las sesiones

Llegamos a identificar algunas creencias que a modo de ruta mental y de manera tal vez consciente o inconsciente va tomando dirección en las decisiones de su vida, y asumiéndolas como verdades. El consultante al narrar una serie de creencias o ideas emerge un entendimiento más claro de la postura frente a la vida. Estos entendimientos de las creencias brindan un relato de aquello con lo que él se ponía en desventaja e involuntariamente desmotivado, donde él se coloca con la incapacidad de afrontarlas. Ha sido reiterativo en todas estas 4 sesiones.

Los entendimientos que él hace en su externalización enfocado a sus creencias para después de estas descripciones, le alenté a expresar sobre lo que esa creencia significa l, generar más relato al respecto y desmembrar esas creencias. Reflejaba los propósitos, valores, aspiraciones y compromisos que la persona espera al ser estudiante como él y el futuro profesional.

Metáforas del consultante

Las metáforas que emergen para conceptualizar la influencia del problema, de manera figurativa construyen la postura más sólida y representativa como el consultante describe, expandiendo su entendimiento ante nuestra presencia.

Después de esta descripción, se le alentó a reflexionar sobre lo que estas metáforas e imágenes mentales significan para el paciente.

A continuación, se muestra algunas metáforas que el mismo consultante externaliza para ampliar la concepción de la visión de su problema.

| Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 |
|---|---|---|--|
| Metáforas | | | |
| <p>La escuela sí me consume demasiado.</p> <p>Mis bajones</p> | <p>...me costó bastante por el hecho del brinco de prepa a universidad, fue de los más complicados y a pesar de eso pues no me fue mal, o sea iniciando en calificaciones pues no me fue mal. Segundo estuvo un poco relajado a comparación de primero, tercero fue de los semestres también demasiado difíciles en los que también había unos días en los que llegaba de la escuela cansadísimo, y descansaba y otra vez a ponerme las pilas y a trabajar, hacer tarea, estudiar.</p> <p>digo: ¡no inventes!, acabar la carrera y todavía otros cuatro años de especialidad, entonces no voy a acabar con esta avalancha que menciona, estas oleadas continuas.</p> <p>creo que aquí no hay atajos,</p> <p>Como que me está absorbiendo.</p> <p>No, no, no se siente que no tenga ese soporte con alguien más para que me ayude.</p> | <p>la regué a lo mejor en algo muy fácil... con las miles alternativas que pude haber</p> <p>Y decía Tampoco estoy preparado al 100</p> <p>Yo me identifiqué primero que nada en la falta de energía</p> <p>Como que todo eso se derrumba porque ahora tengo que hacer más y ni siquiera el tiempo me va a alcanzar para entonces.</p> <p>Como que todo eso se derrumba porque ahora tengo que hacer más y ni siquiera el tiempo me va a alcanzar para entonces.</p> <p>dejó entonces a lo último, pues tuvimos que hacer esos trabajos y como que se nos pasa a todos si nos sacamos de onda.</p> <p>pues ahora me va a cargar la mano y ahí empiezan esas problemáticas</p> <p>"no hay escapatoria." "Pero es así de plano todo el semestre."</p> | <p>Sin la saturación. Fue como un alivio para mí.</p> <p>sin el problema ha estado ligera y siento que no me he sentido mal por este aspecto, aunque no debe de ser bueno que nada más me sienta a gusto o bien cuando es así, porque la mayoría de las veces no va a ser así.</p> <p>Pues desvelarse, estudiar demasiado, trabajar horas extras, malpasarse, porque sí he visto en ocasiones que se descuidan ellos mismos por su misma labor. Es que sí se me hace complicado, porque en mí se me hace difícil como decir: hígole, tarde o temprano voy a tener que sacrificar muchas cosas, pero otra parte de mí dice: pues sí vale la pena.</p> <p>Pues si no pasa nada bien, me sentiría aliviado un peso menos</p> <p>durante el tiempo sin estrés, "Pues procrastiné un poco más... eso no es algo positivo, e debo de empezar por mis prioridades."</p> |

Figura 15. Relatos de las metáforas

Las metáforas pueden reflejar los propósitos, valores, creencias, aspiraciones, sueños y compromisos de la persona sobre lo que quiere para su vida y sobre lo que valora. Cuando se llega a este punto se le preguntó para acentuar lo que estas imágenes podrían decir de la vida y la identidad que el consultante atribuye; con la intención de que el consultante elabore conclusiones positivas y transformarlas como recursos. Se observa como en la sesión 4 se expresa que “sin la saturación fue como un alivio”, y al compararla con el resto de las sesiones las metáforas son desde una postura de desventaja “me consume”, “falta de energía”, “no hay escapatoria” por mencionar algunas. Se observa una diferencia en su lenguaje y su postura, más favorable en la sesión cuatro.

Las creencias a las que arribamos en las conversaciones armonizan con los temas de vida del consultante, atribuyen el nivel de contemplación de su realidad. Son creencias centradas en cómo observan el problema, lo que resulta muy significativo enriquecer la comprensión de los relatos.

Las personas las desarrollan reflexionando sobre estos acontecimientos y sobre los temas a los que pertenecen estos sucesos. Todas estas creencias, incluidas las de las categorías de estado interno, influyen de un modo significativo en las acciones de la gente; moldean su vida.

Discusión:

1. Beneficios de la terapia narrativa en este estudio de caso

En base a los hallazgos de la escucha reflexiva del consultante, uno de los beneficios de la terapia narrativa es la realización a través de la escucha de los relatos por medio de las conversaciones de externalización, por lo que encontramos que lo dicho por White tiene efecto real y efectivo en este estudio. Es importante señalar que “Las conversaciones de externalización abren puertas al enriquecimiento de los relatos.” (White, 2016, p.77) El cambio de los relatos va

apareciendo en diferentes momentos de las sesiones. Los relatos de este estudio no fueron siempre los mismos con una visión desesperanzadora, los relatos fueron expandiéndose en la problemática y así agotando toda imagen desesperanzadora. Para así continuar con el cuestionamiento de otros temas sin la saturación. Por lo que corroboramos la utilidad del método que favoreció el cambio del consultante, ya que no se perpetuó el malestar. Esto a través de los mapas de externalización se comprobó, ya que en la octava sesión se puede ver escasa saturación del problema y si unos relatos sin problemas. En conclusión, este método ayuda para hacer cambios de ideas limitantes y repetidas por otras más favorecedoras, a través de la reflexión y escucha.

A través de la externalización claramente se ve el surgimiento de la reflexión y como va siendo deconstruida en el tiempo de las sesiones. Es notorio cómo el relato inicial es diferente al pasar las sesiones y va evolucionando. El consultante fue construyendo de una manera importante sus vivencias. Afirmando a la evidencia de este estudio llegamos a corroborar lo que el autor White,2016, propone en sus objetivos de la terapia narrativa:

- Promueve el modo subjetivo al desencadenar afirmaciones.
- Establece significados implícitos y genera perspectivas múltiples.
- Invita a colocar al paciente a una postura reflexiva.
- Aprecia la participación de cada uno de los relatos interpretativos.

A partir de la información analizada, es posible afirmar que es valiosa e importante aquellas habilidades del lenguaje, que promueven la externalización del problema, pues el ámbito verbal recibe una valoración significativa y que ayudará a deconstruir la forma de expresión fluida y enriquecedoras.

“si la elección lingüística que hace cada cual no está determinada por los perfiles “el mundo tal cual es”, el lenguaje no podría reflejar, o trazar un estado en cuestión” (Gergen,2006 p.155). Esto es lo que comprobamos al practicar el modelo

posmoderno, nos ayuda a la comprensión de lo que es deconstruir. Al deconstruir es posible por medio del lenguaje expresar una realidad alternativa.

El espacio de terapia es importante ya que es donde se pueden tener las condiciones de los relatos, por lo que el tiempo transcurrido en las sesiones tienen un valor cualitativo para el consultante, ya que es a través del encuentro dialógico. Recordemos lo mencionado en el marco teórico sobre la posición del paciente frente al terapeuta, la persona que asiste a terapia expresar su problemática es vista como quien necesita compartir.

La terapia narrativa no persigue ser objetiva, ni busca verdades absolutas, busca ir más allá de los diagnósticos. Tiene algunas premisas que comprobamos al elaborar la investigación, son favorables ya que describen lo elemental de esta terapia a favor del consultante. (White, 2016)

- Abre espacio al diálogo de temas importantes de la vida del consultante.
- Se cree que las personas viven su vida por medio de historias. Con ello tienen muchas historias que narrar.
- Esas historias son las que nos contamos y que los demás cuentan de nosotros.
- Encontramos que estas narraciones son multi-narradas sobre el mismo tema.
- Las historias transmiten un significado de la propia identidad y organizan la identidad.
- La terapia narrativa fomenta la creación de nuevos relatos y encontrar nuevos soportes en el relato del cliente que potencien nuevas narraciones favorecedoras.

Los beneficios de esta terapia son reflejados con la funcionalidad y viabilidad en la intervención con el consultante, por lo que no se encontró una obstrucción que

impidiera que se llevará a cabo. Por ello aseveró que este método es pertinente para su uso y comprensión de los terapeutas que con su interés y libertad tengan la inquietud de ponerla en práctica.

Finalmente, es importante mencionar que la terapia narrativa no usa el término diagnóstico, ya que este enfoque no es normativo, no se realizan evaluaciones a los pacientes. Sin embargo, existe una profunda y extensa evaluación de los efectos de los problemas en la vida del consultante, y cómo éste influye en el problema. A cambio de los diagnósticos clínicos, la terapia narrativa pregunta al consultante que nombre los problemas y los bautices, además puede tener otro efecto que es la organización de los relatos, que sirve para:

- Organizan nuestras relaciones y la forma en que experimentamos esas relaciones.
- Organizan nuestra identidad.
- Organizan nuestra posibilidad de vida.

Críticas al pensamiento posmoderno

Después de la revisión del análisis y datos relevantes, se considera que es posible ir dando comentarios a manera de crítica, como es la postura del pensamiento posmoderno que usa el medio de lo narrativo, con el fin de comprender lo subjetivo del caso. Sin embargo, la terapia narrativa no genera la invitación de estudio de las diferentes teorías científicas, no estimula el estudio de otras categorizaciones, más bien centra el estudio desde el pensamiento posmoderno. Por lo que propongo que en futuros estudios se considere tener la flexibilidad de conocer diferentes teorías para atender otras posibilidades.

Desde una perspectiva posmoderna todo es posible cuestionarlo, incluyendo el posmodernismo mismo. Ahora que entramos en el periodo posmoderno y la realidad objetiva

desaparece, no se atribuye más verdad a las teorías científicas organizadoras aceptadas. (Anderson,1997, p.72)

Sin embargo, el pensamiento posmoderno deja espacio para dialogar con otras posturas y teorías. La diferente epistemología pragmática puede complementarse y enriquecer el estudio narrativo. Considerar que antes del pensamiento posmoderno existían otras posturas que fueron bases para que el posmodernismo surgiera.

La epistemología de la terapia narrativa sustenta su comprensión con elementos cualitativos mientras que la comprensión científica lo elabora desde lo experimental cuantitativamente. He integrado ambas propuestas dando fuerza en la investigación y experiencia del terapeuta.

El mismo Ramos (2001) en el marco metodológico explica la distinción de pensamiento posmoderno, con el pensamiento narrativo y la pragmática, ambas ayudan a la comprensión de la experiencia y construir una realidad.

La pragmática busca las verdades universales y conexiones generales entre los fenómenos, y la narrativa busca verdades contingentes y conexiones particulares entre dos sucesos particulares, [...]La narración es un hacer público, un sentir público, este pensar público se realiza a través de una forma de comunicación: El relato (p.22)

La postura de los terapeutas en formación podría ser ambas visiones, la moderna y posmoderna, como dice Ramos, enriquecer la experiencia, para así dialogar entre ambas. Pues existe la posibilidad que, en otros estudios la situación problemática sea más que una dificultad frente a la vida, podría ser una patología, es decir un cuadro más complejo por abordar. Y es necesario ambas visiones, ya que enriquece el campo de acción y da posibilidad de elaborar un proceso adecuado.

A partir de la información obtenida, es posible afirmar que es importante considerar aquellas habilidades del terapeuta a la hora de trabajar con el relato del

consultante. La preparación incluye el no asumir argumentos básicos y aseverar de tal manera que no se contemplen otros argumentos más complejos.

En la terapia narrativa el terapeuta se sitúa al mismo nivel jerárquico que el consultante, no significa que asevera todos los relatos expresados. Tener un análisis más crítico, propongo en la postura del terapeuta de la terapia narrativa desarrolle estos elementos:

- Hacer distinciones de los relatos del consultante por el terapeuta.
- Identificar características de la personalidad del consultante por el terapeuta.
- Dudar de los cuestionamientos y afirmaciones del consultante.
- Observar lo que no se ve, es decir, lo que el consultante no dice o no verbaliza, y buscar observar lo que no dice.

Estas habilidades involucran las capacidades de interpretación clínica, de síntesis y explicación. El marco referencial que se propone considera al terapeuta a facilitar la experiencia de estudio y resulta ser de gran utilidad, puesto que entran en juego habilidades que favorecen al terapeuta, en su poder de intervención.

Las habilidades que el terapeuta de la terapia narrativa no sólo se comprende con elementos puramente técnicos propios de la terapia narrativa, sino más bien ir más allá. No solo desde una consideración tan básica cómo poner atención visual, escuchar, buen ánimo, amabilidad, respeto, por mencionar alguno. Incluir el estudio posmoderno y categorizaciones de otros enfoques terapéuticos pragmáticos, legir el más apropiado que facilite la elaboración y resolución del caso.

A partir de los comentarios sobre la postura del terapeuta, es posible concluir que la actividad del terapeuta presenta un impacto importante a valorar en cuanto al desarrollo de competencias. Ya que las competencias permiten atender los componentes de la resolución para la realización de un proceso de deconstrucción del relato más allá del paciente mismo.

La formación teórica del psicoterapeuta en las teorías sobre tratamientos, patologías, enfoques terapéuticos y artículos de investigación científicos son importantes y fundamentales para establecer una práctica profesional y exitosa. Sin embargo, estos elementos no son visibles para el paciente, pero sí una plataforma de seguridad para el terapeuta de la terapia narrativa.

Para dar término a este capítulo concluyó que la presencia del terapeuta conlleva tener un estudio previo de varias teorías ya que permite el diálogo que enriquece la posibilidad de acción del terapeuta, y este enfoque de la terapia narrativa es uno más, es efectivo ya que la metodología a través de sus técnicas de intervención ayudó a la resolución de este caso, y al mismo tiempo su metodología y estudio favoreció la obtención de resultado de los objetivos aquí planteados.

Dentro de la elaboración de este estudio, el caso no fue categorizado de acuerdo con el de DSM-V y otras clasificaciones como un trastorno depresivo, aunque el consultante por momentos refirió rasgos y características que podrían tener similitudes. A continuación, identificamos las características que el DSM 5, evaluando según las características del consultante. Ver la tabla inferior.

| MANUAL DSM V | CARACTERISTICAS DEL CONSULTANTE |
|---|---------------------------------|
| Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, | X |
| Disminución importante del interés o el placer | X |
| Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso | N/A |
| Insomnio o hipersomnia casi todos los días | X |
| Agitación o retraso psicomotor casi todos los días | N/A |
| Fatiga o pérdida de energía casi todos los días | X |
| Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada | X |
| Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días | X |
| Pensamientos de muerte recurrentes | N/A |
| Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, | X |
| El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. | X |

Figura 16. Tabla sobre los conceptos de depresión del DSM 5 y la evaluación del consultante.

La tabla anterior identifica como un gran número los parámetros que considera el DSM-5 para diagnosticar esta afección depresiva, el resultado es a favor de los rasgos depresivos según DSM-V. Fue posible identificarlo por los relatos que a lo largo de las sesiones el discurso saturado del problema en los mapas de externalización se fue exponiendo.

En la siguiente tabla observamos las condiciones según Bowlby para identificación con rasgos de depresión. Según los parámetros del autor el consultante tiene dos rasgos que se identifican con el cuadro.

| Bowlby citado por Brown y Harris,1978. | |
|---|---|
| a) Imposibilidad de mantener una relación estable con los padres a pesar de los esfuerzos para satisfacer sus exigencias y sus expectativas poco realistas. | x |
| b)Figuras de apego representadas como inaccesibles, que rechazan y castiga. | x |
| c) Perdidas reales, por muerte o separación, durante la niñez. | |

Figura 17. Tabla sobre los conceptos de depresión del Bowlby y la evaluación del consultante

Cabe señalar que en este trabajo no fue necesario el uso de la teoría clínica sin embargo la reflexión de lo que evalúan los autores que citamos en marco teórico enriquece el caso. Por ello al analizar la teoría con este autor Bowlby también es identificado con depresión.

En la siguiente tabla analizamos las características de otro autor, Bleichmar, y que igual que los anteriores autores también tiene condiciones para que sea tratado con una depresión.

| Bleichmar p.38 (Bleichmar,1997,) | Características de Consultante |
|---|--------------------------------|
| a) Fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno del sujeto y que es sentido como no realizable, | X |
| b) Sentimiento de impotencia para la realización de ese deseo | X |
| c) Una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo que no queda restringida al presente sino que abarca también el futuro, con sentimientos de desesperanza | X |
| d) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz), | |

Figura 18. Tabla sobre los conceptos de depresión del Bleichmar y la evaluación del consultante

Con estos tres ejemplos podemos concluir que este caso hubiera podido ser estudiado desde otro enfoque ya que se tiene evidencias que es abordable y que cumple con las características que las otras teorías exponen. Sin embargo, la terapia narrativa contiene recursos que también favoreció a la resolución de su malestar.

Conclusiones

Después de la revisión de datos previamente presentados, consideramos que podemos ir dando respuestas a los objetivos y preguntas de este estudio. Recordaremos el objetivo principal.

“Deconstruir los relatos saturados sobre lo que refiere por depresión un joven universitario de la carrera medicina durante la pandemia Covid-19 que acude a una psicoterapia sistémica narrativa.”

En este trabajo se deconstruye los relatos saturados de nuestro estudio, por medio de los mapas de externalización; con esto cumplimos el objetivo central. Además, también la deconstrucción del relato internalizado.

De igual forma se pudo identificar las características que el consultante expresa como depresión y se modificó dentro de la terapia por otro adjetivo más cercano, la verbaliza como una desmotivación frente a la vida. También fue conveniente examinar 4 de los relatos seleccionados y con la evidencia que era relevante este estudio según el contenido de la metodología de White (2016). En la tabla siguiente se identifican las características generales del consultante a lo largo de las 4 sesiones.

| Características: | |
|---------------------|---------------------------|
| Frustracion | No voy a poder |
| Distraccion | sentirme mal |
| Agobio | Estres |
| Cansado | Sin ganas |
| Triste | Procrastinar |
| Falta de energia | pesadez |
| Falta de motivacion | Sin impulso |
| Imposible avanzar | Cuestionamiento negativos |

Figura 16. Características de la depresión del consultante

Ahora con este estudio se pudo identificar las características de manera puntual para ver el nivel de afectación que el consultante experimenta.

En este trabajo se deconstruyeron los relatos saturados de nuestro caso de estudio por medio de la elaboración, análisis de los mapas de externalización, a la vez esta información genera otras posibilidades como la identificación de los relatos internalizantes, características, creencias, metáforas y relatos sin la saturación del problema, mismos que se evidenciaron en las tablas mostradas en el apartado de resultados y que son parte de los objetivos de este estudio.

Este estudio logró a través del análisis de los relatos identificar las características que refiere por depresión y que ha experimentado el joven por medio de su relato externalizado. Cumpliendo lo que asevera White:

Las conversaciones de externalización pueden proporcionar un antídoto stos entendimientos internos porque objetivan el problema, al emplear prácticas de objetivación

del problema a contracorriente de las prácticas culturales que objetivan a las personas. Esto permite que las personas experimenten una identidad separada del problema: el problema se vuelve el problema, no la persona. En el contexto de las conversaciones de externalización, el problema deja de representar “la verdad” acerca de la identidad y de repente las opciones de resolución se vuelven visibles y accesibles (White, 2016, P.33).

Con la afirmación del autor sobre las conversaciones de externalización, comprobamos en este estudio que el análisis de relato con la intervención de la terapia narrativa da la posibilidad de cambio de relato, y solución a su problema, con una nueva verdad más favorecedora.

Continuamos con la búsqueda de los demás objetivos. Esto fue gracias a la elaboración del mapa de externalización y de las conversaciones de externalización de White (2016). Con esta evidencia se cumple un primer objetivo de este estudio.

Seguimos con un segundo objetivo de este estudio, al examinar los relatos saturados del problema en torno al discurso del joven universitario. Se pueden ver estos relatos en las tablas con sus mapas de externalización de las sesiones 1, 2, 3 y 4 que corresponden a las figuras 5, 6, 7, y 8, que dejan ver todos los diálogos en función a lo que él refiere como afectación de su problema. Estas afectaciones son evidencias de la saturación de su problema ya que de manera repetida narra el problema de diferentes posturas. En este segundo objetivo de conocer los relatos saturados de problema fue con la elaboración de los mapas.

Pasando a otro objetivo que fue identificar las afectaciones y/o internalizaciones Se puede ver la figura 9 que muestra los relatos de las afectaciones y diálogos internalizantes del consultante.

La tabla siguiente muestra algunas de las afectaciones más relevantes que se encontraron. Las presentamos a manera de evidencia.

| Num. sesion | Afectaciones |
|-------------|---|
| s.1 | El hecho de estar aislado en el hogar nada más, y pasar todo el tiempo en clases, y salir de clases y seguir haciendo tareas detrás de una computadora siguiendo la misma rutina y sin convivir con personas, y pues últimamente siento que me ha afectado un poco. |
| s.1 | llega a ser como de alguna manera frustrante el hecho de que se espera algo de ti y no lo logres,..... siento que el hecho de no estar al nivel, es lo que a veces me dice: no, pues... o sea... no es lo tuyo. |
| s.2 | No sé !!, me siento, a veces que duermo bien y de todos modos me siento cansado como al mediodía, o sea, de verdad que si no me duermo un ratito, aunque sea media hora, no rindo. |
| S.2. | se me hace como imposible de alguna manera el avanzar, el decir pues que me va a pasar de mí en los siguientes meses y si sigo de esta manera |
| s.3 | Algo mal y como que siempre me agobia, me preocupa demasiado, la regué a lo mejor en algo muy fácil ...con las miles alternativas que pude haber... |
| s.4 | La falta de motivación, o sea, el hacer cosas que quizá antes las hacía como con más energía, con con más ganas..." El sentirme triste" "Las ganas de no hacer nada más que tristeza." " No, no me siento con las ganas. No me siento con como si fuera el momento" |

Figura 17. Tabla de algunas de las afectaciones en las sesiones

Con los objetivos se logró deconstruir el relato saturado del problema sobre la internalización que refiere el joven universitario que muestra los relatos de lo internalizado y afectaciones que enfrenta de todas las sesiones. Ambas categorías son paralelas, es decir, la afectación converge en el lenguaje internalizado del consultante.

Con los análisis posteriores permitió identificar los nuevos y emergentes relatos sin la saturación del problema, a partir de la narrativa de un futuro supuesto y un futuro preferido, claramente se ven en la figura 8 Y 13, que equivale a la última sesión, donde se ve un cambio en su relato de manera significativa. En la sesión 4 se narra cómo es el panorama sin saturación y se puede ver en la narración como el consultante se coloca con sus sueños y posibilidades que pueden suceder, si continúa en su meta de convertirse en médico a pesar de su adversidad presente.

| Sin la saturacion |
|---|
| También quisiera que como médico me fuera bien en lo económico, quisiera también sobresalir en ese aspecto. |
| Venir a terapia..sí me siento a gusto, sí me libero, se me abre un poco más la mente, |
| Sin la saturacion. Fue como un alivio para mí. |
| Sin el problema ha estado ligera y siento que no me he sentido mal por este aspecto |

Figura 18. Tabla de algunas de las conversaciones sin la saturación del problema

Este estudio fue favorable con la metodología y visión de la terapia narrativa de White. Los recursos de esta teoría facilitaron el logro de los objetivos además de ver un cambio favorecedor del consultante sin la saturación del problema, desplazando la visión negativa de sí mismo.

A continuación, se presentan los hallazgos encontrados a manera de conclusiones.

En los hallazgos fue gracias a los relatos y el análisis de estos, por medio de las categorías de las conversaciones de externalización de white,2016. Con cada categoría (nombrar el problema, mapeo de los efectos, evaluaciones de los efectos y justificación de las evaluaciones) y su lenguaje de externalización e internalización se hizo una breve definición, además de otros conceptos (metáforas y creencias) mismos que se analizaron de acuerdo con la visión del mismo autor que elegimos estudiar este método. Después de esto se muestra una visión amplificada de todo el relato del consultante comprendiendo cómo el consultante deconstruye las conclusiones negativas y saturadas de sí mismo y sin la saturación también.

C: últimamente como que no sé si tenga qué ver el hecho de estar aislado en el hogar nada más, y pasar todo el tiempo en clases, y salir de clases y seguir haciendo tareas detrás de una computadora siguiendo la misma rutina y sin convivir con personas, y pues últimamente siento que me ha afectado un poco. S.1

El relato que el paciente describe de sí mismo es una imagen de cansancio, desmotivación lo que crea un concepto de sí mismo incapaz, con malestar y frustración. El consultante ha relatado cómo en su presente en las relaciones familiares no tiene una red de motivación y apoyo ante estas dificultades, actualmente con la pandemia está aislado en un cuarto la mayor parte del tiempo que no le favorece.

C: Pues a la hora de estudiar siento que no me concentro, siento que no aprendo igual, que no, o sea que no rindo de la misma manera, a veces me siento muy cansado, demasiado que no tengo ganas de hacer nada, y pues sí lo relaciono con la escuela. S.1.

C: Mi mamá sí me llegó a decir que mi papá es muy frío, muy seco a la hora de expresar, y también se le adiciona lo que bien ... pero mi papá siento que pues sí le faltó esa experiencia que menciona.s.4

C: Mi mamá es un mundo de problemas como para que me diga, como para que pueda sentarse a abordar también los míos. S.4

Nos encaminamos prontamente hacia una conversación de externalización, por primera vez el consultante compartió abiertamente sus preocupaciones y malestares. Lo alenté a nombrarlas, generar distinción con claridad, a describirlas, a develar sus actividades, acciones, y a sacar algunas conclusiones de los eventos importantes de su vida.

C: Pues es... Pues sí, muy complicado por qué... ¡Es como le mencionaba hace un momento, pues es algo que nunca había vivido ósea! Sí. Cuando están en la secundaria o la preparatoria, pues de alguna manera llega a escuchar hasta el término y creía que nunca me va a pasar, que... O quizá, uno incluso llega a analizar el hecho de que otras personas fin de que se sienten. Pues no sé, sin ganas de hacer las cosas en este momento. Pues no entiendo como totalmente. Y entonces le vuelvo a decir, es muy complicado porque no sé sobrellevar la escuela, los problemas familiares son como que demasiada carga que. Lo único que hacen es aislarme y llevarme a mi cama y. Y no me hace sentir mejor, pero pues tampoco, pues tengo las ganas.

“Las conversaciones de externalización volvieron tangible lo intangible.”
(White,2016 p.61), Asignamos límites y fronteras a un problema que en un principio

llenaba la vida entera del consultante. Una vez que se exploró el territorio del problema, cuestionamos al futuro expectante y su visión positiva de sí mismo si continuaba la preparación como médico.

C: Pues le comentaba que a lo mejor primeramente el hecho de que me valoren los pacientes y las personas por el hecho de poder ayudarlos, y a su vez ayudarme a mí a lo mejor creciendo económicamente, pues no sé, la facilidad de que se me abran puertas, no sé, al entrar en este mundo de la Medicina puedo conocer gente, relacionarme, y a lo mejor tener la accesibilidad si yo tengo algún problema, algún familiar, a lo mejor no puedo abordar yo a un paciente, pero al crecer en este medio puedo ayudar a mis pacientes y a mis cercanos a abordar distintos problemas. S.4.

Este estudio encuentra que el lenguaje externalizador del consultante da pautas para identificar cómo se asume la propia experiencia y da espacio para ver como internaliza los síntomas y dificultades que vive en la vida. Sin embargo, las tres primeras sesiones describen las dificultades, se refleja la capacidad de afrontamiento del consultante y como el consultante resuelve en la toma de decisiones para buscar su bienestar y su responsabilidad emocional para cuidar de sí mismo. Sin embargo, esas 3 primeras sesiones nos dan un panorama poco favorable al consultante, pues tiene un estancamiento con la saturación del problema.

C: En algunos momentos donde me siento, así como le digo, ¡de qué! cansado, sin ganas de hacer nada, que también recurra a procrastinar y no aprovechar. S.4

En la cuarta sesión sería la octava en orden cronológico, se puede ver como el describe un futuro más esperanzador y alejado del discurso saturado del problema logrando poner énfasis en metas y deseos que lo motivan a construir un camino hacia la autorrealización.

C: que me valoren los pacientes y las personas por el hecho de poder ayudarlos, y a su vez ayudarme a mí a lo mejor creciendo económicamente, pues no sé, la facilidad de que se me abran puertas, no sé, al entrar en este mundo de la Medicina puedo conocer gente, relacionarme, y a lo mejor tener la accesibilidad. S.4.

El relato sin la saturación del problema nos permite a manera de evaluación ver cómo se desplazan los síntomas no favorecedores, y con otro nuevo panorama

es visto por el paciente, asumiendo e internalizándolo sin problemas. Es una estrategia de intervención de la terapia narrativa para ver el comportamiento y la nueva condición sin problemática. Es importante analizar y diferenciar por el terapeuta si está frente a un problema psicoemocional y/o es una dificultad de la vida con una condición que afecta su condición orgánica.

Sabemos que los trastornos y las diferentes categorías sobre la depresión son una realidad desde el área clínica y científica, en este caso en particular no fue necesario asumirlo con este lenguaje clínico, ya que, apelando a la terapia narrativa, que pone en paréntesis estas categorías emerger la particularidad del relato mismo del paciente, haciéndolo más manejables y accesible. Este punto fue desarrollado en el estado del arte y en el marco metodológico.

A lo largo de las sesiones el discurso saturado del problema fue cambiando al grado que las situaciones adversas fueron tomadas como dificultades de vida y externas al consultante.

C:El lunes, o sea de verdad hice todo lo que tenía propuesto", "cada clase de que me dejaban tarea de verdad me sentía más agobiado" Me falta demasiado estudiar y todavía como que me siguen cayendo cosas." "Y en estos días de verdad me he sentido demasiado cansado." " se me dificulta que se me peguen las cosas, o sea, poner atención en clases.s.3

Sin embargo, a lo que refería el paciente nombrándola depresión se debía a una serie de dificultades que fue ordenando y afrontado con resultados positivos que lo favorecen. El paciente cooperó y respondió a las intervenciones que se propusieron. Se enriqueció el lenguaje externalizador del consultante, deconstruyendo sus propias experiencias.

En todos los mapas elaborados en este estudio, las narraciones colocadas en los mapas de externalización nos ayudan a observar la posición del consultante y guiar la investigación terapéutica. Esto es relevante en situaciones donde se realizan los relatos de vida con la saturación del problema o cuando llegan a conclusiones sumamente negativas de sus identidades o de la identidad de sus relaciones.

El mapa no contempla todos y cada uno de los temas abordados en los relatos de externalización e internalización y no es necesario las conversaciones terapéuticas completas por la perspectiva narrativa, es decir, no todos los temas estarán plasmados, pero si todos los temas con relación al tema central del problema. Otro punto necesario es conocer la postura del terapeuta, que no es necesario este método, sino centrarnos en la narrativa del consultante.

“En este contexto, las personas pueden definir una postura ante sus problemas de vida y tener una voz más fuerte en cuanto a los orígenes de sus preocupaciones. La experiencia suele ser novedosa para las personas que a menudo han sido objeto de las posturas que otras personas asumen respecto a sus problemas y dificultades.” White, 2007. P.64.

En el mapa de declaración de posición del terapeuta tiene un sentido que, esta investigación y nuestra posición como terapeutas queda definida con claridad: es una posición descentralizada del terapeuta, su intervención es explorar la postura que asume el consultante ante los problemas y preocupaciones. Como evidencia se tienen las categorizaciones (nombrar el problema, mapeo de los efectos, evaluaciones de los efectos y justificación de las evaluaciones) de las intervenciones que a lo largo de los mapas se desarrollan y son originadas por el terapeuta.

El paciente narró su experiencia personal para compartir, de manera fluida y confiable en la adherencia al tratamiento que realizó.

C: Venir a terapia. Sí me siento a gusto, sí me libero, se me abre un poco más la mente. S.4.

Es bastante común que en los mapas de externalización y su proceso de desentrañamiento se revelen las historias de los propios temas sociales, culturales, familiares, emocionales y académicos, referente a las problemáticas que narra el consultante: es la historia de la relación de sus creencias, metáforas y diálogos internalizantes y externalizantes que conforman las conclusiones negativas acerca de su vida y sus identidades.

Este desentrañamiento quita las conclusiones de sus “verdades dominantes o creencias” y fueron cuestionadas para que perdieran fuerza. El consultante observa que su vida puede ser vista sin conclusiones negativas gracias a los nuevos relatos sin la saturación del problema y a la vez abriendo la posibilidad de verse con una identidad más favorecedora. Se logra salir de esa visión túnel.

Además, la falta de apoyo de sus personas como son los padres hace que no sea posible el compartir y no tener el impulso o motivación para afrontar la dificultad en el momento presente.

Con el trabajo realizado hasta aquí, se puede observar que emergieron relatos positivos y llenos de posibilidades en los cuales el consultante pudo re-narrar sus historias y darse cuenta de que las dificultades formaron parte de la experiencia. Además, la creación de nuevos relatos fuera del problema y con esto, construir un camino hacia su sentido de autorrealización. relatos Sesión 4:

Sin la saturación. Fue como un alivio para mí. S.4

Sin el problema ha estado ligero y siento que no me he sentido mal por este aspecto, aunque no debe de ser bueno que nada más me sienta a gusto o bien cuando es así, porque la mayoría de las veces no va a ser así. S.4

Me sentí más relajado, o sea, sentí que me podía administrar y aparte darme tiempo a mí mismo, porque le digo.... dediqué horas a mí mismo, no nada más a la escuela, y fue como que así me gustaría que fuera, pero sé que no es así, no va a ser así. S.4.

Esta parte final de los resultados y conclusiones de las misma podemos comentar que el método White favoreció análisis del caso además resolvió los objetivos y fue posible llegar a fin de este estudio.

Bibliografía

- Agudelo, M., & Estrada, P., (2012). Constructivismo y Construcción Social: Algunos puntos comunes y algunas Divergencias de estas corrientes Teóricas. *Prospectiva. Revista de trabajo social e intervención social.* (17),353-378
ISSN:0122-1213. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574261387015>
- Albornoz, A., & Mardones, R., & 2014. Una reflexión sobre la terapia narrativa en contexto y formación y aplicación. *Ajayu, Órgano de Difusión científica de Departamento de psicología de la universidad de Católica de Boliviana 'San Pablo'* 12 (1) 100-119, Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545457006>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed. --)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American psychological Association, 2017, *Superando la depresión*,
<https://www.apa.org/topics/depression/trastornos-depresivos>
- Anderson H.,1997, *Conversación, lenguaje, y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia.* Editorial, Amorrortu Editores
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnett, J. J. (2004). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach (2nd ed.)*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Asociación mexicana de facultades de medicina, A,C, (2021), *El papel del estudiante de medicina ante la pandemia por covid 19, una responsabilidad compartida.*<https://www.amfem.edu.mx/index.php/acerca/comunicados/215-position-paper-04-05-2020>
- Barrera, A., & Vinet, E., (2017). Adulthood Emergent and cultural characteristics of the stage in university students in Chile. *Terapia psicológica*, 35(1),47-56. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>

- Bautista, M., Cueto, C., Franco, K., Moreno, D., Intervención para reducir ansiedad, depresión y estrés en universitarios mexicanos durante la pandemia. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2021 [citado 26 nov]; 50 (4) Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1575>
- Beavin J., Jackson D. & Watzlawick, P. (1981) *Teoría de la comunicación humana*, Editorial Herder Barcelona,
- Bleichmar, H., (1997), *Avances en psicoterapia psicoanalíticas*. Editorial Paidós.
- Bordignon, N., (2005), El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 50-63 Corporación Universitaria Lasallista Antioquia, Colombia, Recuperado 21 de Agosto 2021, <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Botello, E., García, P., Góngora, Hernández, A., F., Ortiz, X., & Investigators, G. (2021). Covid-19, impacto psicosocial en estudiantes de medicina. *Salud Pública De México*, 63(3 May-Jun), 330-331. <https://doi.org/10.21149/12300>
- Bruner, J., 1991, *Actos de significado más allá de la revolución cognitiva* Editorial, Alianza Editorial D.L.
- Caballero, C., Hederich, C., Palacio, J., (2005), El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 42, núm. 1, 2010, pp. 131-146, recuperado <https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>.
- Campos, C., & Linares, J. (2000) *Tras la honorable fachada*, Editorial Paidós.
- Epston, D., & White M., (1993), *Medios Narrativos para fines terapéuticos*, Editorial Paidós.
- Erickson, E., *Ciclo vital completado*, 1988, Editorial Paidós Mexicana S.A.

- Espinosa, C., González, N., Tejeda, A., & Ontiveros., Z., 2021, Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento, *durante la pandemia por Covid-19*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>
- Estrada, L., (2003), *Ciclo vital de la familia*, Editorial Debolc!llo
- Freud, S. (1914-1916): *Duelo y melancolía*. En *Obras completas*, tomo XIV Buenos Aires, Amorrortu editores, 1990,
- Gaitán G. Leyva G & Pérez V. (2021). *Depresión en México en tiempo de pandemia*. <http://coyunturademografica.somede.org/depresion-en-mexico-en-tiempos-de-pandemia/>
- Gergen, J., 2006, *El yo saturado*, 2006, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona
- Gergen, J., 2016, *El ser relacional*, 2016, Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Gil, V., & Quintero, C., (2021). *Depresión en estudiantes universitarios derivada del Covid-19: un modelo de clasificación*. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, 21(1), 1–15. <https://doi.org/10.18270/chps.v21i1.3712>
- Gómez, D., Lara B., Medina I., Hernández, E. & Trujillo, P., (2021). *Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19*. *Enfermería Global*, 20(64), 1-25. [.https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.471511](https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.471511).
- González, L., Jiménez, J., & Ruvalcaba, K., (2021). *Depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19*. *Investigación En Educación Médica*, 10(39), 52-59. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.39.21342>
- Helm, S., 1983, *El individuo en el sistema*, Editorial Herder
- Hernández de la Rosa, E., & Moreno, H., (2019). *Juventud universitaria: preludeo para comprender su especificidad*. *Conrado*, 15(69), 104-109. Pub 02 de septiembre de 2019. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199086442019000400104&lng=es&tlng=es.

- Instituto Mexicano de la Juventud (Imjuve), 2017, ¿Qué es ser joven?,
<https://www.gob.mx/imjuve/es/articulos/queesserjoven#:~:text=El%20concepto%20de%20juventud%2C%20es%20un%20t%C3%A9rmino%20que%2C,de%20caracter%C3%ADsticas%20tan%20heterog%C3%A9neas%20que%20ser%C3%ADa%20imposible%20enlistarlas.>
- Instituto Nacional de Estadística y Geográfica, INEGI, 2021, La primera encuesta nacional de bienestar autorreportado (EMBIARE),
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemogr/NBIARE_2021.pdf
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, (2017) DEPRESION,
<http://www.inn.salud.gob.mx/interna/medica/padecimientos/depresion.htm>
- Johansen, O., Introducción a la teoría general de sistema, 1993, editorial Limusa S.A. de C.V. México
- Juventud Naciones Unidas,(2021), ¿Quiénes son los jóvenes?
<https://www.un.org/es/global-issues/youth>
- La Secretaría de Salud (2021), Línea de la vida, ayuda profesional para personas con depresión, México, <http://www.gob.mx/salud/es/articulos/linea-de-la-vida-ayuda-profesional-para-personas-con-depresion?idiom=es>
- Leyva, G., Gaitán, P., Pérez, V., & Teruel, G., (2021), Depresión en México en tiempos de pandemia recuperado, <http://ri.iberomex.mx/handle/iberomex/5758>
- López, D., Medina Ma. C., Palmer S., & Yusvisaret, L., (2021) Prevalencia de depresión durante la COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad privada mexicana, Rev. MEDISAN, vol. 25, núm. 3, 2021, Mayo-Junio, pp. 637-646
- Ludewig, K., 2010, Bases teóricas de la terapia sistémica, Editorial Herder México.
- Maturana, H., Los orígenes de la biología del ser al hacer, 2004, editorial Lom ediciones
- Ochoa, I., 1995, Enfoques de terapia familiar sistémica, Editorial Herder.
- Onetto, H., (2004). Constructivismo en psicología, Pharos, 11(1) 37-49, fecha de consulta 21 de mayo 2021, disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20811105>
- Organización mundial de la salud, OMS, (2021), Depresión recuperado
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Payne, M., (2002), *Terapia Narrativa*, Barcelona, Paidós
- Ramos, R., (2001), *Narrativas Contadas Narrativas Vividas* Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- Real Academia Española (2020), *pandemia*, *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es>
- Rodríguez, B., & Fernández, A., (2012) *Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión*. Editorial Desclee de Brouwer
- Rodríguez, M., Sanmiguel, M., Muñoz, A., & Rodríguez, C. E. (2014). El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica. *Revista Iberoamericana De Educación*, 66, 105-122. <https://doi.org/10.35362/rie660381>
- Salud Mental, Cuida tu salud, <https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>
- Sandoval, J., (2010). Construcciónismo, conocimiento y realidad: Una lectura crítica desde la Psicología Social. *MAD*, (23), 31-37, <https://revistateoria.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/13633>.
- White M., 2016, *Mapas de la práctica narrativa*, Editorial PRANAS Chile Ediciones
- White, M., 2015, *Practica narrativa la conversación continua*, Editorial Pranas Chile Ediciones
- Concepto y definición, 2021, Depresión, <https://conceptodefinicion.de/depresion/>