



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**“APLICACIÓN DE LA TERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN NARRATIVAS EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN ESTUDIO DE CASO.”**

POR:

MARION CASANOVA MARTY

DOCENTE SUPERVISORA:

ANA MARÍA ZLACHEVSKY

Estudio de Caso presentando a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia Constructivista y Construccionalista.

VALPARAÍSO, AGOSTO, 2016.

AGRADECIMIENTOS

“A mis padres, a quienes no sólo debo mi educación, sino que mi pasión por el aprendizaje y la reflexión; a Gerardo por su amor, paciencia y apoyo a prueba de todo; a Ximena, por las múltiples conversaciones sin las cuales no hubiese escrito ni una palabra. A Ana María por su infinita generosidad al compartir sus conocimientos y experiencias, mil gracias por devolverme la fascinación por la psicoterapia”

ÍNDICE

RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	8
2.1.1. Una perspectiva histórica de la salud en Chile	8
2.1.2. Historia de la Salud mental en APS.....	10
2.1.3. Lineamientos Técnicos	11
2.1.4. Índice de actividad de la Atención Primaria (IAPPS)	12
2.1.5. Consultorio de Atención Primaria de Salud de Pompeya	14
2.2. PSICOTERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN NARRATIVAS.....	16
2.2.1. Introducción	16
2.2.2. Antecedentes Ontológicos.....	18
2.2.3. Contexto epistemológico y paradigmático	21
2.2.4. Modelo X, Y, Z.....	24
2.2.5. Otro tipo de intervenciones.....	27
3. OBJETIVOS.....	30
3.1. OBJETIVO GENERAL	30
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4. MARCO METODOLÓGICO.....	31
4.1. NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.2. CRITERIOS DE RIGOR.....	32
4.3. EL ESTUDIO DE CASO.....	35
4.4. ESTUDIO DE CASO DESDE LA TERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN NARRATIVAS.....	36
4.4.1. Identificación de la paciente	37

4.4.2.	Análisis del motivo de consulta.....	38
4.4.3.	Historia del problema.....	39
4.4.4.	Análisis y descripción de las conductas problema.....	40
4.4.5.	Establecimiento de las metas del tratamiento	40
4.4.5.1.	Problema número 1.....	41
4.4.5.2.	Problema número 2.....	42
4.4.5.3.	Problema número 3.....	42
4.4.6.	Estudio de los objetivos terapéuticos.....	43
4.4.7.	Selección del tratamiento más adecuado	43
4.4.8.	Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase.....	44
4.4.9.	Aplicación del tratamiento.....	44
4.4.10.	Evaluación de la eficacia del tratamiento	48
4.4.11.	Seguimiento	49
4.4.12.	Observaciones	49
5.	CONCLUSIONES	51
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	53
7.	ANEXOS.....	56
7.1.	Consentimiento Informado	56
7.2.	Descripción de Sesiones.....	58

RESUMEN

El presente trabajo describe la realización de psicoterapia desde el modelo sistémico centrado en narrativas propuesto por Ana María Zlachevsky. Para ello se utiliza la metodología de estudio de caso acorde a las normas propuestas por Buela-Casal y Sierra (2002) aplicadas a la consultante Enea, quien fue atendida en un contexto de Atención Primaria de Salud.

El modelo sistémico centrado en narrativas se posiciona desde la necesidad de curiosear para conocer el mundo del otro y, a través de esto, comprender e intervenir. A modo de esquema de ordenamiento utiliza tres componentes integrados a la hora de plantear un problema psicoterapéutico: emoción (X), explicación (Y) y gatillante o por qué ahora (Z), todos los cuales son necesarios a la hora de co-contruir narrativas alternativas que disuelvan el malestar psicológico.

El caso de Enea cuenta con diez sesiones de treinta minutos cada una, con una periodicidad aproximada de una vez al mes acorde a los lineamientos del contexto de atención.

Durante la terapia se abordan tres problemas co-construidos en sesión (X,Y,Z) los cuales se sitúan en el dominio de existencia familiar de la consultante, específicamente en su relación con su sobrina Berta. Las emociones displacenteras presentadas eran rabia, culpa y temor, cada una de las cuales hace relación con una forma de explicarse o narrarse los eventos.

A partir de las intervenciones realizadas se logran disolver dichas emociones displacenteras para Enea, alcanzando los objetivos planteados en el desarrollo de la psicoterapia.

Palabras clave: *estudio de caso, psicoterapia sistémica centrada en narrativas, atención primaria de salud.*

1. INTRODUCCIÓN

Existen múltiples modelos y teorías respecto a la forma de realizar psicoterapia, lo que habla de las diversas ideas en torno al ser humano a la que se adscriben los distintos terapeutas. Si bien esto abre una gama de posibilidades a la hora de elegir un camino en el desarrollo profesional, también trae consigo la necesidad, de elegir una línea de trabajo que haga sentido a quien la aplica.

La terapia sistémica centrada en narrativas propuesta por Ana María Zlachevsky y utilizada en el presente estudio es una mirada más entre esta multiplicidad de alternativas. Ésta plantea, entre otras cosas, la necesidad de hacerse cargo del lugar que ocupa el terapeuta en la co-construcción del problema. Se sustenta en una base onto-epistemológica que entiende al ser humano habitando en el lenguaje, el cual es a su vez, co-construido en la relación con otros. Asimismo, hace énfasis en la importancia de que los terapeutas se hagan responsables de las distinciones de significado que realizan en su operar terapéutico.

Conocer al consultante en su mundo de significaciones y creencias resulta la base desde la cual se opera, dado que sólo así será posible comprender en qué momentos emergen las emociones displacenteras que llevan a consultar, en qué dominios de existencia y qué explicación se da cada consultante respecto a lo que le pasa o le pasó.

El presente trabajo tiene por objeto describir un proceso de psicoterapia realizado desde este modelo y llevado a cabo en el contexto de Atención Primaria de Salud. En este caso, en un consultorio de la provincia de Marga Marga, lo que será identificado más adelante.

Si bien la atención psicológica en APS está planteada principalmente desde un marco de prevención y promoción de la salud, la necesidad de la población y la saturación del sistema, lleva a que el grueso de las atenciones se realicen de

manera individual. No obstante, continúan enmarcadas dentro de los cánones restrictivos descritos por el Ministerio de Salud, los cuales plantean sesiones de 30 minutos con la frecuencia que permita la cantidad de personas inscritas en el programa de salud mental y depresión de cada establecimiento. Lo que en el caso particular del consultorio en cuestión permite una frecuencia máxima de 1 vez cada 3 semanas.

Asimismo, las guías clínicas para la realización de psicoterapia en atención primaria, proponen al modelo cognitivo conductual como el ideal para este contexto.

La apuesta del presente estudio es aportar con una nueva mirada en torno a la forma de hacer terapia dentro de atención primaria de salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2.1.1. Una perspectiva histórica de la salud en Chile

Durante el siglo XX las intervenciones gubernamentales de salud en Chile estuvieron enfocadas principalmente en aumentar el acceso de la población a los prestadores de servicios, controlar la transmisión de enfermedades infecciosas, disminuir la desnutrición infantil y a combatir la mortalidad maternal (MINSAL, Estrategia Nacional de Salud 2011-2020).

A partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), también conocida como Alma-Ata, realizada en 1978 y convocada por la UNICEF y la OMS se generan cambios importantes en la forma de concebir la APS, la cual pasa a ser el centro de las acciones de promoción y prevención en salud. Asimismo, la salud es comprendida como un derecho humano fundamental y como la base del desarrollo de las comunidades, por ende, los Gobiernos deben asumir el desafío de desarrollar y potenciar este primer nivel de acceso a la salud. (Declaración Alma-Ata, 1978)

Tomando los postulados del Alma-Ata, Chile comienza un proceso de cambio que busca fortalecer la APS, para ello inicia la Reforma de Salud en el año 2004, con la cual se buscan disminuir las graves diferencias de acceso a las atenciones de salud que existían en el país. En función de lo anterior, esta reforma inicia el establecimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) referentes a Acceso, Calidad, Oportunidad y Protección Financiera (Ley 19966). De la mano del establecimiento de garantías explícitas, se instaura el Modelo de Salud Familiar como la pauta de atención en la APS.

Eventualmente la introducción de dicho modelo llevaría a la conceptualización de un cambio entre “Consultorio” a “Centro de Salud Familiar” (CESFAM), proceso que actualmente aún está en ejecución. La idea central de dicho giro consiste en la concepción del sujeto como un ser biopsicosocial, es decir, ya no se le trata sólo desde una perspectiva biomédica, sino que se le entiende como inserto en una sociedad, que incluye: comunidad, familia, trabajo, escuela, etc. como parte de diferentes sistemas co-dependientes entre sí.

Para dicho fin los usuarios y sus familias deben ser atendidos siempre por un equipo de cabecera, el cual, acorde a los lineamientos del MINSAL, es un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que *“se hace cargo de la salud de un sector definido de la población, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación”*.¹

Esta reforma trajo consigo la re-conceptualización de los diferentes programas desde los cuales se organizan los servicios y atenciones prestadas en APS, orientados a acompañar a las mismas familias durante las diferentes etapas de su ciclo vital. Estos programas son: Infancia, Adolescencia, Mujer, Adulto y Adulto Mayor. Entre las prestaciones de tipo transversal a la etapa del ciclo vital familiar se encuentran: curaciones, toma de muestras, educación grupal, consulta social, atención domiciliaria, salud oral y salud mental.

Frente a este último programa el Ministerio de Salud, en el año 2000, se propone en su Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el *“contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades*

¹ Ministerio de Salud (2013), “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”. Pág 39.

psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”².

La Salud Mental es comprendida como un equilibrio entre la interacción de factores psicológicos, biológicos y sociales cada uno de los cuales debe ser considerado a la hora de fomentar un buen estado de salud.

2.1.2. Historia de la Salud mental en APS

La incorporación de profesionales del área de la salud mental a la atención primaria de salud en Chile se remonta al año 1992, cuando se incorporan psicólogos, asistentes sociales y matronas específicamente para tratar con este tipo de temas. Más tarde se incorporan los programas de atención de alcohol y drogas con el CONACE (actual SENDA) el cual se mantiene hasta la fecha. En el año 2001 se inicia el Programa de detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en la atención primaria como respuesta al nuevo plan de salud mental y psiquiatría, atención que se consolida y asegura luego de la incorporación de la Depresión a la lista de patologías GES.³

En función de las nuevas necesidades de atención, los centros de atención primaria del país pasan rápidamente a estar dotados de profesionales de la salud mental, aumentando entre el 2004 y 2012 de un 89,5% a un 99,6% la cantidad de centros dotados de uno o más psicólogos.⁴

Actualmente existen cuatro condiciones de salud mental consideradas dentro del listado de Garantías Explícitas de Salud: trastorno afectivo bipolar,

² Ministerio de Salud (2015), “Salud mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones” Pág 9.

^{3 y 4} Ministerio de Salud (2015), “Salud mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones”. Pág 18.

depresión en mayores de 15 años, consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en población menor a 20 años, primer brote de esquizofrenia.⁵ Si bien, esto demuestra una intención de aumentar la cobertura, aún existen múltiples desafíos vinculados a la inclusión de la población infanto adolescente, así como a la prevención de dichas patologías.

2.1.3. Lineamientos Técnicos

Los lineamientos del llamado “Modelo de Intervención de Salud Mental” se sostienen a la base de un enfoque comunitario que busca vincular con las redes de apoyo disponibles, así como aprovechar los recursos del entorno. Como es característico de la Atención Primaria de Salud, la salud mental también tiene un enfoque preventivo, por lo cual se proponen acciones que promuevan estilos de vida saludables no sólo desde lo biológico.

No obstante lo anterior, también existe un componente del programa de intervención que se encuentra orientado al tratamiento de personas con trastornos mentales, el cual busca abordar principalmente los siguientes cuadros:

- 1.- Trastornos depresivos (Incluidos en el GES en las personas de 15 años y más)
- 2.- Trastornos por consumo de alcohol y drogas en Mayores de 20 años
- 3.- Tratamiento por consumo de sustancias alcohol y drogas en menores de 20 años (Incluido en el GES, sólo en este grupo etario)
- 4.- Trastornos Hipercinéticos⁶

⁵ Ministerio de Salud (2015), “Salud mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones” Pág 19

⁶ Acorde a Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10

5.- Trastornos del comportamiento y emociones de inicio en la infancia y adolescencia

6.- Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes jóvenes, adultos y adultos mayores.⁷

Si bien no existe una pauta estricta respecto al enfoque o modelo desde el cual se debe trabajar en el tratamiento de la Salud Mental en APS, sí existen guías clínicas que tienen como objetivo estandarizar y orientar dicho trabajo. Estas guías sugieren principalmente el abordaje desde el modelo cognitivo conductual y cuentan además con cantidad de sesiones sugeridas, así como apoyo farmacológico recomendado acorde a los diferentes diagnósticos del CIE-10.⁸

Asimismo, dichas pautas, otorgan guías claras respecto a qué diagnósticos deben ser derivados a atención secundaria, es decir, atención con psiquiatra, psicólogo y asistente social del Consultorio de Especialidades, el cual habitualmente es uno dentro de la comuna donde se centralizan las atenciones para los usuarios derivados desde los diferentes centros de atención primaria del sector.

2.1.4. Índice de actividad de la Atención Primaria (IAPPS)

En respuesta a al artículo N°49 de la Ley N°19378, que regula el financiamiento del Estado a la salud municipal, las actividades y prestaciones realizadas en los establecimientos de Atención Primaria de Salud son medidas periódicamente de acuerdo con los criterios de cumplimiento establecidos anualmente desde el Ministerio de Salud. Este último se basa en un grupo de

⁷ Ministerio de Salud. (2010) "Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020". Pág 75.

⁸ Ministerio de Salud (2013), "Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más". Pág 58

indicadores que intentan estandarizar el tipo de atención de los diferentes centros a lo largo del país. Estos están diseñados en función de los siguientes parámetros:

- Que se enmarquen en los objetivos sanitarios vigentes.
- Que conduzcan al cumplimiento de las garantías en atención primaria en los problemas de salud incorporados al sistema GES.
- Que den cuenta de procesos de la atención primaria que enfatizan el cuidado de la salud a través del enfoque familiar y comunitario y/o su integración a la red asistencial.
- Que en su conjunto equilibren evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos.
- Que para la construcción de los indicadores se considere la población inscrita validada para establecimientos municipales y ONG en convenios y la beneficiaria estimada para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.
- Que estén incorporadas en sistemas de registros de uso habitual (REM) y minimicen los monitoreos especiales⁹.

La meta nacional del año 2015 para el Programa de Salud Mental de APS fue fijada en el 17% de la cobertura de la prevalencia establecida acorde a la cantidad de inscritos en el establecimiento de Salud, es decir, debe existir una población bajo control equivalente al 17% de las personas que se esperan padezcan de enfermedades mentales en la población inscrita¹⁰. Si bien, dicha meta es nacional, existen posibilidades de ajuste acorde a la realidad de cada comuna, las cuales son negociadas entre el Municipio y el Servicio de Salud correspondiente al sector.

Cabe destacar que, además de la cobertura respecto a diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, los lineamientos técnicos para guiar las

⁹ Ministerio de Salud (2014), "Índice de actividades de la Atención Primaria (IAAPS)" Pág 4.

¹⁰ Ministerio de Salud (2015), "Índice de actividades de la Atención Primaria (IAAPS)" Pág 17

atenciones de salud mental también contemplan la realización de talleres en colegios para profesores y apoderados, así como la intervención en comunidad acorde a las problemáticas detectadas para el sector en específico con el que se desea trabajar. Intervenciones orientadas al factor de promoción y prevención, las cuales deberían tener la misma importancia que las prestaciones otorgadas al tratamiento.

2.1.5. Consultorio de Atención Primaria de Salud de Pompeya

El consultorio de Pompeya se encuentra ubicado en la ciudad de Quilpué, perteneciendo al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y siendo administrado por la Corporación Municipal de Quilpué en conjunto con otros cinco establecimientos de atención primaria de salud de dicha comuna.

Acorde al Plan Comunal de Salud de Quilpué del año 2015, el consultorio de Pompeya contaba con 15.956 personas inscritas, quienes en un 53% son mujeres.¹¹

En el mismo documento, podemos constatar que al año 2015, el establecimiento contaba con 1800 horas de funcionarios contratadas, las cuales se distribuían entre: médico general, odontólogos, matronas, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogo, asistente social, psicóloga, técnicos paramédicos, administrativos, informático, auxiliares de servicio, guardia y chofer.

La cartera de prestaciones otorgadas por el Consultorio, cubre los siguientes programas: programa de Salud para el niño y adolescente, programa para la mujer, programa para el adulto y adulto mayor, programa salud bucal y promoción de salud. Dentro de los cuales las “consultas de salud mental” tanto de psicólogo como de médico, se encuentran contempladas de manera transversal.

¹¹ Ilustre Municipalidad de Quilpué (2015). “Plan Comunal de Salud 2015). Pág 31.

Cada uno de dichos programas tiene su propio jefe quien coordina actividades y se encarga de velar por el cumplimiento de los objetivos y metas correspondientes.

El Programa de Salud mental, como ya se mencionó, funciona de manera transversal en el ciclo vital y sus prestaciones son otorgadas por médico, asistente social y psicóloga. Pompeya cuenta actualmente con 44 horas de psicóloga, 22 de asistente social y 22 de médico de dedicación exclusiva para consultas de salud mental. Se busca realizar un trabajo coordinado entre las tres profesionales, las cuales cuentan con 2 horas mensuales para revisar casos y coordinar intervenciones.

Las atenciones de médico y asistente social contemplan atenciones de 20 minutos por usuario, con una periodicidad variable dependiendo de la necesidad del consultante como de la capacidad del establecimiento de responder a la demanda. Las intervenciones psicológicas por su parte, contemplan atenciones de 30 minutos con periodicidad variable entre una vez cada 3 ó 5 semanas dependiendo de la cantidad de usuarios bajo control. Dicho rendimiento sigue los planteamientos establecidos desde el Ministerio.¹² Cabe destacar que actualmente el programa de Salud Mental y Depresión del Consultorio contempla una existencia de 434 usuarios en tratamiento. Sin contar con las actividades de prevención y promoción que se realizan con la comunidad respetando las orientaciones programáticas planteadas a nivel nacional.

Asimismo, y acorde a las orientaciones programáticas impartidas por el Ministerio de Salud, se realizan consultorías psiquiátricas de adulto e infante juveniles mes por medio. Estas consisten en una reunión clínica del equipo de salud mental ya mencionado con un psiquiatra del Consultorio de Especialidades, el cual se encarga de orientar el tratamiento farmacológico de aquellos pacientes de mayor complejidad.

¹² Ministerio de Salud (2014), "Manual Series REM 2014-2016" Pág 62

2.2. PSICOTERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN NARRATIVAS

2.2.1. Introducción

La historia de la búsqueda del conocimiento estuvo marcada durante muchos años por la tradición de las ciencias naturales que plantea la utilización de un pensamiento de tipo causa-efecto que pretende la comprensión del por qué ocurren ciertos fenómenos, asumiendo que estos son posibles de observar de manera objetiva (Riedl 1993). Dicha lógica marcó fuertemente el desarrollo de las ciencias, entre ellas la Psicología, generando una importante resistencia frente a la aparición de pensadores divergentes como Giambattista Vico, y más tarde Silvio Ceccato o el mismo Piaget, quienes comenzaron el cuestionamiento respecto a cuál era el rol del observador en la construcción de la realidad, dando inicio al llamado constructivismo.

En palabras de Von Glaserfeld: *“La mayor parte de los científicos actuales se sienten aún hoy como “descubridores” que sacan a luz los misterios de la naturaleza y amplían lenta pero seguramente el dominio del saber humano; e innumerables filósofos se dedican hoy a la tarea de asignar a este saber trabajosamente alcanzado la imprescindible seguridad que todo el mundo espera de la verdad “auténtica”. Lo mismo que antes, domina hoy la concepción de que el saber sólo es saber si permite conocer el mundo tal como éste es”*.¹³

En lo referente a la Psicología, es posible decir que en los últimos 60 años, el trabajo de grandes exponentes de diferentes disciplinas como Bateson, Maturana, Keeney, entre tantos, instauró una manera distinta de comprender el conocimiento como algo que depende de los ojos del observador, determinado no solo por el “objeto” observado, sino que pone un fuerte énfasis en el rol del observador como constructor activo de la realidad.

¹³ Von Glaserfeld, “Introducción al pensamiento radical”, Pág 3.

“El conocimiento implica interacciones, y no podemos salir de nuestro dominio de interacciones, el cual está cerrado. Vivimos, por lo tanto, en un dominio de conocimientos dependiente del sujeto y en una realidad dependiente del sujeto... De hecho, cualquier conocimiento de una realidad trascendental absoluta es intrínsecamente imposible; si una supuesta realidad trascendental se vuelve accesible a la descripción, entonces ésta no sería trascendente pues una descripción implica siempre interacciones y, por consiguiente, revela solamente ser una realidad dependiente del sujeto”¹⁴

Maturana (1996) plantea entonces la existencia de una objetividad entre paréntesis, la cual daría cuenta de la imposibilidad de una objetividad como ajena a la construcción del observador de la misma. Es la misma estructura del organismo observante la que determina dicha construcción.

Desde otro ángulo es posible decir que hacia fines de los años 90 empieza a producirse una deriva en la psicología en la que se incluye una mirada hacia los fenómenos sociales (sentido, lenguaje, diálogo, significado) y hacia lo que se ha llamado la construcción social de la realidad. Este movimiento no sólo contempla el rol activo del observador respecto a la realidad, sino que da especial importancia al contexto social en que ocurren los fenómenos. Dado que lo verdadero ya no responde a lo que se corresponde con la realidad con independencia del individuo, la verdad es entendida como una construcción social. Dicha construcción posee un aspecto histórico de gran importancia donde las realidades se acumulan temporal e históricamente a través del lenguaje, el cual recoge su propia realidad del lenguaje pre-existente. Por lo tanto lo verdadero y lo racional pasan a ser una expresión de las comunidades interpretativas y no de una racionalidad interna individual. Si una perspectiva sólo puede validarse remitiéndola a otras entonces lo que se considera racional sería aquello aprobado

¹⁴ Maturana en Dell, P. F. (1985), “Understanding Bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences”. Journal of marital and family therapy, 11(1), 1-20. Traducción Demichelli. Pág 10.

por la mayoría, mientras que lo irracional es una forma de control social, de mover a los otros hacia la posición predominante.

El “yo” como ha sido concebido tradicionalmente pasa a segundo plano, ya no es entendido como una forma consistente de ser, sino que es construido por las diferentes relaciones establecidas las cuales, dado que se establecen a través del lenguaje, son previas al mismo individuo. El sentido del lenguaje sólo emerge entre las personas, en su relación. Las palabras en sí mismo carecen de sentido hasta que otro les da su consentimiento, por ende, el significado depende de la relación. Y como no es posible concebir un yo fuera de un conjunto de significados, podemos concluir que el yo es posterior a las relaciones, siendo estas últimas entonces el foco principal. (Gergen 2006).

Veamos a continuación, cómo la terapia sistémica centrada en narrativas, toma estas discusiones y se posiciona desde el rol del terapeuta como co-constructor en terapia.

2.2.2. Antecedentes Ontológicos

Zlachevsky (2015) siguiendo las ideas expuestas por Coddou, comprende que todo enfoque terapéutico involucra seis niveles jerárquicos conceptuales: uno epistemológico, uno paradigmático, uno de teoría, uno de modelo intermedio, uno técnico y finalmente agrega un nivel ontológico.

Nivel epistemológico: responde a la concepción respecto a la realidad, distinguiendo si el terapeuta toma un rol pasivo de observador de una realidad externa o si se hace cargo de sus propias distinciones respecto a lo planteado por el consultante.

Nivel de paradigma: hace referencia a las concepciones respecto a lo que es susceptible de ser conocido, así como de la unidad mínima de análisis a

considerar durante la terapia, como por ejemplo: una conducta, un individuo, un sistema familiar, etc.

Nivel de teoría: tiene que ver con las ideas desde las cuales se pueden establecer normas, e hipótesis sobre las unidades de análisis.

Nivel de modelo intermedio: pretende establecer conexiones entre el nivel teórico y su aplicabilidad en lo que la autora llama “la vida cotidiana”.

Nivel técnico: corresponden a las técnicas utilizadas por el terapeuta en su labor.

Como se menciona previamente, Zlachevsky agrega un nuevo nivel, al que llama nivel ontológico, respecto del cual sostiene “es este nivel el que da cuenta de cómo la persona se responde a su propia interrogante de qué es para él o ella lo que define el ser de “lo humano” y cómo actúa desde esa comprensión.”¹⁵

Según Zlachevsky es indispensable explicitar la mirada ontológica desde la cual se sostiene un terapeuta, pues es desde ahí desde donde emergen los propios significados utilizados en el trabajo psicoterapéutico: *“En la medida en que el Construccionismo Social incluye distintas formas de hacer terapia, la idea de hombre requiere haber sido meditada y explicitada para facilitar la comunicación con otros terapeutas o guiar a otros en el interesante y sorprendente mundo que se abre en el proceso terapéutico(...)*Creo que la comprensión de ser humano que esté a la base de la práctica terapéutica debe ser explicitada; de lo contrario, se cae en técnicas terapéuticas que parecen no tener un sustento teórico”¹⁶

El necesario sustento ontológico de la presente teoría se basa en el trabajo de Heidegger quien en su obra *Ser y Tiempo* (1927) plantea que el ser

¹⁵ Zlachevsky, Ana María (2015), “Relatos Clínicos, filosofía y terapia narrativa”. Ediciones Mayor, Chile, Pág 34.

¹⁶ Zlachevsky, Ana María (2010), “Una invitación a pensar lo ontológico en la psicoterapia conversacional”. Pág 5

determina y se manifiesta en el ente o Dasein (*ser-ahí*), sin embargo, lo trasciende. Ser y Dasein entonces se dan en conjunto de manera indivisible, uno como manifestación del otro.

En palabras del autor:

*“El ser mismo relativamente al cual puede conducirse y se conduce siempre de alguna manera el “ser ahí”, lo llamamos “existencia”. Y porque la definición de la esencia de este ente no puede darse indicando un “qué” de contenido material, sino que su esencia reside en que no puede menos de ser en cada caso su ser como ser suyo, se ha elegido para designar este ente el término “ser ahí”, que es un término que expresa puramente el ser [...].El “ser ahí” se comprende siempre a sí mismo partiendo de su existencia, de una posibilidad de ser él mismo o no él mismo. Estas posibilidades, o las ha elegido el “ser ahí” mismo, o éste ha caído en ellas o crecido en cada paso ya en ellas. La existencia se decide exclusivamente por obra del “ser ahí” mismo del caso en el modo del hacer o el omitir. La cuestión de la existencia nunca puede liquidarse sino por medio del existir mismo”.*¹⁷

Es el Dasein el que será interrogado respecto al ser, pues es el ente el que se encuentra arrojado en el mundo, experimentando. Heidegger propone tres momentos estructurales de estar-en del “ser ahí”, que se dan siempre juntos: temple anímico o encontrarse, comprender y el habla.

El temple anímico, corresponde a la disposición afectiva existencial desde la cual el Dasein desoculta o construye el mundo. En la disposición afectiva –dice Heidegger- *“el Dasein ya está siempre puesto ante sí mismo, ya siempre se ha encontrado, no en la forma de una autopercepción, si no en la de un encontrarse afectivamente dispuesto”*¹⁸. Desde este temple de ánimo es que el hombre conoce, sabe y cree.

¹⁷ Heidegger, M. (1951), “Ser y Tiempo”, Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. Pág 22

¹⁸ Heidegger, M. (1951), “Ser y Tiempo”. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, Argentina. Pág 152.

Otro existencial cooriginario del Dasein es el comprender, el cual corresponde a un *comprender originario* que implica determinadas posibilidades del “ser ahí” arrojado en el mundo, su proyecto y la interpretación o desarrollo del mismo. “*La interpretación no es el tomar conocimiento de lo comprendido, sino el desarrollo de las posibilidades proyectadas en el comprender*”¹⁹. Asimismo, el comprender está anímicamente templado.

Otro existencial, igualmente cooriginario con los dos ya mencionados es el habla, el cual consiste en la articulación de lo comprendido y, por ende, de la interpretación. Lo articulado de lo articulable en el habla son los significados, los cuales siempre están expresados como palabras.

Más adelante se explicará cómo estos tres existenciales son encarnados en la teoría psicológica a describir en el presente trabajo.

2.2.3. Contexto epistemológico y paradigmático

Epistemológicamente, Zlachevsky (2012) propone una forma de dejar a un lado el debate entre la supremacía del construccionismo o el constructivismo en psicoterapia, lo cual ha atrapado a muchos teóricos en la identificación con una u otra corriente de manera excluyente. Para ello la autora utiliza el término *Constructividad*, entendiéndolo como “*la postura que lleva al observador a hacerse cargo de sus operaciones de distinción*”²⁰.

La comprensión de la vida desde esta postura, implica aceptar que todos los relatos que escuchamos como terapeutas son interpretaciones o

¹⁹ Heidegger, M. (1951), “Ser y Tiempo”, Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. Pág 166

²⁰ Zlachevsky, Ana María (2012), “Constructividad y razón narrativa: bases para operar en terapia narrativa”, Revista de psicología de la Universidad de Chile, Vól. 21, Nro 2. Santiago de Chile. Pág 242

significaciones de las acciones, pero que en ningún caso constituyen lo vivido como algo ajeno a quien lo relata, e incluso, ajeno a quien escucha. Por ende, no se está buscando una verdad que juzgar o modificar, sino que el objetivo pasa a ser entender el significado que una acción en particular toma para el consultante.

Para ello, el terapeuta utiliza lo que Bruner (1996) llama *pensamiento narrativo*. El autor plantea que existen dos formas de pensamiento encargadas de “ordenar la experiencia, de construir la realidad”²¹. La primera la llama *pensamiento paradigmático*, el cual sería el ampliamente utilizado por las ciencias lógicas, este tipo de razonamiento busca la verdad empírica y universal, siguiendo una lógica coherente de causa-efecto y utilizando metodologías que permitan la verificación de sus teorías. Por otra parte el ya mencionado pensamiento narrativo, sería el centrado en los relatos y, por ende, en la semejanza con la vida. A diferencia del pensamiento paradigmático, el narrativo busca la verosimilitud de las historias y no su verdad, así como se basa en una conexión entre fenómenos más que en el principio de causalidad. Dice Bruner “la realidad psíquica predomina en la narración”²². Es por ello que no ha de extrañar que sea este el tipo de razonamiento a la base de la psicoterapia.

Asimismo, las narrativas nos hablan de la forma en que las personas se cuentan sus propias historias. Esto incluye la ejecución de roles específicos de la vida los cuales determinan el contexto en que el relato ocurre; no es lo mismo hablar de sí como pareja que como madre, hija, hermana, trabajadora, etc. Cada uno de los diferentes roles que realiza una persona en su cotidianidad implican una serie de supuestos y expectativas que determinan la forma en que será relatada una situación. Maturana llama a cada uno de estos contextos en los cuales se significan los relatos como *dominios de existencia*.

²¹ Bruner, J. (1996). “Realidad Mental y Mundos posibles”. Editorial Gedisa. Barcelona, España. Pág 23

²² Bruner, J. (1996). “Realidad Mental y Mundos posibles”. Editorial Gedisa. Barcelona, España. Pág 25

En sus palabras *“cada configuración de operaciones de distinciones que el observador ejecuta, especifica un dominio de realidad como un dominio de coherencias operacionales de su praxis del vivir en la cual él o ella trae a la mano un tipo particular de comportamiento”*²³. Al respecto la autora agrega *“el cuento que se nos cuenta o nos contamos sobre quiénes somos surge de la danza de intercambios comunicacionales que ocurre en los distintos dominios de existencia en los que nos desenvolvemos”*²⁴

Por ello el terapeuta debe ser capaz de identificar en qué *dominio de existencia* existe el problema narrado por el cual se consulta y, al mismo tiempo, observar qué le ocurre a sí mismo en este espacio y cómo podría repercutir en la terapia.

El lenguaje entonces pasa a ser central en esta forma de comprender la psicoterapia; entendido no sólo como lo que se *narra* a través del habla, sino que todo aquello que es expresado en una conversación. Al respecto comenta Zlachevsky *“En la danza de hablar (paciente) y preguntar o aseverar (terapeuta) se va creando la “realidad” que emerge en ese contexto suscitado por ambos”*²⁵. La misma autora (2015) toma de Martin Buber la relación yo-tú ejemplificando lo que ocurre en psicoterapia, donde es en esta dupla que *“emerge el diálogo y en donde cada persona confirma a la otra como valor único”*.²⁶

Desde esta perspectiva el lenguaje existiría entre las personas y no dentro de cada una de ellas. En palabras de Zlachevsky: *“Cada idea, cada concepto solo se concreta en el intercambio interpersonal o social con otros, en y desde el*

²³ Maturana en Zlachevsky 2012, pág 252

²⁴ Zlachevsky, Ana María (2012). Pág 253

²⁵ Zlachevsky, Ana María (2012). Pág 244

²⁶ Zlachevsky, Ana María (2015). Pág 53

*lenguaje. Los significados con los que las personas afrontan el mundo nacen siempre en y desde un contexto relacional particular.”*²⁷

Es comprensible entonces que el objetivo de esta forma de hacer terapia no se puede situar en un contexto terapeuta *paciente*, donde se deba realizar un buen diagnóstico o clasificación del problema para luego curarlo, sino que, terapeuta y paciente participan de una co-construcción de significados a partir de lo cual emergen nuevas narrativas liberadoras para el consultante. En palabras de la misma autora:

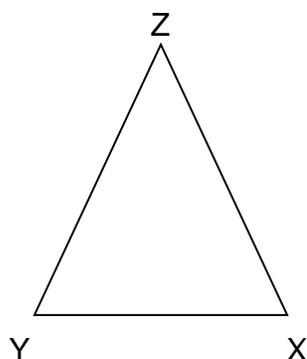
*“La orientación final de la terapia es de co-construir en el proceso terapéutico una narrativa nueva, que emerja desde las propias creencias del cliente, que elimine su sufrimiento o le permita abordar su problema de manera diferente.”*²⁸

2.2.4. Modelo X, Y, Z.

Considerando lo difícil que puede resultar construir un problema psicológico a la hora de realizar psicoterapia, Zlachevsky propone una esquematización en base a las propuestas ontológicas heideggerianas, compuesta por la siguiente triada: emoción, explicación y evento gatillante (o por qué ahora), los cuales grafica como X, Y, Z. Los tres elementos de esta triada existen simultáneamente, sólo se separan con fines didácticos para entender su interacción.

²⁷ Zlachevsky, Ana María (2012). Pág 5

²⁸ Zlachevsky, Ana María (2012). Pág 19



Estos tres elementos representan los existenciales del Dasein de la siguiente forma:

- X (emoción) comprendida como el temple anímico desde el cual el Dasein es abierto al mundo.
- Y (explicación) entendida como el comprender del ser en el mundo, comprender simultáneo en existencia a la emoción y por tanto, en directa relación con la misma y con el proyecto futuro.
- Z (aquí y ahora) comprendida como el contexto en que el Dasein está siendo, abierto al mundo en un aquí y ahora en particular en el que algo cambia y existe un temple anímico y un comprender específico.

Acorde a la autora *“cuando alguien asiste a terapia, llega impulsado por el hecho que de que vivió alguna experiencia, en alguno de los dominios de existencia en los que se desenvuelve, que trajo aparejada una emoción (temple anímico) que no esperaba sentir y que se alguna manera lo (la) perturba. Esa emoción, por lo general inesperada, emergió desde el propio sistema de creencias de la persona y lo llevó a significar lo ocurrido, de tal manera que lo perturbó”*²⁹

Si bien la construcción de esta triada facilita y guía la intervención del terapeuta, ésta resulta imposible de realizar sin entender el mundo del consultante, sus significaciones, explicaciones, sistema de creencias, etc. sobre

²⁹ Zlachevsky, Ana María (2015). Pág 78

los cuales se funda su definición de sí mismo y de los otros en un determinado dominio de existencia. Es sólo a partir de este acercamiento que se podrá construir la triada.

Al comenzar a construir el problema tal vez puede resultar más accesible distinguir la emoción displacentera (X) pues es ésta la que perturba al cliente y lo trae a consultar, sin embargo, no siempre aparece nítida. La emoción puede confundir el trabajo terapéutico llevando a hablar sólo desde lo problemático, debido a lo anterior, desde este modelo resulta central identificar un evento reciente que haya ocasionado la perturbación por la que el sistema consultante (Z) solicita ayuda. En otras palabras, identificar un evento que haya modificado la deriva del sistema consultante y que desencadene una explicación y por tanto una emoción que no esperaba ocurriera en este dominio de existencia. Lo que Maturana (2007) llama "intervención ortogonal". El autor refiere que un sistema puede entrar en dos tipos de encuentro *"El primer tipo de encuentro aquí es llamado agonal (confirmatorio) pues el agente externo gatilla en algunos elementos del sistema los mismos cambios estructurales que también podrían ser gatillados por los demás elementos del sistema en el marco de la dinámica actual del sistema, por lo que el sistema como unidad mantiene su deriva relacional inalterada. Por consiguiente, el segundo tipo de encuentro recibe el nombre de ortogonal (no confirmatorio), ya que el agente externo gatilla cambios estructurales en algunos elementos del sistema que son novedosos en relación con la dinámica estructural actual del mismo, por lo que el sistema como unidad cambia la dirección de su deriva relacional."*³⁰

Se entiende que un ser humano que ha sido capaz de resolver sus dificultades por si solo durante toda su vida o gran parte de ella, debe haber experimentado un fenómeno que perturbó su forma de entender lo que estaba ocurriendo, encontrándose a la base de la emoción emergente. El orientar la conversación en la búsqueda de dicho evento, ayudará a entender cómo es que

³⁰ Maturana (2007), Pág 138-139

estaba significando lo que le ocurría y cómo lo significa ahora, sin perpetuar el problema como algo anclado en el sujeto, sino como una significación dada a un fenómeno no esperado.

El tercer elemento de la triada corresponde a la explicación (Y) o interpretación que el consultante se da respecto al evento ocurrido, es esta explicación la que se vivencia desde un temple anímico de malestar, el que lo o la atrapa en una comprensión que no esperaba y que le perturba.

Cabe destacar que el problema siempre se encuentra arraigado en un contexto social más allá de la historia personal de quien consulta, es decir, debe ser entendido a la luz de una cultura y tiempo histórico determinado que estará dominado por ciertos discursos que hablan respecto a lo que *debe ser* en determinado dominio de existencia en cierto contexto socio-cultural.

Este modelo orienta en la deriva más apropiada para realizar la entrevista terapéutica, pero no incluye cómo debe intervenir el terapeuta, siendo muy flexible respecto a las técnicas a utilizar planteando que una vez entendida la psicoterapia en el contexto ontoepistémico previamente expuesto, se es libre de utilizar la técnica que sea útil para el contexto terapéutico específico de cada caso.

2.2.5. Otro tipo de intervenciones

Zlachevsky (2005) plantea que muchas veces en terapia es necesario utilizar otro tipo de intervenciones que no pueden ser definidas como psicoterapia propiamente tal, sino que nacen impulsadas por la necesidad de los terapeutas de dar respuesta a ciertas quejas que emergen durante las sesiones. Estas intervenciones responden a diferentes problemas de la “vida real” de las personas que consultan, como por ejemplo dificultades económicas, de salud, vivienda, duelos, etc. los que muchas veces son parte importante del malestar de las personas, sin embargo, no constituyen un problema psicológico per se.

Para ello se basa en la tipología realizada por Fruggeri y distingue de la siguiente forma los tipos de intervención:

Cuadro esquemático del tipo de intervención (en Zlachevsky 2005)

Tipo de intervención	Cuándo	Presupuesto	Funciones
Facilitación	Fases de transición del ciclo vital	Existencia de recursos en la familia	Amplificación de los recursos del sistema
Sostén	Eventos críticos inesperados y desestabilizadores	Carencia parcial de apoyo externo	Compensación de los recursos familiares
Mediación	Eventos críticos indeseables que requieren de un agente externo para lograr acuerdos	Recursos congelados producto de emociones turbulentas	Mediar para lograr acuerdo entre las partes en conflicto
Control y tutela	Violencia, abuso o descuido grave de una persona	Incapacidad de la familia	Interrupción del circuito violento y reactivación de los recursos y sentimientos positivos de las personas
Terapéutico	Malestar	Dificultad de quien	Facilitar el

	psicológico	consulta para desentramarse del estancamiento desdichado en el que quedó preso después de un episodio crítico	proceso reflexivo para lograr co-conformar nuevas significaciones alternativas al sufrimiento
--	-------------	---	---

A partir de la explicitación de dicha tipología, así como la orientación respecto a sus usos, la autora pretende favorecer a la amplitud de horizontes de la psicoterapia, que permita el desarrollo y utilización de estrategias en función de lo que aparece como útil para cada terapeuta sin restricción respecto al tipo de apoyo que puede brindar.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir una aplicación de la psicoterapia sistémica centrada en narrativas en el contexto de atención primaria de salud, en el caso de una adulta mayor.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el problema según el esquema x,y,z, resaltando las emociones que estuvieron a la base.
- Describir las intervenciones y cambios obtenidos para el problema en torno a la emoción de rabia por sensación de pérdida de independencia de Enea.
- Describir las intervenciones y cambios obtenidos para el problema que generaba la emoción de culpa por la necesidad de cuidar a Berta.
- Describir las intervenciones y cambios obtenidos para el problema respecto la emoción de miedo al envejecimiento y el futuro.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo corresponde a un tipo de investigación cualitativa, la cual, en coherencia con el marco teórico expuesto, busca comprender desde la subjetividad al objeto de estudio.

A diferencia de la metodología cuantitativa, refiere Stake (2007), la investigación cualitativa no busca la explicación causal de un fenómeno, sino que la comprensión del mismo, entendiendo la importancia de su unicidad en lugar de la intención de generalizar a partir de éste.

Por su parte, Cuevas (2002) comprende el objeto de estudio de la investigación cualitativa como dinámico, interactuante y situado en un contexto histórico-social, por ende, imposible de comprender a partir del paradigma positivista causa-efecto. El investigador por su parte, continúa el autor, tiene un rol activo en la construcción e interpretación del conocimiento.

En palabras de Pérez (1994) *"los valores inciden en la investigación y forman parte de la realidad, y la misma investigación es influida por los valores del contexto social y cultural. El conocimiento no es aséptico ni neutro, es un conocimiento relativo a los significados de los seres humanos en interacción: sólo tiene sentido en la cultura y en la vida cotidiana."*³¹

³¹ Pérez en Cuevas 2002. Pág 49

4.2. CRITERIOS DE RIGOR

La investigación cualitativa ha sido criticada por algunos autores por su aparente falta de validez y confiabilidad, ambos conceptos trasladados desde la investigación cuantitativa que difícilmente son aplicables en el contexto comprensivo. Si bien, autores como Denzin (1978) y Bronfenbrenner (1979) (mencionados en Cuevas, 2002) han planteado la “triangulación” como forma de responder a la crítica por la validez, Cuevas (2002) reflexiona al respecto que la intención de velar por la rigurosidad científica poco aporta a la transformación del sentido positivista de la investigación que no responde a la lógica cualitativa.

Al respecto plantea Núñez (1989 en Cuevas 2002) *"la verdad no es el fin último del saber sino el perfeccionamiento sucesivo, infinito de ese saber, proceso que en cada momento reviste la forma de resultados finitos, parciales, selectivos"*. Continúa Cuevas (2002) *"Los planteamientos anteriores sólo tienen razón de ser si se concibe a la teoría no como comprobación o verificación, sino como creación continua, como resultado permanente de la integración a ella de nuevos indicadores de aproximación a la realidad, que van más allá de la misma teoría en la que se insertan, reformándola"*.³²

Como forma de responder a la crítica del rigor recientemente expuesta sin caer en la objetivización positivista, Guba & Lincoln 1989, en Salgado (2007) proponen la utilización de nuevos criterios para evaluar el rigor metodológico de la investigación cualitativa, estos son dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad. No obstante, se considera que estos tampoco serían coherentes con el modelo onto-epistemológico en el cual se enmarca este trabajo, razón por la cual se explicará uno a uno el motivo de su no consideración, en base a las definiciones descritas por Salgado (2007):

³² Cuevas 2002. Pág 55

- a) Dependencia: *“es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes”*³³. Desde la perspectiva epistemológica en que se basa la terapia sistémica centrada en narrativas, resulta central el rol activo del terapeuta en la co-construcción del problema así como en el desarrollo de la psicoterapia, ésta última no sería nunca la misma de cambiar las partes involucradas y por ningún motivo pretende serlo. Parte importante de las reflexiones en este modelo es precisamente considerar qué del contexto e historia del terapeuta puede ser útil o interviniente en una determinada terapia. En consecuencia, pretender que dos investigadores pudieran llegar a resultados equivalentes no sólo es imposible, sino que contraproducente pues se estaría ignorando parte importante de aquello que construye la investigación en sí misma.
- b) Credibilidad: *“la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado”*³⁴. Este punto podría ser medianamente aplicado si consideramos la importancia de centrarse en los significados y relatos del otro, lo cual, como se ha revisado previamente, constituye la base de la terapia aquí propuesta. Sin embargo, la pretensión de poder comprender un fenómeno de una manera congruente o representativa responde a una perspectiva positivista que no asume la imposibilidad del investigador de desvincularse de lo que él mismo aporta en un estudio. Muy por el contrario la interpretación es parte de lo construido y por ello, es información de la cual hacerse cargo de explicitarla en lugar de pretender su separación.
- c) Auditabilidad: *“se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya*

³³ Salgado (2007). Pág 74

³⁴ Salgado (2007). Pág 75

*tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares*³⁵. Nuevamente en este punto podemos rescatar la importancia del registro fidedigno y detallado de la recolección de información, lo cual permite comprender los significados y los relatos expuestos, no obstante, la finalidad de este punto, a saber, que dos investigadores puedan llegar a conclusiones similares, resulta un objetivo vacío para una investigación de las características ya mencionadas.

- d) Transferibilidad: *“se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones”*³⁶. Este es tal vez uno de los puntos más fácilmente refutables en su aplicabilidad para el presente estudio, en primer lugar pues en ningún caso es la intención la generalización del conocimiento, sino que por el contrario se busca la comprensión de la particularidad; y en segundo lugar, porque el foco de este estudio en específico es la comprensión de narrativas marcadas por un contexto histórico, cultural, familiar, etc. imposibles de repetir.

A continuación se presentará el método de investigación cualitativa utilizado para este trabajo.

³⁵ Salgado (2007). Pág 75

³⁶ Salgado (2007) Pág 75

4.3. EL ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso es comprendido consensualmente como “*La examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso*”³⁷. Dicho caso, agrega Scandar, es un fenómeno puntual con un contexto específico determinado del cual no se puede separar sin que pierda sentido.

Existen diversas tipificaciones de los estudios de caso en función de diferentes criterios. Stake (2007) plantea la diferenciación entre dos tipos de estudio de caso en función de su objetivo: intrínseco e instrumental. En el primer caso se trata de la investigación de un caso por lo que este aporta de manera particular, se quiere conocer sobre ese caso en específico. El estudio de caso instrumental por su parte, busca el conocer un fenómeno general a partir de un caso en particular.

Acorde a su temporalidad se pueden dividir, según Thomas (2011, en Scandar 2014), en retrospectivos, transversales y diacrónicos. Los primeros estudian un caso pasado y sus consecuencias actuales; los transversales revisan un momento específico de tiempo y las características del fenómeno; los diacrónicos por su parte, toman un periodo prolongado y el desarrollo del caso durante este lapso.

Si se considera la relación entre recolección de datos y teoría, George y Bennet (2005, en Scandar 2014) proponen la división en: ateóricos, configurados por la teoría, heurísticos, de testeo de hipótesis, prueba de plausibilidad y construcción por bloques. Los estudios ateóricos serían aquellos que buscan la descripción profunda del fenómeno sin necesidad de interpretarlos al alero de una teoría específica. Los configurados por la teoría por su parte, utilizan un marco teórico para comprender el caso estudiado. Los heurísticos, buscan fenómenos

³⁷ Luck, Javkdon, & Usher, 2006, en Scandar (2014), Pág 72

nuevos a partir del estudio de casos excepcionales. Los de testeo de hipótesis, como dice su nombre, pretenden evaluar la aplicabilidad de la teoría. Los estudios de prueba de plausibilidad pretenden probar la factibilidad de investigaciones futuras. Finalmente los de construcción por bloques se centran en aspectos muy específicos de un fenómeno que permitirá contribuir en una teoría más amplia.

El presente trabajo, según las tipificaciones previamente mencionadas, consiste en un estudio de caso de tipo intrínseco, diacrónico y configurado por la teoría. Para su presentación se utilizaron como guía las normas de redacción propuestas por Buena-Casal y Sierra (2002) con el fin de salvaguardar las múltiples dificultades a la hora de presentar un estudio de caso clínico en psicología. No obstante, estas normas fueron originalmente concebidas para la presentación de intervenciones de tipo cognitivo-conductual, por lo cual se realizaron algunas modificaciones que permiten mantener la coherencia con la terapia sistémica centrada en narrativas.

4.4. ESTUDIO DE CASO DESDE LA TERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN NARRATIVAS.

A continuación se realizará la presentación del caso de Enea, paciente tratada por psicóloga como parte del programa de salud mental del consultorio de atención primaria de Pompeya, proceso llevado a cabo en la ciudad de Quilpué.

Para ello se realizaron sesiones individuales dentro del establecimiento, con una duración de 30 minutos cada una, siguiendo la normativa de APS.

La psicoterapia realizada se enmarcó en el modelo sistémico centrado en narrativas y tuvo una duración de 10 sesiones.

La consultante otorga su consentimiento para la presentación de su caso a través de un consentimiento informado (Ver anexo 7.1).

4.4.1. Identificación de la paciente

Enea es una mujer de 77 años, jubilada de asesora del hogar con una pensión de 120.000 pesos mensuales, que actualmente cumple el rol de dueña de casa. Es soltera y no tiene hijos, pero vive con su sobrina Berta de 64 años.

Berta por su parte, tiene un diagnóstico de retardo mental moderado, motivo por el cual no trabaja y recibe una pensión por discapacidad de 80.000 pesos mensuales. Ella es autovalente, pudiendo calentar comida, bañarse, vestirse, colaborar con el quehacer del hogar, jardinear y realizar tareas rutinarias sin dificultad. No obstante, tiene dificultades al manejar dinero, enfrentar imprevistos, seguir instrucciones complejas o realizar tareas fuera de la rutina, por lo que no es capaz de vivir sola.

Ambas mujeres han vivido juntas desde el nacimiento de Berta, quien inicialmente estaba a cargo de los padres de Enea, pero luego del fallecimiento de ambos hace 52 años, queda bajo el cuidado de la consultante.

La hermana de Enea, madre de Berta, nunca estuvo a cargo de su hija, pues luego del parto abandona el hogar de la familia nuclear y continúa su vida de manera independiente.

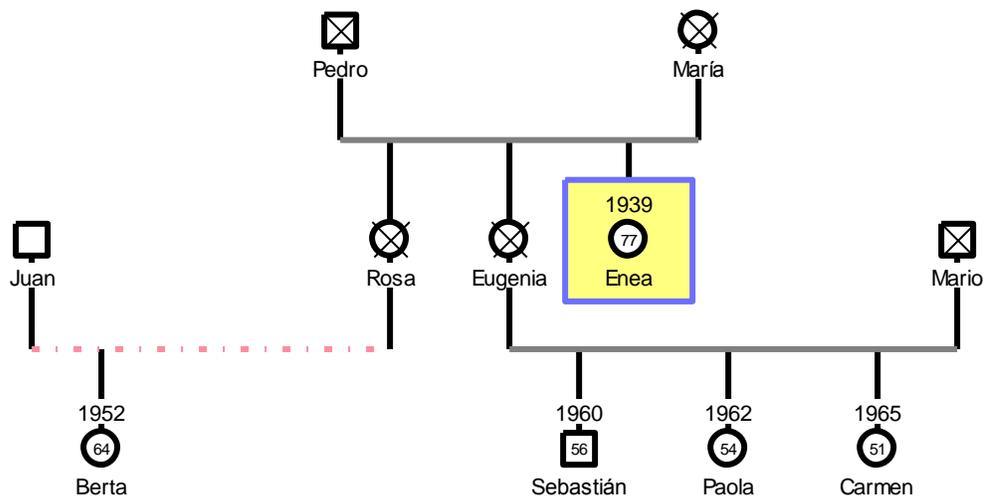
Existen dos sobrinas más, cercanas a Enea, hijas de otra hermana fallecida, una de las cuales vive en Villa Alemana y la otra en Copiapó. Además tiene un tercer sobrino, hijo de la misma hermana, quien vive en Santiago y visita ocasionalmente a Enea y Berta.

María tiene Hipertensión Arterial, enfermedad por la cual se encuentra en tratamiento como paciente crónica hace 4 años, actualmente compensada y con controles ocasionales. No presenta tratamientos anteriores relacionados con su salud mental.

Si bien no corresponden a antecedentes propios de la consultante, resulta relevante agregar que la salud de Berta se ha visto afectada de manera importante en el último año y medio, teniendo múltiples afecciones respiratorias de las cuales no se recupera completamente e incluyendo un periodo de hospitalización hace un año por el mismo motivo.

La consultante participa de manera activa como Testigo de Jehová, religión de la cual es adherente hace 8 años y a través de la que conoce bastantes personas, sin embargo, no aparece ninguna de ellas como central en su discurso.

Tiene conocidos fuera de su religión, no obstante, se visitan con muy poca frecuencia.



4.4.2. Análisis del motivo de consulta

Consultante derivada desde médico general, por presentar “irritabilidad y ansiedad”, se solicita evaluación de psicólogo frente a posible trastorno ansioso depresivo.

Al momento de la atención con psicóloga, Enea refiere tener claridad del por qué fue derivada y estar de acuerdo con el inicio de tratamiento. Relata que hace meses se enoja con mucha facilidad con su sobrina, que no le tiene paciencia y esto la hace sentir culpable pues le parece que debería aceptar sus dificultades y entenderlas.

Desea no querer enojarse ni estar irritable con Berta pues esto es incorrecto.

La consultante presentaría dificultades con las explicaciones que se da frente a los conflictos que ha tenido en el dominio de existencia relativo a lo familiar.

Es principalmente la reciente hospitalización de Berta, la que actuaría como gatillante de temor y rabia frente al aumento de la dependencia de su sobrina (quien comienza a compartir pieza con ella) y a la incertidumbre respecto del futuro. Asimismo estos cambios han provocado un aumento en las discusiones entre las dos mujeres, lo que provoca sentimientos de culpa de parte de la consultante.

En base a la hipótesis de que son estas explicaciones las que problematizan la situación de Enea y lo que se encontraría detrás de la “irritabilidad y ansiedad” por la que consulta, es que se plantea la intervención orientada a trabajar con las mismas.

4.4.3. Historia del problema

Ocho meses antes de consultar, la sobrina de Enea, Berta, cae hospitalizada algunos días por presentar un cuadro respiratorio. Si bien Enea no recuerda el diagnóstico, éste habría sido de poca gravedad, pero requería hospitalización para la administración de oxígeno. Posterior al alta hospitalaria

deciden compartir habitación, dado que la pieza que originalmente ocupaba Berta estaba mal sellada, con filtraciones de aire que podían complicar la salud de la mujer.

Cabe destacar que debido al escaso ingreso familiar total, no tenían ni tienen el dinero para mejorar las condiciones de la vivienda.

Tiempo después comienzan las discusiones pues Berta tendría temor de quedarse sola y Enea siente que pierde su espacio.

Cabe destacar que Enea nunca se casó ni quiso tener hijos, pues le acomodaba una vida independiente donde *“no tenía que dar explicaciones a nadie”*. La convivencia con Berta permitía que Enea realizara actividades sola fuera de la casa, sin embargo, con el temor de su sobrina, ya no se siente bien como para hacerlo.

4.4.4. Análisis y descripción de las conductas problema

Enea consulta pues refiere no querer sentir rabia contra su sobrina, piensa que no debe actuar de esa forma dado el retardo mental de Berta. Esta rabia que emerge por las múltiples discusiones debido a la falta de tiempo a solas le genera mucha culpa a Enea, quien piensa que está siendo mala persona.

4.4.5. Establecimiento de las metas del tratamiento

En congruencia con el modelo sistémico centrado en narrativas, las metas del tratamiento fueron acordadas con Enea acorde a las diferentes emociones displacenteras y explicaciones que la consultante tenía respecto al evento de hospitalización de su sobrina y los cambios que eso conllevó en su estilo de vida.

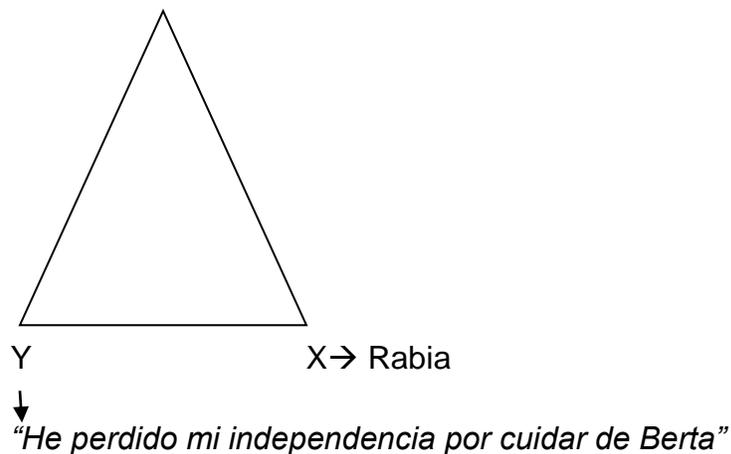
Por ello las metas principales del tratamiento tienen que ver con la disolución de las emociones de rabia, culpa y temor que emergen en las narrativas de Enea.

Para la intervención se acordaron dos focos principales de trabajo: en primer lugar se ha orientado al dominio de existencia familiar, específicamente en la relación con Berta. El segundo foco corresponde a la vinculación con redes sociales de apoyo.

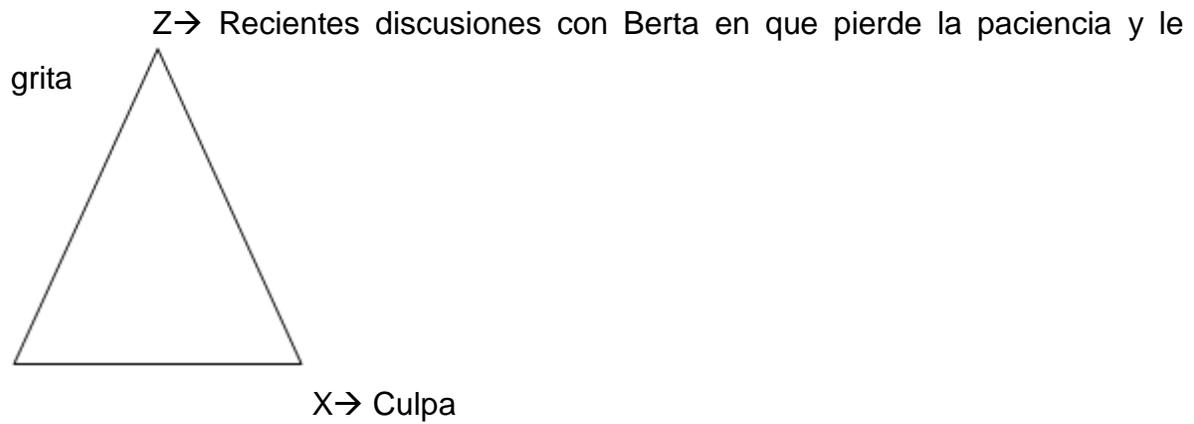
A continuación se presentarán los tres problemas co-construidos en el formato X, Y, Z propuesto por el modelo de terapia sistémica centrada en narrativas:

4.4.5.1. Problema número 1

Z → Ambas mujeres comienzan a compartir pieza (luego de alta hospitalaria)



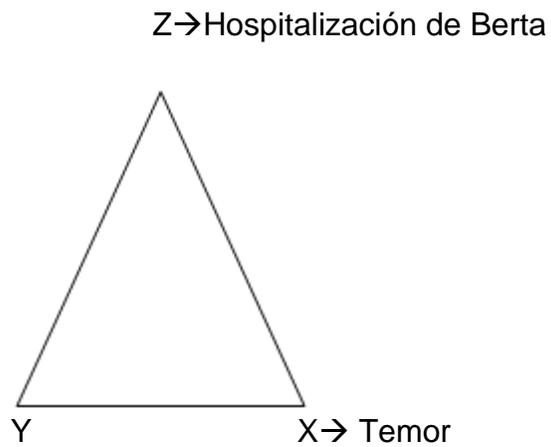
4.4.5.2. Problema número 2



Y
↓

“Tengo que cuidar de Berta, sino seré una mala persona”

4.4.5.3. Problema número 3



↓

“Nuestra salud puede empeorar en cualquier momento y no podremos cuidarnos”

4.4.6. Estudio de los objetivos terapéuticos

Con el fin de conseguir las metas previamente mencionadas, se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:

- Buscar eventos excepcionales donde Enea haya podido ser independiente, sin estar obstaculizada por los cuidados de Berta.
- Realzar historia de cuidados efectivos brindados a su sobrina.
- Normalizar efectos del envejecimiento.
- Visibilizar recursos personales que le han permitido cuidar de su sobrina a lo largo de su vida.
- Fortalecer redes de apoyo social, vincular con familiares.
- Fortalecer capacidad de autogestión y articulación de redes.

4.4.7. Selección del tratamiento más adecuado

Como se ha mencionado previamente, el caso de Enea fue trabajado desde el modelo de terapia sistémica centrada en narrativas. Se consideró que dicho modelo permite comprender los significados particulares de la consultante, conocerla desde un preguntar curioso que favorece la generación de un ambiente cercano, libre de juicio.

Esta psicoterapia permitió conocer a la paciente más allá del diagnóstico médico inicial, sin atraparse en los límites que un epíteto patologizante ofrece tanto al consultante como al terapeuta. Es a partir de esta libertad que se puede realmente entender y adentrarse en el mundo de significados del otro, ofreciendo asimismo la posibilidad de centrarse en la relación con otros. En este caso en

particular, resulta imprescindible el incorporar en la comprensión del problema a los otros miembros de la familia con los que Enea está en relación, pues de haber continuado con la explicación monádica de la patología, se habría invisibilizado el rol que Berta ocupaba en los malestares de la consultante.

Asimismo, el enfoque centrado en narrativas al no ser excluyente en su planteamiento de técnicas a utilizar, permite utilizar tantas herramientas como sean posibles en tanto útiles y coherentes con quien consulta; así como la realización de otro tipo de intervenciones no psicoterapéuticas, pero igualmente necesarias, comprendiendo el problema desde la interacción de la triada ya descrita.

Finalmente, y no por ello de menor importancia, la elección de este modelo de intervención responde a la coherencia ontoepistemológica con el terapeuta, aspecto que permite la realización de una terapia donde afloran más recursos de este último.

4.4.8. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

Con el fin de mantener la coherencia con los planteamientos del modelo aquí utilizado, la evaluación de resultados se basó en la comparación de las narrativas preexistentes con las narrativas emergentes luego de la terapia. Asimismo se tendrá en consideración el cambio en la emoción planteada inicialmente en los problemas a trabajar.

4.4.9. Aplicación del tratamiento

Las sesiones realizadas con Enea se realizaron respetando las pautas de la atención primaria de salud, teniendo una duración de 30 minutos cada una y una frecuencia habitual de una cada 30 días.

Con el fin de realizar una presentación más clara respecto a cómo se intervino cada uno de los problemas ya elaborados, se presentarán las intervenciones ordenadas por problema y no por orden de sesiones. No obstante, el detalle ordenado cronológicamente de cada sesión se puede observar en el Anexo 7.2.

- **Problema número 1:**

Z→ Ambas mujeres comienzan a compartir pieza (luego del alta hospitalaria)

X→ Rabia

Y→ “He perdido mi independencia por cuidar de Berta”

Para el primer problema, se transforma la explicación “He perdido mi independencia por cuidar de Berta” que generaba rabia en la consultante, para entenderla como “Yo quiero cuidar de mi sobrina, por eso mantengo una cercanía y preocupación constante. No quiero que vuelva a enfermar o empeore”.

Como primer momento se indaga respecto a la situación contextual en el periodo del tiempo durante el cual comienza el malestar, emergiendo el evento gatillante que corresponde a la hospitalización de Berta hace un año y medio, con el consecuente compartir pieza, momento a partir del cual comienza la percepción de haber perdido la independencia

A continuación se generan conversaciones centradas en la convivencia de ambas mujeres buscando conocer sus formas de interactuar y la cotidianeidad de la relación. En esta conversación emerge un evento excepcional en que Enea iba saliendo y mientras le daba las indicaciones de cuidado a Berta, ella le refiere “no es necesario que te preocupes tanto por mí”. A esto se suma que, a su regreso, Berta se encuentra tranquila jardineando y la recibe alegremente.

Con este evento surge la reflexión respecto de cómo es que Enea sentía que Berta le imponía su cuidado, cuando pareciera ser que ella también se preocupaba del bienestar de Enea. Así surge la idea de que no es tan grave la

dependencia de su sobrina y que el pasar mayor cantidad de tiempo con ella, así como el continuar compartiendo la pieza, es más bien una decisión de parte de la consultante para favorecer su recuperación.

- **Problema número 2:**

Z→ Recientes discusiones con Berta en que pierde la paciencia y le grita

X→ Culpa

Y→ “Tengo que cuidar de Berta, sino seré una mala persona”

Frente al segundo motivo de consulta se cambia la explicación de “Tengo que cuidar a Berta, sino seré una mala persona” por la versión alternativa “He cuidado bien y con gusto de mi sobrina durante años, no obstante, es normal que éste sea un trabajo agotador considerando nuestro envejecimiento”. Cabe destacar que las creencias religiosas de Enea se vinculaban con la noción de que no debía sentirse mal por cuidar de su sobrina, sino que ella debía aceptar lo que Jehová le hubiese enviado como tarea.

Para ello se revisa historia de vida en conjunto con su sobrina, visibilizando que en el pasado no existía malestar, a pesar de que ya cuidaba de ella. Se destacan las cosas que Enea ha sido y es capaz de hacer por Berta.

Considerando la hospitalización de Berta y su complicado estado de salud durante este último período de tiempo, emerge la reflexión de que el cuidado de su sobrina sólo recientemente comienza a ser dificultoso para Enea y que durante años tuvo los recursos para poder desarrollarlo de manera adecuada. Asimismo se visibiliza y normaliza el efecto del envejecimiento en el cuerpo de ambas mujeres, Berta por su parte requiere de mayores cuidados y Enea ya no tiene las mismas facultades físicas para realizarlos sin agotamiento.

- **Problema número 3:**

Z→ Hospitalización de Berta

X→ Temor

Y→ “Nuestra salud puede empeorar en cualquier momento y no podremos cuidarnos”

La tercera intervención, si bien busca realizar un cambio similar a las anteriores, se orienta a hacerlo a partir del fortalecimiento de redes de apoyo. De este modo, de la frase “Nuestra salud puede empeorar en cualquier momento y no podremos cuidarnos”, se acepta la posibilidad de empobrecimiento de la salud, pero se busca cambiar la idea de que no se poseen recursos para cuidarse.

Para propiciar este cambio se realiza un tipo de intervención llamada Facilitación por Zlachevsky (2005), la cual se centró en promover los recursos familiares con que contaba esta familia en proceso de envejecimiento y con dificultades económicas. Se busca ampliar la gama de oportunidades que aparecen disponibles para el caso de que empeorase la salud de alguna de las dos mujeres. Al mismo tiempo se favorece la emergencia de un discurso que evidencie la capacidad de gestionar y resolver de Enea, a partir de las situaciones que en el pasado reciente ha sido capaz de manejar. El objetivo de esta intervención es cambiar la explicación a “Nuestra salud puede empeorar, pero ya sabemos cómo cuidarnos o qué hacer en caso de que pase”. Se suma a este punto la decisión de mantener el contacto en sesiones de conversación con el fin de favorecer el vínculo de ambas mujeres con el consultorio, como centro de salud.

4.4.10. Evaluación de la eficacia del tratamiento

La disolución de los malestares se pudo apreciar en las dos primeras intervenciones que ayudaron a disminuir considerablemente la rabia de la consultante con su sobrina, pues rescató el discurso alternativo que refiere a cómo ella buscaba la cercanía de Berta y no era esta última la que se imponía, por lo tanto se aceptan los cambios en la vida cotidiana, como el compartir pieza, que se generaron luego de la hospitalización y ya no son percibidos como inamovibles. Asimismo, la culpa por la irritabilidad también disminuye dado que, si bien Enea aún sigue agotada, logra normalizar que el cansancio es propio del desgaste del cuerpo con los años y no significa que ella no acepte el cuidado de su sobrina, sino que en el presente éste representa una mayor dificultad en su ejecución.

Con estas dos intervenciones disminuye la supuesta “irritabilidad” por la cual la paciente consultaba en un primer momento y con ello mejora la relación entre las dos mujeres, puesto que Berta reacciona positivamente al cambio de actitud de su tía, mostrándose más alegre e independiente.

La tercera intervención ha resultado ser la más difícil de realizar, puesto que nos hemos encontrado con aspectos socioeconómicos que complejizan enormemente el acceso a un apoyo concreto. Se ha logrado contactar con el sobrino de Santiago de la señora Enea, quien en un primer momento se muestra reacio a la idea de hacerse cargo de Berta en caso de fallecer su tía, no obstante, pasado el tiempo refiere que él podría colaborar económicamente y que Paola, de Copiapó, asumiría los cuidados. En este caso resulta sumamente difícil realizar una intervención en red de manera satisfactoria, dado que son escasos los recursos familiares y tanto la vejez, como la discapacidad parecieran ser dos temas que se vinculan con la pobreza.

4.4.11. Seguimiento

Luego de la última sesión mensual, se dejan pasar tres meses hasta una sesión de seguimiento en la cual Enea refiere sentirse mucho mejor, está alegre y enérgica luego de concretar vacaciones en Copiapó y fin de semana en Santiago con su sobrina Paola y dejando a Berta en la casa. Se trabaja en significar esta experiencia visibilizando habilidades de Berta de cuidarse sola y de mantener el hogar sin dificultades ni tristeza.

Se orienta en mantener estas salidas como forma de autocuidado, ahora que ya le consta que su sobrina no se ve perjudicada de ningún modo, sino que también tiene el beneficio de ser dueña de casa por unos días

Se acuerda continuar sesiones con Enea como forma de acompañamiento, entendiendo el Consultorio como red de apoyo de la consultante y su sobrina. Por ello se definen citas como un “espacio de conversación protegido” diferente a la terapia, cuya frecuencia no será más que una vez cada tres meses.

4.4.12. Observaciones

Dado que desde el modelo sistémico centrado en narrativas es muy importante que el terapeuta se “haga cargo” de aquello que le ocurre durante la terapia y cómo esto pudiera afectarla, se considera necesario explicitar en este punto las reflexiones en torno al vínculo terapéutico y la persona del terapeuta.

Considero que en el desarrollo de este caso me vi enfrentada principalmente a dos dificultades: en primer lugar la complejidad de lidiar con problemas relacionados íntimamente con una realidad socioeconómica que tiende a la perpetuación de los mismos y dentro de la cual es fácil caer en la desesperanza. Me veo emocionalmente afectada enfrentando el desamparo en

que se encuentran los adultos mayores, así como el escaso apoyo que existe desde las políticas públicas tanto para este grupo como para los discapacitados intelectuales.

En segundo lugar, destaco mi dificultad para empatizar con los valores religiosos de los Testigos de Jehová, aspecto frente al cual he tenido que ser especialmente cuidadosa desde el comienzo de la atención, para no dar por entendida una religión que me resulta distante y particularmente castigadora. Desde esta misma perspectiva la consideración de antemano de este factor como un posible obstáculo me permitió mantenerme alerta frente a mis propios prejuicios y hacerme cargo de los mismos.

Desde los aspectos del vínculo terapéutico, siento que el desarrollo del mismo se dio de una manera fluida entre ambas, generándose un espacio propiciador de conversaciones sinceras donde siento que Enea puede enfrentar los aspectos de los cuales se siente culpable. Creo además que esto se ha visto evidenciado por una excelente adherencia a las sesiones, lo cual difícilmente se encuentra en el trabajo en Atención Primaria, debido a la distancia de las mismas.

Cabe agregar una última reflexión sobre el problema que enfrentan la señora Enea y su sobrina Berta ampliando la mirada hacia nuestra sociedad, la cual actualmente permite que ocurran este tipo de situaciones donde una familia no tenga los ingresos suficientes como para asegurarse un envejecimiento tranquilo. Este último problema respecto del temor al futuro no habría existido de no ser por el contexto social y político en el que nos encontramos, el cual relega a la tercera edad y a los “discapacitados mentales” a una posición de inferioridad frente al resto de la sociedad aún en una etapa económicamente productiva.

5. CONCLUSIONES

El modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN) planteado por Ana María Zlachevsky, comprende los problemas psicológicos como originados a partir de una significación o explicación de un evento reciente que provoca una emoción displacentera y que a su vez, es comprendido por el consultante como un problema. En el caso de Enea, podemos observar, cómo la hospitalización de su sobrina y el consecuente compartir pieza con ella fueron el gatillante para la emergencia de rabia, miedo y culpa en la consultante.

Si por el contrario, se hubiese trabajado desde un modelo tradicional de la psicología monádica, lo más probable es que el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo hubiese sido el epíteto que dirigiera la terapia, entendiendo la *sintomatología* como expresión de algo que en la *esencia* de Enea estaba mal y pasando por alto la importancia de la relación con su sobrina Berta.

Es por ello que el conocer a la consultante, es crucial a la hora de comprender su malestar. El entendimiento de un problema comenzaría por comprender en profundidad el mundo en el que habita la persona que nos consulta, conocer en detalle sus valores, hábitos, creencias, etc. Es sólo a partir de este acercamiento que el terapeuta se podrá hacer cargo de los propios prejuicios que trae a terapia, prejuicios que lo centrarían exclusivamente en el “ente” de manera técnica, sin considerar la importancia del “ser”. En el caso de Enea por ejemplo, resultaba de gran importancia entender la historia familiar de la consultante, donde ella consideraba como parte fundamental de su sentido de vida el cuidar de su sobrina. Asimismo, el concepto de culpa respecto a la rabia que sentía al enojarse con ella, tenía mucha relación con los valores religiosos que profesa, donde aquello que toca en la vida se debe aceptar con alegría y ser agradecido a pesar de las dificultades.

Luego de ir a conocer al otro que tenemos en frente se puede comenzar a construir el esquema de XYZ que nos permita ver el problema de la manera en

que el consultante se lo ha planteado, para ello se busca un evento reciente que actúa como el detonador de la perturbación al sistema operante (Z). El centrarnos en la búsqueda de Z nos ayudará a no perpetuar el problema como algo anclado en el sujeto, como esencialista, sino como un problema que se construye en la forma de significar y en el lenguaje. Si se hubiese pasado por alto el evento de hospitalización habría sido fácil caer en la comprensión de un estado “depresivo” por el cuidado de su sobrina, situación que no hubiese tenido mayor posibilidad de intervención más que la “aceptación” y la definición de que la dificultad psicológica está en la persona y no emergiendo desde un contexto situacional.

Entender los problemas de Enea desde este modelo permite la intervención en una situación que pareciera perdida de otro modo, ayuda a centrarse en los recursos que la consultante posee como cuidadora, así como ampliar los significados en torno al cansancio en la tercera edad, en lugar de caer una comprensión compasiva desde la carencia. Así, a partir del emerger nuevas narrativas y recursos invisibilizados, se produce un cambio en la emoción en torno a los hechos enfrentados y con ello desaparece la queja.

Finalmente la Intervención Facilitadora que toma lugar en un tercer momento del proceso terapéutico, permite utilizar otro tipo de estrategias para problemas socio-económicos en los cuales la psicoterapia parece no dar respuesta. En el caso de Enea, el apoyar en la ampliación de redes, facilitando la conexión con familiares e instituciones, genera tranquilidad en torno al envejecimiento inevitable en ambas mujeres. Aspecto que resulta crucial para disolver el temor al futuro en Enea.

6. BIBLIOGRAFÍA

Buela-Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos¹. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525-532.

Bruner, J. (1996). "Realidad Mental y Mundos posibles". Editorial Gedisa. Barcelona, España.

Cuevas, A. (2002), "Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología". *Revista cubana de psicología*, Vól 19, Nro 1.

Dell, P. F. (1985), "Understanding Bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences". *Journal of marital and family therapy*, 11(1), 1-20. Traducción Demichelli.

Gergen K. (2006), "Construir la Realidad", Ediciones Paidós. Barcelona, España.

Gergen K. (2006), "El yo Saturado", Ediciones Paidós. Barcelona, España.

Gergen, K; Gergen, M. (2011). "Reflexiones sobre la construcción social", Ediciones Paidós. Barcelona, España.

Heidegger, M. (1951), "El ser y el tiempo". Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, Argentina.

Ilustre Municipalidad de Quilpué (2015). "Plan Comunal de Salud 2015)

Maturana, H. Varela, F. (2007). "El árbol del conocimiento". Ed. Universitaria, Santiago, Chile.

Maturana, H. Porsend, B. (2007). "Del Ser al Hacer: los orígenes de la biología del conocer". Comunicaciones Noreste LTDA. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (2004), "Proyecto de Ley 19966"

Ministerio de Salud (1999), "Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría". Unidad de Salud Mental, Chile.

Ministerio de Salud. (2010) "Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020".

Ministerio de Salud (2013), "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria".

Ministerio de Salud (2013), "Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más".

Ministerio de Salud (2014), "Índice de actividades de la Atención Primaria (IAAPS)"

Ministerio de Salud (2014), "Manual Series REM 2014-2016"

Ministerio de Salud (2015), "Índice de actividades de la Atención Primaria (IAAPS)"

Ministerio de Salud (2015), "Salud mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones"

Minoletti A. López C. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.

Montero, I., & León, O. G. (2002). "Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología". Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2(3), 503-508.

Organización Mundial de la Salud (1978), "Alma-Ata 1978, Atención primaria de salud".

Salgado Lévano, A. C. (2007). "Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos". Liberabit, 13(13), 71-78.

Scandar, M. G. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. Psicodebate, 14(1).

Stake, R.E. (2007), "Investigación con estudio de casos". Ed. Morata, Madrid, España.

Superintendencia de Salud (2004), "Evaluación de la reforma de salud".

Watzlawick, P. compilado (1993). "La realidad inventada". Ed. Gedisa, Barcelona, España.

Zlachevsky, Ana María (1996), "Una mirada constructivista en psicoterapia", Revista Terapia Psicológica, Año XIV, Vol. VI, N°26, Santiago de Chile.

Zlachevsky, Ana María (2005), "Tipos de Intervención no consideradas terapéuticas", Revista Pensamiento y Sociedad, Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central de Chile, Santiago de Chile.

Zlachevsky, Ana María (2010), "Una invitación a pensar lo ontológico en la psicoterapia conversacional", Cuadernos de Postgrado en Psicología UV, Año 2010, N°2, Magíster en psicología clínica, mención psicoterapia constructivista y construccionista, Valparaíso, Chile.

Zlachevsky, Ana María (2015), "Relatos Clínicos, filosofía y terapia narrativa". Ediciones Mayor, Chile.

Zlachevsky, Ana María (2012), "Constructividad y razón narrativa: bases para operar en terapia narrativa", Revista de psicología de la Universidad de Chile, Vól. 21, Nro 2. Santiago de Chile.

Zlachevsky Ana María, (2005), "Tipos de intervención no consideradas terapéuticas", Revista Pensamiento y Sociedad, Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central de Chile, Santiago de Chile.

Zlachevsky, Ana María (2008), "Historia de la Psicoterapia sistémica cibernética: una forma de entenderla", en Kaulino y Stecher, "Cartografía de la psicología contemporánea. Pluralismo y modernidad", Cáp 12. Editorial LOM, Serie Universitaria, Santiago de Chile.

7. ANEXOS

7.1. Consentimiento Informado

Quilpué, Mayo, 2016.


UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

El propósito del presente documento es invitarla a participar en el estudio titulado "Aplicación de la terapia sistémica centrada en narrativas en atención primaria de salud: Un estudio de Caso", realizado por la psicóloga Marion Casanova Marty, en el contexto de tesis de Magíster Clínico de la Universidad de Valparaíso.

Para que usted tome una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistirá su colaboración:

1.- Dónde y cuándo se llevará a cabo el estudio

Se utilizará información respecto a las sesiones psicológicas recibidas por usted hasta la fecha en el Consultorio de Pompeya, Quilpué.

2.- Relevancia del estudio y beneficios

A través de la descripción de un caso tratado desde la terapia sistémica centrada en narrativas, se busca aportar con nuevos enfoques para trabajar en Atención Primaria de Salud.

3.- Objetivos

Describir una forma de hacer terapia conocida como psicoterapia centrada en narrativas en el contexto de atención primaria de salud.

4.- En qué consiste su participación

Su participación es voluntaria, no recibirá pago alguno por ella y consistirá en la descripción de las sesiones de psicoterapia que tuvo con la psicóloga Marion Casanova Marty en el Consultorio de Pompeya.

5.- Riesgos

Usted no será expuesta a ningún riesgo, puesto que toda información que pudiera identificarla y romper la confidencialidad será resguardada.

6.- Costos y Pagos

La participante no recibirá dinero por conceptos de pago por participación en el estudio.

7.- Derechos de la participante

La participante tiene derecho a manifestar dudas respecto al estudio mismo, así como de su participación, pudiendo solicitar su retiro. Para cualquier fin se podrá comunicar directamente con la investigadora Marion Casanova Marty al teléfono 983416778.

8.- Reserva de la identidad del participante

Se realizará una modificación del nombre de la participante, de modo de resguardar su identidad. Asimismo, no se presentarán registros fotográficos que pudieran exponerla.

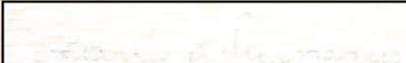
9.- Confidencialidad de los datos

La información recogida será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sólo tendrán acceso la investigadora Marion Casanova Marty y la profesora guía Ana María Zlachevsky.

10.- Utilización y Publicación de los hallazgos

Una vez finalice la investigación, los resultados generales podrán ser divulgados en actividades o publicaciones académicas como revistas del área de la psicología o medicina. Siempre resguardando estrictamente la identidad de la participante.

M. Casanova
Marion Casanova Marty
15 852.021-4
Psicóloga


Marion Casanova Marty
15 852.021-4

Participante del estudio

7.2. Descripción de Sesiones

Sesión Número 1

Entrevista inicial, consultante refiere derivación de médico general para evaluación “Trastorno mixto de ansiedad y depresión”.

Se elabora borrador de genograma, identificando vínculo con Berta e historia de la convivencia. Usuaría refiere “Desde niña tuve que hacerme cargo de Berta, pero siento que todavía no lo puedo aceptar”. Enea nunca quiso tener hijos propios ni casarse.

Intervención: Durante esta sesión se trabaja en conocer parte de la historia de la paciente, realizar genograma y conocer la queja. Asimismo se realiza normalización de cansancio físico y necesidad de descanso.

Sesión Número 2

Usuaría refiere mantención de “irritabilidad” con su sobrina. “Me molesta que Berta siga durmiendo en mi pieza, siento que me quita mi espacio”. Se indaga en historia de vida en conjunto con Berta, forma en que han podido llevar convivencia durante años

Intervención: Se utiliza identificación de evento gatillante, hospitalización de Berta y consiguiente compartir pieza, como forma de entender con la consultante que no siempre se ha sentido así y que durante el resto de su vida ha realizado un buen trabajo en los cuidados de su sobrina, sin necesidad de renunciar a sus actividades.

Sesión Número 3

Consultante refiere sentirse mejor, se enoja con menos frecuencia con su sobrina, lo que relata ha influido positivamente en los comportamientos de Berta, quien participaría más activamente de actividades del hogar y discutiría menos con

Enea. Refiere evento en que su sobrina le dice “no se preocupe por mí”, en un día en que ella quería salir sola y estaba preocupada de dejar a Berta en casa.

Intervención: se trabaja en destacar cómo la convivencia de ambas tiene que ver con la interacción de parte de las dos mujeres y que, si bien Berta, tiene un retraso mental, eso no la desresponsabiliza de sus propios actos. Además se toma evento extraordinario en que Berta insta a no preocuparse a Enea como forma de destacar que su sobrina es capaz de estar un rato sola y que no la resiente por ello. “Parece que soy yo la que me complico más de la cuenta y que a Berta no le molesta que salga”, refiere Enea durante la sesión.

Sesión Número 4

Durante esta sesión se indaga respecto a participación de Enea en salón de testigos de Jehová, se conocen motivaciones de participar así como intereses en el contacto con otras redes sociales.

Intervención: Se insta a la consultante a, en vista de conclusión de sesión anterior de que Berta puede pasar tiempo sola sin molestia ni dificultad, retomar actividades o vínculos de su interés.

Sesión Número 5

Consultante relata sentirse culpable por rabia ocasional frente a poca colaboración con las labores del hogar de parte de su sobrina.

Intervención: Se trabaja conteniendo y normalizando la rabia como una emoción más dentro del acervo de posibilidades humanas, se trabaja en distinguir las acciones que toma una vez que se enoja y emerge la capacidad de cuidar a su sobrina aun cuando esté molesta con ella.

Sesión Número 6

Usuaría refiere sentir que las cosas ya no son iguales con Berta, que aun cuando mejora convivencia y disminuye rabia, “ya no puedo hacer las cosas que hacía antes”

Intervención: Se distingue en conjunto con Enea que existe un cambio en etapa de ciclo vital y que las diferencias que percibe tanto respecto al cansancio como a la disminución de deseos de salir de la casa, responden a cambios propios del envejecimiento de ambas mujeres y que ahora elige hacer otras tipo de cosas dentro de su hogar.

Sesión Número 7

Enea refiere sentirse mejor, más tranquila y más alegre. Relata “ahora trato de entender lo que le pasa a mi sobrina, por qué actúa así”.

Intervención: Se destacan los recursos de la consultante, capacidad de resolver situaciones difíciles con su sobrina. Asimismo se conversa respecto a idea de que Berta también aporta en las discusiones que tienen. Aparece distinción de envejecimiento como otro motivo para que haya cambiado el estilo de vida de ambas.

Sesión Número 8

En esta sesión aparece queja respecto a dificultades económicas que complican el diario vivir de la familia, así como reducen posibilidades de contacto con otros familiares en otras regiones.

Intervención: Se insta a buscar apoyo social, se deriva a asistente social del establecimiento, así como a instituciones de la comuna.

Sesión Número 9

Se conversa en torno a temor que le provoca el deterioro de salud de sobrina, así como el propio de Enea en la vejez. Emerge narrativa alternativa de “quiero cuidar

de Berta” en lugar de la obligatoria “Berta me quita mi espacio” presentada en las primeras sesiones.

Sesión Número 10

Se conversa respecto a temor por el envejecimiento de ambas, aparece la importancia de vincularse con familiares como forma de tener apoyo en caso de que más adelante lo necesite. Para ello Enea decide hablar con sobrino de Santiago respecto a posibles cuidados de Berta en caso de ella fallecer.

Asimismo refiere no estar cómoda con las exigencias de prédica de su religión, por lo cual comenta que está participando menos.

Intervención: Se refuerza idea de buscar apoyo en familiares como forma de prepararse para el futuro. Por otra parte se interviene respecto a formas alternativas de demostrar la fé en la etapa de adultez mayor.