



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Psicología

**Un estudio de caso sobre la locura abordado desde la
Terapia Sistémica Centrada en Narrativas
Y la co-construcción de un rito de pasaje como elemento
catalizador del cambio terapéutico.**

IVÁN ANDRÉS ADRIAZOLA PULGAR

Profesor guía **Carlos Varas Alfaro**
Profesor asesor Ana María Zlachevsky Ojeda

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica mención psicoterapia constructivista y construccionista.

Diciembre, 2018
Valparaíso, Chile

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi madre María Angélica, por creer en mí de manera incondicional.

A mi compañera de vida Carolina, quién, gracias a su constante aguante, acompañamiento y amor, me permitió iluminar la oscuridad en la que tantas veces me vi atrapado redactando este trabajo.

A Ana María Zlachevsky, por ser mi mentora y mostrarme un territorio respetuoso, genuino y confiable para comprender el dolor humano.

A Carlos Varas, por su dedicación, vocación y aliento, en la guía de este proceso.

A White y Epston, por enseñarme con sus prácticas, que existen otros caminos posibles alejados del juicio experto, y en dirección a las preferencias personales.

A la antipsiquiatría, por su rebeldía y resistencia frente al modelo médico patologizante.

A D. por su confianza, al otorgarme la posibilidad de compartir y describir su historia.

CONTENIDO

RESUMEN	6
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. ANTECEDENTES TEÓRICOS	10
1. La Locura: Una breve introducción	10
1.1 Historia de la Locura.....	10
1.2 El concepto de enfermedad	13
1.3 La locura como enfermedad mental.....	15
1.4 La enfermedad mental y su clasificación	18
2. Historia de la psiquiatría en el contexto nacional.....	19
2.1 La locura desde la psiquiatría.....	24
2.2 La locura desde el movimiento antipsiquiátrico.....	28
3. La terapia sistémica centrada en narrativas.....	33
3.1 Un giro onto-epistemológico en la comprensión de la psicoterapia.....	33
3.2 Niveles Jerárquicos de la TSCN.....	36
3.3 Lo ontológico en la TSCN	39
3.4 Dominios de existencia	41
3.5 Premisas compartidas para operar desde la TSCN.....	43
3.6 La ecuación de la triada inseparable en la TSCN.....	45
4. El ritual como intervención en psicología clínica.....	47
4.1 Ritual: concepto y sus principales características.....	47

4.2	El ritual desde el enfoque sistémico	48
4.3	El rito de pasaje de la Narrativa como proceso ritual	50
III.	OBJETIVOS	52
1.	Objetivo general.....	52
2.	Objetivos específicos	52
IV.	ABORDAJE METODOLÓGICO	53
1.	Naturaleza de la investigación.....	53
2.	Fundamentos ontoepistemológicos.....	54
3.	Criterios de rigor.....	55
4.	Estudio de caso	58
5.	Método de análisis	60
5.1	La hermenéutica analógica.....	63
6.	Aspectos éticos	66
7.	Estudio de caso desde la TSCN.....	68
V.	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	70
1.	Identificación de la consultante	70
2.	Antecedentes generales.....	70
3.	Análisis del motivo de Consulta.....	74
4.	Historia del Problema.....	75
5.	Análisis y descripción de las conductas problema	76
6.	Establecimiento de las metas del tratamiento.....	78
7.	Selección del tratamiento más indicado.....	80
8.	Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta	

fase 82

9.	Aplicación del tratamiento	82
10.	Evaluación de la eficacia del tratamiento	96
11.	Seguimiento	99
12.	Observaciones	102
VI.	CONCLUSIONES	104
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
VIII.	ANEXOS	120

RESUMEN

El presente estudio, describe la realización de un proceso psicoterapéutico basado en el modelo de Terapia Sistémica centrado en Narrativas, propuesto por Ana María Zlachevsky, para el abordaje de los problemas que surgen en la vida de la consultante D., asociados a los diagnósticos psiquiátricos de Esquizofrenia, Trastorno afectivo bipolar y Trastorno limítrofe de la personalidad. En éste, se utiliza el rito de pasaje propuesto por White y Epston como práctica narrativa, para dar cierre al proceso terapéutico y servir de testimonio del cambio en la identidad y narrativas del sistema consultante respecto a sus concepciones sobre la locura. Para tal descripción, se utilizó la metodología de estudio de caso único, el que es presentado mediante las normas de redacción para casos clínicos (adaptadas) propuestas por Buela-Casal y Sierra (2002).

Anterior a la descripción del caso, se revisa de manera breve la historia de la locura, desde su clasificación como enfermedad mental, hasta sus abordajes psiquiátricos modernos y políticas públicas. Lo anterior se contrasta con el posicionamiento Antipsiquiátrico y sus fundamentos en lo que a la locura refiere, en concordancia con el modelo de intervención y prácticas terapéuticas que forman parte del proceso. A partir de lo señalado se fundamenta la intención de realizar un abordaje posmoderno, en específico narrativo, que sirva de respuesta al sufrimiento humano.

La psicoterapia se lleva a cabo junto a D. en el módulo de atención psicológica abierto a la comunidad, dispuesto por la Fundación Educacional N.S.G. de la región metropolitana. Este proceso, consta de 6 sesiones que se realizan de manera quincenal, donde se co-construyen 4 quejas que se abordan desde el modelo XYZ, en las cuáles se describen las emociones de rabia, miedo, culpa y angustia asociadas a la locura definida por la consultante.

Se concluye que este abordaje terapéutico, deconstruye el discurso patologizante de la locura que habita en la psiquiatría, en vías de la co-construcción de una agencia personal respetuosa, validante y preferida en la configuración de una identidad alejada del dolor.

Palabras clave: Estudio de caso, locura, enfermedad mental, modelo médico-psiquiátrico, antipsiquiatría, psicoterapia centrada en las narrativas, rito de pasaje.

I. INTRODUCCIÓN

El discurso de la psiquiatría, se caracteriza por tener un lenguaje propio; es decir, un lenguaje que la constituye y la funda. Dicho lenguaje se consolida en términos de Vázquez Roca (2011) *“a partir de la interacción, entre lenguaje natural o corriente y el discurso científico”*. El discurso científico, es considerado como un espacio de representación colectiva en el cual la ciencia cobra importancia en la actividad humana. Se caracteriza por discursos hegemónicos socialmente contruidos, que crean y recrean los objetos de estudio desde los cuales se elaboran enunciados. Sus instrumentos de medición se perfeccionan, en vías de una retórica persuasiva y convincente; aquella que demuestre con evidencia empírica el máximo número de fenómenos estudiados, y que a la vez resulte plausible y elegante por su precisión. Desde esta mirada, podemos referirnos al discurso psiquiátrico como “inquisidor”; en el sentido que utiliza sus diagnósticos como dispositivos de poder. De modo tal, que una expresión como “locura”, no tiene el mismo peso o consecuencias si es dicha por un profesional de la salud mental, a que si es dicha por una persona común y silvestre alejada del mundo de las ciencias. En este sentido, la “verdad” no interesa, solo importa la reconstrucción técnica de lo designado por el especialista, el cual es validado socialmente, según la concepción que quien diagnostica es “el que sabe”. Este saber, ya supone que este discurso dominante, ha sido previamente socializado en usos y contextos específicos pertinentes a la expresión. Por consecuencia, en palabras de Vázquez Roca (2013) *“se trata, en fin, de participar en rigor, de una tradición que valida el uso.”*

Este discurso de poder, es el que ha imperado durante décadas en los estilos, técnicas y estrategias que caracterizan a la psicología moderna. Éste, busca responder a una única verdad o a la mayor cantidad de verosimilitud con la realidad. Se construye sobre preguntas tales como: *¿cómo hacer psicoterapia?, ¿cómo curar la enfermedad mental? o ¿cómo medir nuestros avances en psicoterapia?* Sin embargo, aún no existe consenso ni claridad, referente a “qué enfoque es el que mejor lo hace o mide”. No es objeto de esta tesis, detenerse a reflexionar sobre este punto; sin embargo, es importante aclararlo, ya que el modelo imperante de este estudio de caso, es

decir, su posicionamiento onto-epistemológico versa sobre la posmodernidad y las prácticas narrativas que surgen de ésta, y cómo intenta genuinamente posibilitar una respuesta a la enfermedad mental, desde la aceptación y validación de la locura; aportando a la consecución de un trato menos estigmatizante, más reconfortante y a la vez respetuoso para quienes son rotulados bajo estos diagnósticos.

II. ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. La Locura: Una breve introducción

El constructo de la locura, su teoría y psicopatología, dista del enfoque epistemológico presentado en este trabajo, para comprender las problemáticas del ser humano. Siendo este enfoque caracterizado por centrarse más bien en los recursos e intereses de las personas, más que en criterios diagnósticos o una clasificación de lo que implican las enfermedades mentales. Sin embargo, es importante realizar un recorrido histórico de esta categoría, hasta llegar a la forma tradicional de entenderla desde el modelo médico-psiquiátrico, para abordar los problemas relativos a los desórdenes mentales, y en consecuencia a la locura; constructo totalmente atingente a la experiencia a presentar, en función de poder tomar un punto de referencia sobre el cual presentar críticas constructivas y alternativas innovadoras respecto a lo sugerido por la tradición moderna, en torno al abordaje de tal problema.

1.1 Historia de la Locura

La locura, es una categoría que ha distado de ser clara y concisa a lo largo de su recorrido histórico. Ha ido transformándose en la forma de ser concebida; esto es, que sus límites han ido cambiando y, en consecuencia, los ámbitos que abarca. Lo anterior, refiere a que el tipo de personas susceptibles de caer bajo esta categoría, también cambia (Foucault, 2000). Este autor, en obras como “La historia de la locura en la época clásica” y “Enfermedad mental y personalidad”, realiza un trazado histórico y arqueológico, reconstruyendo el tránsito hecho por esta categoría hasta llegar a nuestros tiempos. Esta reconstrucción, aclara el autor, no revela una categoría construida coherentemente mediante una suerte de conocimiento acumulativo a lo largo de la historia; sino que más bien sitúa la comprensión de la locura actual por sobre las anteriores, como poseedora de una verdad mayor que las formas previas de concebirla. Señala además, que el devenir de esta categoría ha sido incluso aleatorio e incierto, dándose en su transcurso avances y retrocesos (Foucault, 2000). En este mismo sentido, es que previene Rafael

Huertas (1997), declarando que el devenir de la locura no es homogéneo en el mundo, ni siquiera entre los países europeos, presentándose diferencias significativas entre el transcurso de la interpretación de la locura en España, Francia, Inglaterra o Alemania. Por consiguiente, es menester para efectos de esta investigación, realizar una breve exposición de la interpretación que Michel Foucault realiza del recorrido de la locura, desde la Edad Media hasta la Modernidad.

Foucault (1984) señala que, en el transcurso de la Edad Media, se conjeturaba una explicación sobrenatural a la locura, donde ésta era considerada como obra de la divinidad. El loco, era aquel ente poseído que, manteniendo a salvo su espíritu, por tanto, su voluntad y libertad, ve sometido su cuerpo y sus órganos de los sentidos, al dominio de los ángeles demoniacos. Al respecto el autor relata lo siguiente:

“De este modo se salva la libertad del poseído. Pero su cuerpo está condenado; y si el ángel poseedor está aferrado solo a la carne, si solo agita, atormenta y revoluciona a la existencia animal, matar esta vida bestial y quemar ese cuerpo no es más que devolver al alma la pureza de su querer, liberarle del instrumento pervertido de su libertad; el fuego liberará al espíritu de su cuerpo poseído, se quemará al insano por su salvación” (Foucault, 1984).

Luego, con la aparición del Renacimiento, la posesión ya no es entendida como posesión del cuerpo, sino del espíritu y, por tanto, como la abolición de la libertad. Por consiguiente, el procedimiento ahora no será destruir el cuerpo, sino por el contrario, cuidarle y resguardarle; pues así se mantendría a salvo de la posesión, para que no sea instrumento de un espíritu insano. Este giro en la concepción de la locura, modifica las prácticas hospitalarias de esta época, haciendo que el castigo se transforme en salvaguardia (Foucault, 1984).

Helen Tropé (2010) por su parte, señala cómo la locura se transforma en un verdadero problema para la Inquisición de la España de los siglos XV, XVI y XVII, pues ésta, eximía de castigo y era considerada una circunstancia atenuante, debiendo solicitar continuamente a la opinión médica para que aclarase si la aparente locura que mostraban algunos reos y reas, era fidedigna o más bien era fingida para evitar el castigo. Cuando se comprobaba, bajo criterio

médico como máximo juicio categórico, que la locura era real, se enviaba a estas personas a hospitales psiquiátricos o al cuidado de sus familiares. A su vez, la autora clarifica en las narraciones de algunos casos, las razones argüidas para considerar loca a una persona. Por ejemplo, era muy común la acusación de ser judaizante, o de manifestar delirios religiosos (oposición a la fe cristiana), equiparando así la balanza entre herejía y locura.

Es evidente el poder que, tanto en la Edad Media como en el Renacimiento, tenía la institución religiosa a la hora de demarcar los límites por los cuales transitaba la locura, tanto por la explicación sobrenatural (Foucault, 1984), como por su equiparación con la herejía. Tal es este dominio, que la locura pasa a ser considerada como un puente robusto, que une al Tribunal Inquisidor con la Institucionalidad médica (Tropé, 2010).

En el siglo XVIII, Foucault señala que la locura deja de ser entendida como un agregado de lo sobrenatural a lo natural, o bien, algo demoníaco a la obra de Dios; y comienza a ser considerada como la carencia o privación de las facultades más altas del hombre. En sus palabras: “el insano ya no es un poseído; en todo caso, es un desposeído” (Foucault, 1984). En estos tiempos, la razón era considerada la facultad esencial del ser humano capaz de conducirlo al conocimiento absoluto; en consecuencia, al máximo progreso. Esta cualidad, le otorga al hombre la capacidad de unir la voluntad individual con el bien común. Por consiguiente, la locura era considerada como ausencia de esta razón, impidiéndole decidir sobre sus actos. Entonces, el que padece locura experimenta una ausencia de su libertad (Foucault, 1984).

En el siglo XIX, el enfermo mental “es el que ha perdido el uso de las libertades que le ha conferido la revolución burguesa” (Foucault, 1984). Esta mirada de la locura, invita a observar una preponderancia de la institución del derecho, por cuanto se entiende que la locura, determina la pérdida de autonomía de la persona – al abolir su razón- y la consecuente enajenación de sus derechos (Foucault, 1984).

En el siglo XIX, Foucault (2000) señala que, de alguna manera, se esbozan los primeros intentos de “humanización” en la forma de comprender la locura. Esto, debido a que es la institucionalidad médica, la que tiene mayor incidencia en la delimitación de la locura y, en

consecuencia, la forma de proceder ante ella. La mirada desde el modelo médico, trata de asir la locura con la misma batería conceptual con la que comprende la patología orgánica. De esta manera, posibilita la fundación de la institución psiquiátrica, quién se apropia del discurso sobre la locura, entendiéndola como una enfermedad del tipo mental. Lo anterior, conlleva al establecimiento de diversas categorías y términos de enfermedad mental establecidos, cada una con sus respectivos criterios diagnósticos y tratamientos a seguir (Foucault, 1984).

1.2 El concepto de enfermedad

Para comprender los supuestos sobre los que descansa la enfermedad mental, es conveniente realizar un breve análisis de lo que se entiende por enfermedad, tanto desde la concepción occidental, así como de otras visiones menos hegemónicas. Esto permite hacernos una ligera idea, sobre qué es lo que se entiende cuando se habla de enfermedad mental, y sobre qué sustento se ancla dicha construcción (Foucault, 1984).

En palabras de Viniegra-Velázquez (2008), la enfermedad, tal como la comprendemos en nuestros días, está sustentada en el modelo salud-enfermedad, y en donde a su vez, este modelo se sustenta en lo que los autores denominan Paradigma de la Historia Natural de la Enfermedad. Dicho paradigma, sustenta como eje central de sus postulados, el pensar a la enfermedad como algo separado del organismo que la experimenta; como una entidad objetiva y, por lo tanto, observable; diferenciable en su conjunto de otras enfermedades. Al observar la enfermedad como un ente natural, se le otorga una vida propia; dotada de autonomía, independiente de quién sea el huésped que la aloja. Lo anterior, ha posibilitado la proliferación de todo un campo de investigación, que busca conocer y determinar sus posibles movimientos, y que, a través de la nosología, pueda dar cuenta de esa “realidad” llamada enfermedad. En consecuencia, conocer su origen, evolución y pronóstico. Este movimiento realizado por la enfermedad, permite diseñar estrategias enfocadas a su prevención, control, tratamiento y cura. A su vez, dentro de este modelo salud-enfermedad, la enfermedad es concebida como la alteración de los patrones funcionales y estructurales propios de la salud (Viniegra-Velázquez, 2008).

Castro (2008) describe que la enfermedad, para constituirse como tal, necesitó, a su vez, de una nueva aproximación a los sujetos; es decir, una nueva forma de entenderlos, tomando una distancia metodológica que los posicionará como entes cosificados, ajenos a su propia experiencia. Dicho movimiento, se logra con la especialización que la medicina hace de los cuerpos, de su anatomía, de su mecánica, despojado de cualquier intento de sentido, o sea, un cuerpo separado del propio sujeto, de su comunidad y del mundo circundante en el que habita. Este conocimiento y especialización de los cuerpos, permite anclar sobre él a la enfermedad.

Es correcto afirmar que la enfermedad ha sido entendida en occidente como nos lo ha propuesto la visión médica-orgánica. Sin embargo, existen también otras interpretaciones acerca de sus causas, o del porqué de sus manifestaciones. Entre estas cosmovisiones, podemos mencionar por ejemplo, las de la Santería Cubana. Ésta comprende a la enfermedad, como algo que va más allá de lo físico, del mundo concreto y visible del sujeto (Castro, 2008). La enfermedad, es entendida como una especie de debilitamiento del arché, que es la energía vital del sujeto. Esta a su vez, forma parte constitutiva de todo lo que existe, y que es impuesta como castigo por obra de los santos (divinidades). La enfermedad, es instalada así, en una dimensión distinta a la de los sujetos, en un plano divino; en dónde el sujeto no tiene ningún control sobre ella y está a merced de estas fuerzas superiores. En esta tradición, tanto la enfermedad, como la cura, están estrechamente relacionadas y dependen de este poder divino. Similar a ésta comprensión de la enfermedad, podemos encontrar al espiritismo de Kardec, en dónde al igual que en la tradición de la Santería Cubana, se integra la enfermedad como algo externo, que se encuentra en una dimensión paralela al mundo material, y que es producida y arrojada a los sujetos, por obra de las divinidades. Si bien estas tradiciones entienden la enfermedad como algo externo y que va más allá de la materialidad de los sujetos, a su vez, conciben la idea de que éste no está aislado; sino que forma parte de un todo, en una estrecha relación con los otros, incluso con las divinidades (Castro, 2008).

En este sentido, Vallejo (2006) hace la diferencia entre el modelo de salud occidental y el modelo indígena de salud. Establece que el primero, está basado en el paradigma positivista de conocimiento, considerando a la enfermedad como fenómeno autónomo; mientras que el segundo, se sustenta epistemológicamente en su propia cosmogonía y cosmología, entendiendo

la realidad como un todo; comprendiendo al hombre en sus dimensiones físicas, relacional y cultural, como un ser social que enferma en su contexto particular. Esta tajante diferencia paradigmática en el punto de partida de ambos modelos, hace que no sea posible conocer, la una, desde la epistemología de la otra. Por otra parte, el autor revela que la psiquiatría, sería fiel seguidora de los postulados del modelo de salud occidental, específicamente del modelo biomédico, recurriendo al sistema nervioso central para explicar las alteraciones mentales.

En la cultura amazónica, por ejemplo, la salud es entendida de manera holística; es decir, comprende las dimensiones emocional, corporal, mental, vincular y espiritual del hombre, resaltando la importancia de esta última, pues de su equilibrio depende, el equilibrio del resto de las dimensiones. Además, es importante señalar que, desde esta cultura, no se realiza la separación mente-cuerpo característica del modelo de salud occidental, sino que se entiende al cuerpo, como el lugar dónde se concretizan las demás dimensiones. Este paradigma de la salud está anclado en la cosmovisión de su pueblo que, a diferencia de la occidental, no es racional, y se basa en la subjetividad, el sentimiento y la intuición. Desde esta perspectiva, se cree que todos los seres del mundo tienen espíritu y que ésta, es la manera en que todos nos ponemos en contacto y dependencia con todos (Graña, 2013).

1.3 La locura como enfermedad mental

Según Foucault (1984), la enfermedad mental surge con la pretensión que tiene la medicina de comprender a la locura bajo la misma conceptualización; es decir, siguiendo los mismos supuestos y metodología que la patología orgánica. Detrás de la óptica médica de entender la enfermedad, se esconden dos postulados que moldean su esencia; primero: que la enfermedad es una entidad específica evidenciable por sus síntomas, y segundo: que es una especie natural; es decir, que tras las diversas caras de la enfermedad se esconde algo así como una enfermedad en sí, con características permanentes, que adquiere distintas formas en los distintos subtipos de enfermedades. La consecuencia de que la enfermedad mental, tenga la misma estructura conceptual que la enfermedad orgánica, subyace en el hecho que se ha establecido un paralelismo artificial y abstracto entre ambas, por intermedio de dichos postulados (Foucault, 1984).

Sin embargo, lo que se busca con este trabajo es posibilitar para la comprensión y sentido de la enfermedad mental, un recorrido hacia la búsqueda del contexto cultural y relacional en que ella surge; es decir, en los determinantes sociales que posibilitan que ciertas características o signos sean considerados como constitutivos de enfermedad (Foucault, 1984).

Por su parte Ferrández (2013), señala que desde la propuesta crítica en la historia de la psiquiatría, podemos comprender cómo es que ésta, se ha ido adueñando de la concepción que en la actualidad tenemos de la locura, cristalizada como enfermedad mental. La psiquiatría, desde la posición de poder que ostenta, cumple una función que más que ser de exclusión, es de normalización. Con la creación de nosografías sustentadas y fundamentadas en un paradigma orgánico, se naturaliza la existencia de una supuesta enfermedad mental, que es evidente en sí misma, que posee una esencia, y que se puede descubrir mediante sus síntomas (Foucault, 1984).

La enfermedad mental comparte junto a la enfermedad orgánica una correspondencia que, según Foucault (1984) y Ferrández (2013), resulta imposible de justificar. Al aplicar los mismos postulados metodológicos de la patología orgánica a la mental, lo que verdaderamente se hace es crear un paralelismo que desconoce y aísla al individuo, quitándole y sacándolo de su contexto histórico y cultural (Foucault, 1984).

Al introducir la enfermedad mental en su contexto histórico (siglo XIX en adelante), como un producto del saber psiquiátrico, no se busca precisamente que ésta fuese comprendida, sino más bien, otorgarle la posibilidad de ser controlada (Huertas, 2001; Vásquez, 2011). La descripción de su origen, evolución y pronóstico, solo puede situarse, posterior a la necesidad de anclarse a un orden mayor, incluidas la moral y la economía, con el fin de mantener el orden social (Ferrández, 2013). Junto con esto, la necesidad de sociabilizar patrones conductuales que eran propios de las clases dominantes, y frente a lo cual, la psiquiatría actuaba contribuyendo y normalizando; facultando de un cuerpo teórico-médico que la circunscribía en una realidad objetiva y regulable por los métodos propios de su acción; es decir, el diagnóstico y el tratamiento. A su vez, se encubre tras la apariencia de las conductas humanas patológicas como entidades naturales, la relación social específica y de poder que ella misma produce (Ferrández, 2013). En consecuencia, para la así vista enfermedad mental, y preformada desde la psiquiatría,

“el mismo acto diagnóstico ya nunca más fue puesto en cuestión. El juicio de valor, por ser un “juicio clínico”, adquiriría carácter “objetivo” y aun se convertiría en juicio de existencia” (Ferrández, 2013).

Este último autor describe al respecto:

“...pretender que la enfermedad mental tal y como ahora se postula, “siempre estuvo ahí” y que sólo el progreso técnico nos ha permitido conocerla “científicamente” no es sino un mito que refuerza sin espíritu crítico las “bondades” del presente, reafirmando al tiempo la tesis médica, su carácter científico, y el contexto socioeconómico mismo en que esa ciencia y esa medicina se dan”

Para González y Pérez (2007), las prácticas clínicas se encuentran inmersas en un entramado de relaciones, de las cuales también forman parte; en donde podemos ubicar tanto a la investigación científica, la industria farmacéutica, el estatus de los profesionales, las políticas sanitarias, y los mismos receptores de estas prácticas; es decir, los pacientes. Para los autores el término enfermedad mental representa una necesidad abstracta para justificar cada vez más el exponencial crecimiento de la psicofarmacología.

Si bien, tanto en las diversas versiones de los DSM y CIE se habla de trastornos, en vez de enfermedades, los autores proponen que en la práctica clínica los términos se utilizan de manera indiferenciada, prevaleciendo el uso de enfermedad mental. Este uso y apropiación del término no es un asunto sencillo, puesto que lo que hace, en realidad, es validar una visión médica-orgánica, anclando las diversas problemáticas rotuladas bajo el nombre de enfermedad mental, en una justificación que recurre a las alteraciones bioquímicas del organismo. Por lo tanto, tal o cual trastorno tendrían una justificación científica, en donde la alteración estaría provocada por la presencia o ausencia; es decir, un desequilibrio de ciertos elementos químicos en el ser humano. Por consiguiente, este enfoque permitiría al modelo médico-psiquiátrico, optar por tratamientos que efectivamente actúen sobre aquella alteración química-orgánica, reafirmandose así el quiebre entre lo físico y lo contextual-relacional, en el abordaje y tratamiento de la enfermedad mental.

Estos autores proponen el llamado “efecto Charcot” el cual refiere “al fenómeno, según el cual el clínico encuentra lo que él mismo propaga” (González y Pérez, 2007). El efecto Charcot en la actualidad estaría representado por el sistema diagnóstico, en tanto creador de su propia objetividad, y por la investigación farmacológica, en tanto también crea su propio modelo de enfermedad basado en la explicación bioquímica (González y Pérez, 2007).

1.4 La enfermedad mental y su clasificación

Hasta antes del año 1980, el Manual de los desórdenes mentales (DSM) se encontraba influenciado en sus explicaciones de los trastornos por la teoría psicoanalítica, conjeturando que lo que está a la base de la patología, son los mecanismos psicodinámicos. A su vez, se rechazaba el término de enfermedad para recurrir a una explicación de tipo dimensional. Sin embargo, en 1980, con la aparición del DSM III, se adopta una postura que pretende ser “ateórica”, comprendida en la lógica que los trastornos son entidades discretas, dando por establecido que son identidades nosológicas y, por tanto, con realidad propia y objetiva (González y Pérez, 2007). Este cambio, invita a la patologización de los problemas de la vida cotidiana, recurriendo para ello a los criterios diagnósticos y a explicaciones biologicistas, las cuales en sí mismas, tendrían la verdad sobre los supuestos orígenes de los trastornos mentales; es decir, la verdad de su tratamiento. Esta última implicancia, dicho sea de paso, sería la misma lógica con la que opera el Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (González y Pérez, 2007).

Estos sistemas de categorización, tendrían según González y Pérez (2007), diversas funciones. Una de sus principales funciones sería la legitimación de la psiquiatría como especialidad médica, dotándola de un cuerpo nosológico que le da la posibilidad de establecerse con la misma autoridad que la medicina. A su vez, la generación de un sistema de terceros pagadores por tratamiento psicoterapéutico, dentro de los cuales estarían los sistemas de seguros médicos y el sistema público de salud, creando la necesidad de un sistema clasificatorio al cual recurrir y así, determinar la cobertura y sus respectivos gastos. Sumado este hecho, la promoción y difusión de medicamentos, que en psiquiatría alcanza su auge a partir del DSM III (González y Pérez, 2007). Esta alianza entre Psiquiatría y Farmacología logra que se pase, desde una óptica sustentada en el enfoque psicoanalítico, donde el responsable del trastorno era la madre o la

sociedad, a la justificación de su existencia ahora reflejada en alteraciones bioquímicas en el cerebro, unificando a través de una cultura biológizante, tanto las perspectivas clínicas, como la de los propios pacientes. Según lo que nos dicen los autores al respecto:

“Se profesa una adhesión al modelo de enfermedad sin que haya una evidencia que obligara a ello. La paradoja es que la visión de que la enfermedad debe tener causas biológicas es una construcción cultural. Pero, como tal construcción cultural, tiene sus instituciones que la hacen valer” (González y Pérez, 2007).

2. Historia de la psiquiatría en el contexto nacional

La psiquiatría en Chile de comienzos del siglo XX, proviene y se enmarca en el concepto de Higiene mental. Esta se concibe, como una desinfección médica policiaca, que ve a la herencia genética, como responsable de todos los males sociales, y predecesora directa de la Psiquiatría. Pretende defender a la sociedad, de los individuos con alteraciones neuropsicopáticas, que puedan alterar el equilibrio social. Así, la locura, es considerada como una herencia genética maldita que corrompe al individuo, su cuerpo, su familia y la identidad social. Por consiguiente, la locura se transforma en un tema con importante relevancia política para la época. Se entiende lo social de ésta, a través de una analogía orgánica, como un gran cuerpo cuyas malformaciones, que no favorecen a las clases dominantes, son enfermedades que hay que erradicar, demarcando una estrecha relación entre lo político y lo biológico. La locura entonces, se comprende como una enfermedad social que corroe al resto de las personas consideradas sanas y que por lo tanto, hay que perseguir y erradicar (Leyton, 2005).

Como forma de enfrentarle, ya que en último término significaba una escasez de mano de obra producto de la emigración y las enfermedades (problemas que antes eran enfrentados con soluciones religiosas y militares), se planea un nuevo orden social. Inspirado en un comienzo, por la “utopía urbana” de Vicuña Mackenna, Intendente de Santiago entre los años 1872-1875, que entre otras cuestiones, se propone la creación de un “Muro Sanitario” (la actual Avenida Matta, en la región metropolitana). La finalidad de este muro, es dividir ciertos grupos sucios de gente, de la ciudad limpia. Lo anterior, desde la creencia que existían dos ciudades: una cristiana,

ordenada, limpia e ilustrada y otra ciudad bárbara, llena de infecciones (como la sífilis), crimen, vicio y peste (Leyton, 2005).

En Chile el tratamiento de la sífilis, sirvió de modelo para el posterior tratamiento de la locura. Éste consistía en el aislamiento y la exclusión de aquel que la padecía (Leyton, 2005). El autor señala que los primeros médicos en hacerse cargo de la locura fueron también los primeros en tratar la sífilis: Lorenzo Sazié, Ramón Elguero y su discípulo Augusto Orrego Luco. Los dos últimos incluso, realizaron estudios relacionando ambas enfermedades, llegando a concluir que el mayor problema de la sífilis era el trastorno mental que producía en el hijo de la madre infectada, lo que vinculaba genéticamente a ambas: la sífilis y la locura; por ende, el tratamiento de la primera debía aplicarse a la segunda (Leyton, 2005).

Luego de la Guerra Civil de 1891, en el gobierno de Jorge Montt, se forma una comisión que informa sobre las deplorables condiciones de la Casa de Orates, ordenando la construcción del Manicomio Nacional, inaugurado el 26 de noviembre de 1905, luego de la guerra del Pacífico, cuando Chile experimenta un auge económico que le permite construir un nuevo edificio de dos pisos, que se convertirá en la parte principal del futuro Manicomio Nacional. Gestor de esto fue el hijo de Manuel Montt, Pedro Montt, quien fuera director del Manicomio entre 1894 y 1906, y quién fue presidente de Chile entre 1906 y 1910 (Armijo, 2010).

En 1927 se dictamina el Reglamento General de Insanos, que aun está vigente, y que promueve la creación de un Open Door en cada provincia, aunque solo logró concretizarse en el ahora Hospital Psiquiátrico El Peral (Sepúlveda, 1998), fundado en 1928, y cuya misión era la de recibir enfermos crónicos (Armijo, 2010).

Con el fin en la Guerra del Pacífico en nuestro país surge, junto con la prosperidad económica de esos días, un ánimo triunfalista que lleva a promover en el discurso político, un mejoramiento de la raza chilena y así conseguir una sociedad considerada un “cuerpo maduro” para la industrialización (Leyton, 2005). Las instituciones hospitalarias son las encargadas entonces de hacerse cargo de esta función mediante el desarrollo, y con ello evitar la falta de mano de obra productiva.

En el año 1922, con el Dr. Jerónimo Letelier como jefe médico, se reestructura el Manicomio Nacional, creándose las secciones de: Hospital Psiquiátrico, para pacientes agudos y voluntarios; el Manicomio, para pacientes crónicos y con problemas judiciales; y el Asilo de Temperancia, para pacientes alcohólicos (Armijo, 2010).

En 1950, la Junta Nacional de Beneficencia, ordena la construcción de la Clínica Psiquiátrica Universitaria en los terrenos del Manicomio Nacional (Armijo, 2010). En 1952, se crea el Servicio Nacional de Salud, con la intención de unificar el sistema público de salud y al mismo tiempo, integrarlo en una red nacional completa, en complejidad y extensión (Sepúlveda, 1998).

En 1953 se inaugura, bajo el gobierno del presidente Carlos Ibáñez del Campo, una nueva parte física del Hospital Psiquiátrico que incluía: la Administración, Sector de Agudos, Posta Antialcohólica, Servicio de Urgencia, Servicio de Neurocirugía, Servicio de Electroencefalografía. Lo anterior, conformará el Hospital Psiquiátrico, dependiente del Servicio Nacional de Salud, recientemente creado. En dicho Hospital, se constituyeron cuatro servicios clínicos, cuyos jefes eran los doctores Agustín Téllez, Armando Roa, José Horwitz y Eduardo Brucher (Armijo, 2010).

El 9 de septiembre de 1983, se rebautiza el hospital como “Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak” que, hasta la fecha, depende del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Alrededor de 1960, aparecen los primeros atisbos en Chile de una Psiquiatría Comunitaria como crítica a la institucionalización involuntaria. Ésta, fue encabezada por Luis Weinstein, Juan Marconi, y Luis Cordero a través de las guías: Salud Mental Poblacional, Psiquiatría Intercomunitaria y Psiquiatría Comunitaria, respectivamente. Los primeros dos enfoques, vinculados a la Universidad de Chile en conjunto con unidades del Servicio Nacional de Salud de nivel Primario de la ciudad de Santiago, y el tercer enfoque, implementado en la ciudad de Temuco. Todas estas experiencias, fueron abortadas tras el golpe de estado de 1973. Sin embargo, las organizaciones no gubernamentales (ONG), lograron mantener estrategias clínico-comunitarias como parte de su accionar, durante la dictadura militar (Sepúlveda, 1998).

La Dictadura Militar en Chile implementó una profunda reforma neoliberal en el Estado en general y específicamente en el sistema de salud, lo que generó las siguientes consecuencias, entre otras (Sepúlveda, 1998):

- Entrega a los Municipios la administración de la Atención Primaria de Salud.
- Minimización histórica de la inversión y mantención de los equipamientos y de la infraestructura.
- Promoción de un mercado de seguros de salud privado para el 20% más rico de la población.

En 1978, se publican las Políticas de Salud Mental del Ministerio de Salud y en 1990, se publica el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. En este mismo año, Chile participa en la Conferencia de Caracas, adhiriendo a una estrategia conocida como Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica, siendo una parte importante de él, la desmanicomialización, consistente en el paso de una lógica aislamiento, hacia una óptica comunitaria (Sepúlveda, 1998). En este momento histórico, el tratamiento farmacológico cobra gran relevancia, pues se presenta como la solución para cumplir con la desmanicomialización, brindando un tratamiento ambulatorio que devuelve la funcionalidad al individuo, manteniéndolo bajo control (Aroca, 2006).

En 1993, se publica el documento Plan y Política de Salud Mental, el cual contiene los objetivos prioritarios de la autoridad sanitaria luego de la vuelta a la democracia, los que dan cuenta de las áreas prioritarias, entre las que se encuentran: drogadicción, violencia doméstica, rehabilitación de víctimas de violencia política, reinserción laboral de personas con discapacidad mental, entre otros (Sepúlveda, 1998).

En el año 2001 se realiza una modificación a la reglamentación para la internación de personas psiquiátricas, la cual es emitida desde el departamento de asesoría jurídica del Ministerio de Salud (2000).

Según el Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedad Mental (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000), se considera que una persona es un paciente psiquiátrico cuando: “sufre de una enfermedad o trastorno mental; y que se encuentra bajo

tratamiento o supervisión médica especializada”. La enfermedad mental entonces, es considerada “una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma permanente o transitoria”. Estas enfermedades mentales, son las mismas contempladas en la clasificación de la OMS, en su documento Trastornos Mentales y del Comportamiento (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000).

De acuerdo al Reglamento, serán los profesionales médicos quienes decidan qué persona necesita de atención psiquiátrica, ocupando un papel técnico en la determinación sobre quiénes se debe actuar y sobre cómo se debe proceder. Por consiguiente, el psiquiatra es el encargado de realizar el diagnóstico de enfermedad mental, y cuando fuese necesario, pedir la colaboración de profesionales psicólogos /as o bien, la colaboración de otros profesionales de la salud para realizar una evaluación de tipo integral (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000).

En cuanto a la atención terciaria o internación psiquiátrica, deberán cumplirse una o más de las siguientes condiciones según MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (2000):

- Necesidad de efectuar un diagnóstico o evaluación clínica que no pueda realizarse de forma ambulatoria.
- Necesidad de incorporar a la persona a un plan de tratamiento que no sea posible de llevarse a cabo de manera eficaz en forma ambulatoria, atendida la situación de vida del sujeto.
- Que el estado o condición psíquica-conductual de la persona represente un riesgo de daño físico, psíquico o psicosocial inminente, para sí misma o para terceros.

A su vez se considerarán dos tipos de intervenciones: la primera en relación a aquellas voluntarias, que radican en un acuerdo libre entre el paciente y el médico tratante. La segunda denominada involuntaria, dentro de las cual se considerarán: las de urgencia no voluntaria, la administrativa y la judicial (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000). En ambos tipos de internación, se considerará por medio del médico tratante al cabo de sesenta días, si es necesaria la continuación de la internación por sesenta días más, o en su lugar se sugiere el alta.

La internación de urgencia no voluntaria, sólo se podrá extender durante setenta y dos horas, posterior a lo cual se convendrá haber controlado y calmado al paciente en crisis; o bien realizado de forma independiente o en paralelo, el debido diagnóstico médico especializado (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000). Posterior a esto, se determinará la pertinencia de un tratamiento, ya sea en plan ambulatorio o de internación. Si un paciente al cabo de las setenta y dos horas no da su consentimiento para la internación, se deberá realizar una internación del tipo administrativa (MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica, 2000). Dicha decisión estará a cargo de la autoridad sanitaria competente y “a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante (...) o de cualquier miembro de la comunidad”, con el objetivo de internar a una persona que “aparentemente” está afectada por una enfermedad mental, y la cual, a través de su conducta, pone en riesgo su integridad y la de los demás, o altera el orden y armonía de los lugares públicos. Esta decisión será tomada en conjunto, entre la autoridad de salud y la autoridad policial presentes, priorizando la integridad física y psíquica del enfermo y de su entorno. Por último, La internación judicial será “aquella dispuesta por resolución de un Tribunal de Justicia” .

2.1 La locura desde la psiquiatría

La Psiquiatría alcanzó su máximo desarrollo durante el siglo XX, a través de la clasificación Internacional de las enfermedades mentales, la proliferación de los diversos enfoques psicoterapéuticos, y la creación de la psicofarmacología para el tratamiento de las patologías (Navarro y Martínez, 2008).

El psiquiatra Emil Kraepelin en el año 1883, propone un sistema serio y riguroso para clasificar a las enfermedades mentales. Se dedicó a seleccionar con detención ciertos síntomas, los cuales denominó “síndromes” y que aparecían juntos con tal regularidad que hacía suponer que tenían una sola causa (Davison y Neale, 1980, citado en Zlachevsky, 2017).

El psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler (en su libro “Demencia precoz” o “El grupo de las esquizofrenias” (1911), afirmó que, como no todos los casos de demencia precoz evolucionan hacia la demencia, era más apropiado usar el término "esquizofrenia". Mencionó cuatro síntomas

fundamentales en esta enfermedad: autismo, ambivalencia, alteraciones en la asociación y afectividad (Navarro y Martínez, 2008).

En la obra de Bleuler se produce una reordenación de los cuadros delimitados por Kraepelin. Esto permite el inicio de una nueva mirada clínica que supone un mejor abordaje en términos de posibilidades, que los enfoques anteriores (Navarro y Martínez, 2008).

Por otro lado, el psiquiatra alemán Karl Jaspers realizó un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana, dando como resultado el compendio escrito denominado Psicopatología General, publicado en alemán por primera vez en 1913; y traducido al español por primera vez en 1970. Dicho estudio, influyó de manera notable, en la psicopatología humana y en general, en el abordaje psicoterapéutico. Esto, debido a que, gracias al autor alemán, se introduce el rigor metodológico en Psiquiatría, otorgándole para su desarrollo y posterior progreso, la cualidad de ciencia (Navarro y Martínez, 2008).

Amparándose en la clasificación de las ciencias vigente en su momento histórico, Jaspers describió dos métodos: El explicativo, propio de las ciencias de la naturaleza, que tiene por objeto el hallazgo de correlaciones entre los fenómenos psíquicos y la base estructural física; y el comprensivo, propio de las ciencias del espíritu, que se fundamenta en lo psicológico. Esto quiere decir que se desentiende de lo corporal al intentar entender la conducta humana, en relación a los hechos históricos y biográficos personales (Navarro y Martínez, 2008).

Por otro lado, en Norteamérica la figura dominante de la Psiquiatría fue Adolf Meyer. Este psiquiatra suizo, desarrolló un concepto psicobiológico de la Psiquiatría, que buscó integrar aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales (Navarro y Martínez, 2008).

El alemán Kurt Schneider, autor de Psicopatología clínica en 1959, implementó por su parte, los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers. Gracias a esto, logró dividir los síntomas de la esquizofrenia en primarios y secundarios (Navarro y Martínez, 2008).

A comienzos del siglo XX, el psiquiatra Sigmund Freud, sustentando sus postulados en el paradigma científico, y con especial consideración en la física; propuso dirigir la óptica hacia el interior del cerebro y ubicar allí, las explicaciones de la conducta humana. Sostuvo que aquello considerado psíquico, no era más que la manifestación del cúmulo de energías y fuerzas que provenían de la transformación de la energía metabólica. Dichas fuerzas luchaban entre sí, con el fin de ser liberadas, y de esa manera, volver al organismo a un estado de equilibrio previo. Las denominó libido o fuerzas libidinales, las cuales tenían como característica principal, ser el motor pulsional instintivo que daba origen al funcionamiento intrapsíquico (Zlachevsky, 2017).

Al realizar este breve recorrido histórico de la psiquiatría y entendiendo a la locura, como se ha descrito anteriormente, en términos de enfermedad mental con su propia clasificación; la primera idea que debela esta posición es que, la psiquiatría en su praxis actual es eminentemente modernista. Esto quiere decir, que hace uso de discursos sistémicos, herméticos y con una innegable pretensión de verdad, representada desde modelos reduccionistas, científicistas, biologicistas, psicologicistas, psicoanalíticos o conductistas, que la delimitan en su operar. No obstante, existen algunos modelos que intentan comprender al ser humano en su cualidad integral, como es caso del modelo biopsicosocial. Sin embargo, en la práctica no deja de ser “un cajón de sastre que se invoca para mucho y se utiliza para poco” (Prado, 1994).

Ciertamente en la psiquiatría entendida desde la modernidad, existe un uso heterogéneo de diversas técnicas con la finalidad de evaluar sus pretendidas eficacias. Sin embargo, esta posición, no es más que el uso de técnicas basadas en teorías con intenciones de verdad universal, objetivas, capaces a su propio juicio, de explicar el umbral de patologías y peculiaridades del ser humano (Prado, 1994).

En los abordajes modernos de la psicopatología humana, aquellos que padece la enfermedad mental, debe ser claramente descrito y, por cierto, clasificado y diagnosticado. Estos diagnósticos le permiten al terapeuta saber acerca del comportamiento normal, y, por ende, del anormal (Szasz, 1994).

Al contextualizar esta perspectiva al abordaje nacional, el MINSAL (2017) refiere lo siguiente por ejemplo en el caso de la esquizofrenia:

...“es un síndrome clínico; es decir, no existen exámenes de laboratorio o imágenes que puedan hacer el diagnóstico de la enfermedad, sino que deben cumplirse una serie de criterios clínicos. En la actualidad existen dos manuales de diagnóstico que enumeran criterios para hacer el diagnóstico de esquizofrenia, los del DSM 5 y los del CIE 10, este último de uso oficial en nuestro país. Si bien esta guía se centra en el tratamiento de la esquizofrenia, es importante mencionar que ésta es una enfermedad polimorfa en sus formas de presentación, lo que hace que el diagnóstico muchas veces no sea fácil y que habitualmente se requieran varios meses evaluando al paciente antes de hacer un diagnóstico de certeza” (Guías Clínicas AUGE, Tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia)

Por otro lado, frente al Trastorno afectivo bipolar, el MINSAL (2013) en su guía clínica AUGE para el trastorno bipolar en personas de 15 años o más señala que, en la actualidad se define y diagnostica dicha enfermedad mental a través de la CIE-10 emanada por la OMS y el DSM IV de la asociación Americana de Psiquiatría. A su vez, en esta guía confeccionada para los profesionales de la salud mental, se declara lo siguiente:

“Estudios revelan que el 40% de los pacientes con trastorno bipolar inicialmente son mal diagnosticados, debido a que se confunde con trastornos depresivos. Otros estudios evidencian que entre un 25 a 50 % de los pacientes con trastorno depresivo tienen trastorno bipolar” .

Lo anterior, sostiene la idea en la existencia de un manual con criterios diagnósticos, que pese a mostrarse como una guía práctica y única en el abordaje de los desórdenes mentales, afirma la dificultad de un diagnóstico certero a priori, en lo que a la esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar refiere.

2.2 La locura desde el movimiento antipsiquiátrico

En respuesta al discurso hegemónico que adopta la psiquiatría en la modernidad; surge en Inglaterra, en la década de los sesenta, el movimiento social denominado Antipsiquiatría. Este movimiento, fue fundado por el terapeuta y filósofo marxista David Cooper (1985) y tiene a la cabecera, su obra escrita en 1957, “Psiquiatría y Antipsiquiatría. A través de este enfoque crítico, se busca cuestionar la teoría, avalada hasta la fecha por el movimiento científicista, acerca de que las explicaciones de la conducta humana, se encuentren dentro de la mente. Este giro y cuestionamiento del discurso psiquiátrico dominante, puede situarse desde que el psiquiatra húngaro, pero radicado en Estados Unidos, Thomas Szasz publica su obra “Dolor y placer” del 1988. Para el autor, la enfermedad mental no es otra cosa que una etiqueta, una palabra, en consecuencia, no tiene existencia en sí (Zlachevsky, 2017).

En términos de Pérez (2015), la antipsiquiatría es un movimiento crítico, que se caracteriza por cuestionar las prácticas psiquiátricas tradicionales y la comprensión de la enfermedad mental al interior del cerebro (Zlachevsky, 2017). Szasz en su libro “El mito de la enfermedad mental” de 1964, señala que “...los psiquiatras consideraron tradicionalmente que la enfermedad mental era un problema separado e independiente del contexto social en que aparecía” (Szasz, 1964)

Por otro lado la influencia de los planteamientos de Robert David Laing, en especial en su libro “El yo dividido: un estudio sobre la salud y enfermedad” (1964), fueron de gran aporte para robustecer los postulados actuales de la antipsiquiatría. Su interés por la fenomenología y el existencialismo, refuta gran parte de los asuntos que gobiernan el pensamiento psiquiátrico de la época, sosteniendo una mirada distinta del abordaje de la salud mental; una que ve al paciente como parte de la terapia; es decir el individuo situado (Zlachevsky, 2017).

Desde la óptica de la antipsiquiatría, no se pone en tela de juicio que existan personas con problemas psicológicos; tampoco se cuestiona que la psicoterapia sea ineficaz; lo que sí es cuestionable, es el origen difuso de estos problemas; así como el rótulo de enfermedad mental. Sobre todo, la discusión se centra en las opciones psicofarmacológicas, lo que en palabras de Foucault sería la “*medicalización de la vida*” (Foucault, 1977). A su vez se cuestiona la

comprensión de los problemas psicológicos como problemas de la persona, haciendo vista gorda del contexto en el cual emergen , ya sean familiares, sociales, laborales, de pareja, entre otros (Zlachevsky, 2017).

Por su parte David Cooper (1985), afirmaba que lo que llamamos locura, es producto de un estilo de sociedad, y que en consecuencia la solución de ésta, pertenece a la esfera política, y no a un diagnóstico, tratamiento ni etiqueta mal llamada “enfermedad” (Zlachevsky, 2017).

Szasz (1964), plantea que la psicología y la psiquiatría mantuvieron una estrecha relación con la filosofía hasta finales del siglo XIX. En relación a esto, el autor señala que “Desde entonces los psicólogos se han considerado científicos empíricos y se supone que sus métodos y teorías no difieren de las del físico o el biólogo” (Szasz, 1964). Respuesta a la locura desde la posmodernidad

Al configurar la locura desde una perspectiva posmoderna, no podemos entender la noción de ser humano al estilo del pensamiento científico; sino que muy por el contrario, debemos exigirnos pensar la terapia de otra manera. Un pensar que recoja reflexiones acerca de las creencias y por tanto traducir la psicoterapia a una interacción. Sin duda, esta tarea no es fácil, ya que comúnmente nuestras reflexiones orbitan en aquello que aprendimos de manera automatizada acerca de los hechos y acontecimientos que nos suceden (Zlachevsky, 2017).

Para poder acercarnos a esta otra manera de pensar, y con ello transparentar nuestras creencias fundamentales, es necesario detenerse a meditar sobre cómo cada persona comprende el fenómeno de la vida. Esto puede ser respondido por la pregunta en términos de Zlachevsky (2017) ¿qué es el ser del ser humano? o ¿qué significa decir que uno mismo es? Dichas preguntas no son parte de las discusiones que atañen a los estudios sistemáticos de la psicología, debido a que como terapeutas, no se nos enseña reflexionar acerca de lo ontológico.

Este acercamiento es, lo que en palabras de Anderson (1997) se denomina pensamiento posmoderno en psicología; y surge debido a la inquietud y desilusión de los distintos teóricos y terapeutas clínicos, que no comparten la mirada reduccionista de los trastornos mentales. Para

Anderson (1997), la posmodernidad no es una época histórica; sino más bien una crítica, una orientación filosófica que busca demarcarse del discurso hegemónico de la psicoterapia moderna tradicional.

La posmodernidad, no busca representantes, ni un constructo unificador de lo que significa en sí, sino más bien como crítica, busca posicionarse desde la ruptura con la mirada y abordajes modernos de la locura. El movimiento antipsiquiátrico y pensamiento postmoderno, representan un cuestionamiento y alejamiento de las meta-narrativas inamovibles, los discursos privilegiados hegemónicos, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento (Zlachevsky, 2009).

Esto repercute sobre las premisas de predictibilidad y verdad, que caracterizan la terapia moderna, y con ello; concede a la psicología y en especial a la psicoterapia, la posibilidad de dar un giro onto-epistemológico hacia el Constructivismo y Construcción Social. Ambas posiciones, buscan comprender la naturaleza de la experiencia del ser humano y la manera en que este construye su realidad. Dentro de estas posturas, se acepta, de manera general, que la realidad es construida socialmente a través del lenguaje, asumiendo que no es posible tener un conocimiento objetivo y directo del mundo, sino solo acceder a él, en base a la interpretación u objetividad, considerando las distinciones del observador en el fenómeno que observa (Gergen, 1985).

Por consiguiente, la posmodernidad propicia una perspectiva crítica de los abordajes modernos tradicionales en lo que refiere a la locura en psicoterapia; trascendiendo a las lógicas intrapsíquicas, objetivas y clasificatorias de la enfermedad mental. Tal perspectiva, puede ser llevada a la praxis por ejemplo en la TSCN, en dónde la importancia del proceso está puesto en el sistema relacional; en la co-construcción de significados y narrativas que surgen de la interacción de los participantes; en el lenguaje, permitiendo la emergencia de la realidad y quejas psicológicas que la subyacen.

La TSCN se posiciona como una perspectiva teórica con posicionamiento político, capaz de respetar las preferencias para la vida que cada consultante considere, demarcándose de la

mirada patologizante, quitando el foco del déficit para centrarlo en los recursos. Puntualmente se profundizará sobre este giro onto-epistemológico y sus implicancias terapéuticas en la descripción de la TSCN.

Existen también otras posturas posmodernas que personifican un abordaje terapéutico desde “el no saber”; es decir, distanciadas del discurso hegemónico de la psiquiatría. Tal es el caso de la Escuela de Diálogo abierto, desarrollada en el Hospital de Keropudas en Tornio, Finlandia y representada por autores como Seikkula, Olson, Haarakangas, Alakare y Aaltonen, entre otros. Este enfoque construccionista social, busca un tratamiento de la enfermedad mental grave, desde una forma de pensar y trabajar en contextos psiquiátricos, más que una metodología definida. En este sentido, desarrolla un enfoque adaptado a las necesidades de los usuarios psiquiátricos que, dentro de sus mayores logros, reduce la sintomatología psicótica desde el refuerzo de las redes familiares y profesionales, alejándose de la hospitalización y el uso excesivo de fármacos (Seikkula et al, 2016)

Lo fundamental en el tratamiento desde este modelo de Diálogo abierto, es recopilar la suficiente información para generar un diagnóstico colectivo, después de la creación de un plan de tratamiento basado en el diagnóstico realizado, para posteriormente comenzar un diálogo psicoterapéutico. Este último, se basa en 7 principios fundamentales que se presentan a modo de una guía práctica de intervención (Seikkula, 2004).A continuación se describen brevemente dichos axiomas:

1. Intervención inmediata: se da en las primeras 24 horas desde que se conoce el diagnóstico de quién consulta y su sistema familiar. Se busca, desde la crisis, movilizar hacia la acción, en vías de generar de recursos y elementos que fuera de la crisis no son visibles.
2. Redes sociales y sistemas de apoyo: la familia y los grupos de apoyo cercanos son participantes activos en el proceso de recuperación. En este sentido, se invitan a participar en las reuniones y seguimiento del caso.
3. Flexibilidad y movilización: el tratamiento e intervenciones se adapta y modifica, acorde a las necesidades específicas de quién consulta y su contexto particular.

4. Trabajo en equipo y responsabilidad: a partir de las necesidades detectadas, se forma un equipo de trabajo, que puede incluir tanto personal ambulatorio como de hospital, y que asumirá responsabilidades durante todo el seguimiento.
5. Continuidad psicológica: los integrantes de equipo se mantienen activos durante todo el proceso, sin importar en dónde se encuentre la persona con diagnóstico. En este sentido, el equipo adquiere un compromiso a largo plazo con el tratamiento.
6. Tolerancia a la incertidumbre: invita a evitar las conclusiones apresuradas, tanto hacia la persona con diagnóstico, como hacia la familia.
7. Diálogo: es entendido como una práctica que crea nuevos significados y explicaciones, lo que a su vez crea posibilidades de acción y cooperación entre los involucrados.

La Práctica Dialógica, como elemento de intervención clínica, se considera una forma interacción más que una forma objetiva de “hacer terapia”. Lo importante entonces, es que cada participante sienta que es escuchado y que esto se manifieste como respuestas. Este énfasis en la escucha y las respuestas que en ésta emergen, permite la co-existencia de puntos de vista múltiples, o bien de múltiples “voces”; separadas, pero igualmente válidas, dentro de la reunión de tratamiento. Lo anterior es denominado por Bakhtin como “polifonía”. En este escenario conversacional polifónico, se configura un espacio para cada voz, disminuyendo así la distancia entre los que son clasificados como “enfermos” y los que “están bien”. El intercambio colaborativo entre las diferentes voces, va tejiendo comprensiones nuevas, en donde cada voz contribuye con un hilo importante que es compartido por los participantes (Olson, et al, 2014).

Es indudable que tanto la TSCN, como el Modelo de diálogos abiertos, comparten desde la posmodernidad, una praxis terapéutica respetuosa, validante y con un foco claro en las relaciones dialógicas y recursos de quién consulta, buscando alejarse del juicio experto y explicaciones intrapsíquicas de los desórdenes mentales. Sin embargo, la mayor diferencia entre ambas posturas radica en lo ontológico, como el elemento fundamental de la TSCN, que lo diferencia de otras aproximaciones posmodernas. Esta, distinción, que pone énfasis en el propio sistema de creencias del terapeuta respecto al problema psicológico, será abordada en profundidad en el

apartado conclusiones, definiendo a la terapia sistémica centrada en narrativas como el modelo más pertinente para el estudio de caso descrito en este trabajo.

3. La terapia sistémica centrada en narrativas

3.1 Un giro onto-epistemológico en la comprensión de la psicoterapia

Es innegable como se ha postulado a lo largo de este trabajo, el afán que tiene la psicología de ser comprendida desde una óptica científicista; intentado desde lo nosológico, entender el sentido de lo humano y sus problemáticas. En la actualidad, y tomando en cuenta la proliferación de diversas corrientes psicológicas, aun se defiende la idea de establecer leyes generales capaces de determinar el comportamiento humano. Se citará a Tomás Szasz (1994) para aclarar lo anterior:

“La psicología—y la psiquiatría, como rama de ésta— mantuvo una estrecha relación con la filosofía, al menos hasta las postrimerías del siglo XIX. Desde entonces, los psicólogos se han considerado científicos empíricos, y se supone que sus métodos y teorías no difieren de las del físico o el biólogo”.

La psicología en su esfuerzo de demarcarse cada vez más de la filosofía y transformarse en una ciencia empírica, solo ha tenido fracasos; que han llevado a que incluso en nuestros días, la psicología clínica aun no sea considerada científica. Opazo (1992) nos refiere al respecto:

“El epistemólogo Thomas Kuhn se pregunta: ¿cómo es posible que los científicos sociales tengan la misma cualidad intelectual, la misma viveza, creatividad y aptitud lógica que un físico, un químico o un biólogo contemporáneo, y su ciencia, sin embargo, no haya sido capaz de logros semejantes? La respuesta a la interrogante de Kuhn se desprende casi directamente: nuestro objeto de estudio es más difícil de conocer”.

Para comprender lo que es inherente al modelo sistémico centrado en narrativas propuesto por Zlachevsky, es importante detenerse a reflexionar sobre lo que a narrativa corresponde, para no caer en equívocos. En virtud de lo señalado, se revisa lo que Brunner (1998) propone respecto al pensamiento humano. Divide a éste en dos formas de operar: el pensamiento

narrativo y el pensamiento paradigmático (Zlachevsky, 2012). Con esto se refiere a un modo del pensamiento que no debe confundirse con las psicoterapias narrativas. Acerca del pensar, Brunner en 1998 dice que “hay dos modalidades de funcionamiento cognitivo, dos modalidades de pensamiento, y cada una de ellas brinda modos característicos de ordenar la experiencia, de construir la realidad” (Brunner, 1998)

A una de las modalidades la denomina paradigmática o lógico-científica, y a la otra, narrativa. Las describe como complementarias, pero, irreductibles una a la otra. La diferencia entre estas dos radica fundamentalmente en sus procesos de verificación y en aquello de lo que intentan convencer. Los argumentos, característicos del pensamiento paradigmático, “convencen de su verdad”, por otra parte, los relatos, propios del pensamiento narrativo, aluden a “su semejanza con la vida” (Brunner, 1998). La modalidad paradigmática, centra sus esfuerzos en la construcción de teorías sólidas, pruebas lógicas, argumentaciones inamovibles, y lleva a descubrimientos empíricos, guiados por hipótesis previamente conversadas con la razón. Busca trascender a lo particular, generando niveles de abstracción cada vez más complejos, refutando cualquier idea que sea intervenida por los sentimientos o las situaciones particulares (Zlachevsky, 2012).

La modalidad narrativa por su parte, es propia de la psicoterapia; es decir, su foco está puesto en las particularidades para llegar a entender cómo las personas se viven la vida. Es capaz de producir buenos relatos, ya que busca ocuparse de las acciones e intenciones humanas que surgen en el transcurso de una historia de vida. Intenta posicionar los acontecimientos y experiencias en un determinado tiempo y espacio. A diferencia del pensamiento lógico-cientificista, los relatos, no cumplen con los criterios de verificabilidad, sino que cumplen con criterios de verosimilitud, acorde al contexto particular de una vida. La capacidad del terapeuta por tal, debe estar puesta en reconocer la verosimilitud de lo narrado por quien consulta, en el contexto de su biografía; así como el historiador lo hace en el contexto particular del hecho histórico que está relatando (Zlachevsky, 2012).

Hecha esta distinción, existen por otro lado las denominadas “psicoterapias narrativas”. Para revisar este concepto Cornejo (citado en Zlachevsky, 2012), describe que, al realizar un

recorrido histórico de la psicología y su conocimiento, han co-existido dos tradiciones que son distintas y discontinuas, y que a su vez, han transitado en paralelo en el intento de la psicología de hacerse valer, especialmente en el mundo académico. Las denomina como “Cientificista” y “Hermenéutica-comprensiva”. Las diferencias entre estas dos maneras de entender la psicología, han dado lugar un entrecruzamiento de críticas desde ambos enfoques, sin embargo, ninguno se ha responsabilizado en la comprensión que sus fundamentos dan respuestas a supuestos meta-teóricos que no son iguales y que no son continuos; así como tampoco se han hecho cargo de sus distinciones en la concepción del ser humano. Es por esto que si bien ambas posturas terapéuticas refieren a la narrativa, su acercamiento a este concepto es distinto y no admite comparación (Zlachevsky, 2012).

Para la concepción científicista, la narrativa transita por el camino de la ciencia, por lo que utiliza la metodología científica y los datos que se analizan permiten mostrar regularidades, generalidades y hechos objetivables. En cambio, para la concepción hermenéutica-comprensiva, lo importante es la historicidad de los fenómenos psíquicos, su contextualización sociocultural y, por sobre todo, la consideración de la dimensión de sentido y significado de todo acto psíquico (Cornejo, en Zlachevsky 2012).

Para Zlachevsky (2011), la concepción hermenéutica-comprensiva, pasa a ser llamada fenomenología-hermenéutica. Es acá entonces, donde surge lo inherente a la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN), resaltando la importancia en la aparición e interpretación que realiza un observador de un fenómeno. Es una comprensión distinta de la psicoterapia, ya que no intenta buscar verdades absolutas aplicables a cualquier ser humano, sino que lograr escuchar y comprender los relatos que una historia trae consigo, dentro del contexto o biografía de la persona que consulta por psicoterapia.

Asumiendo esta postura la realidad emerge como un fenómeno particular. Se postula entonces, la existencia de múltiples realidades; diversas verdades que dan cuenta de la gama de experiencias que tienen las personas en la construcción del mundo.

La TSCN entonces, hace conversar a la filosofía y el abordaje psicoterapéutico de las problemáticas que emergen en el devenir humano, manifestándose como una posición posmoderna. Se establece como una forma de reflexionar, ya que invita a la persona del terapeuta a mirar más allá de la propuesta de una determinada y única forma de ejercer la psicoterapia, trascendiendo la reproducción reduccionista y sistemática de técnicas y teorías, rescatando la relevancia del encuentro terapéutico único e irrepetible entre dos o más seres humanos; y los significados y relatos que conforman su experiencia humana. La TSCN es narrativa y es sistémica. Es narrativa por su énfasis en el sentido del relato y la forma en cómo este se va construyendo con otros en la convivencia, destacando la importancia del lenguaje, de las significaciones conjuntas y de las creencias en los distintos dominios de existencia en los que las personas se desenvuelven y habitan. Es sistémica, porque busca ir más allá de las lógicas de que lo humano es meramente intrapsíquico y manifiéstalo ingenuo de pensar que los relatos y significados que emergen en la existencia humana son eventos aislados; muy por el contrario, nos invita a comprender la realidad desde su intersubjetividad. (Zlachevsky, 2003).

3.2 Niveles Jerárquicos de la TSCN

Zlachevsky (2015) siguiendo las ideas expuestas por Coddou, propone que, para la comprensión de cualquier enfoque terapéutico, es fundamental involucrar seis niveles jerárquicos conceptuales: uno epistemológico, uno paradigmático, uno de teoría, uno de modelo intermedio, uno técnico y finalmente la autora añade un nivel ontológico, el que será revisado posteriormente en profundidad. La importancia de plantearlos en este trabajo, radica en la precisión que tiene la TSCN para dar respuesta a cada uno de ellos; y así, generar una reflexión acerca de si son suficientes o no, para describir la praxis terapéutica realizada en este trabajo.

El nivel epistemológico, se caracteriza por centrar sus esfuerzos en las explicaciones o ideas que el observador tiene acerca de cómo se construye u opera la realidad. Intenta responder a la interrogante acerca del terapeuta como un agente activo o no, en la construcción de realidad de quien consulta. Para comprender este nivel desde la TSCN, es necesario referirse al concepto de Constructividad. Desde esta perspectiva crítica, se asume el hecho, que no podemos asegurar que nuestras observaciones del mundo son la realidad y que las otras posturas están equivocadas.

Invita a quién observa, a responsabilizarse en sus operaciones de distinción en el mundo. El concepto de constructividad, refleja la idea de proceso, de movimiento, dando lugar a la aparición de los significados emergiendo a medida que se va construyendo el mundo en el que habitamos. Es por lo anterior, que entiende a la vida como una interpretación de sí misma; es decir, resalta el carácter hermenéutico que la vida tiene, reconociendo que toda interpretación refiere a quien interpreta. (Zlachevsky, 2012). En palabras de Maturana (2011):

“Lo que hacemos los seres humanos como observadores es tener la experiencia de encontrarnos “observando”. Cualquier explicación o descripción de lo que hacemos es secundaria a nuestra experiencia de encontrarnos a nosotros mismos en el hacer de lo que hacemos”.

La Constructividad entonces, según plantea Zlachevsky (2012), pone énfasis en el lenguaje, entendido no solo como una mera resonancia de lo intrapsíquico, sino más bien, como un producto de lo conversado entre los distintos personajes y realidades posibles. Las palabras solo cobran sentido y significado en el contexto de una relación particular, nunca significan algo en sí mismas. La autora caracteriza el pensamiento sistémico narrativo de esta forma:

“Pensado así es posible decir que un sistema u organización de significados, no se construye en solitario, sino que va “emergiendo” en la convivencia conjunta. Las personas vamos así, ordenando las experiencias vividas, vamos relatándonos mutuamente lo vivido y ordenando los acontecimientos en secuencias temporales, organizadas sobre la base de una coherencia hilvanada a través de la trama invisible que conforma el guion que cada personaje actúa en cada dominio de existencia”.(Zlachevsky, 2003).

El nivel de paradigma, se relaciona con los postulados o axiomas que configuran las ideas epistemológicas en torno a un fenómeno más específico que se desea describir, explicar o entender (Zlachevsky, 1996). Desde acá, se establece el alcance de lo que es posible conocer; es decir, la unidad de análisis que orienta la mirada. Para entender este nivel desde la TSCN, hay que diferenciar dos unidades de análisis particulares, correspondientes al fenómeno a describir o explicar en psicoterapia. Estas son: el individuo aislado y el sistema de relaciones en las que

transita el individuo. El acento desde este modelo, está puesto en lo característico de dichas relaciones; por ende, lo relevante como unidad de análisis, es la persona formando parte de una organización de significados y no como ente aislado. El foco está puesto en sistema relacional que otorga sentido a la problemática que se trae al espacio terapéutico y no en lo que sucede dentro de la psique de quien consulta.

El nivel de teoría, refiere a la concepción que, a través de una metodología consensuada, es posible establecer leyes, normas, regularidades e hipótesis básicas, sobre las unidades de análisis precisadas en el nivel paradigmático (Zlachevsky, 2011). Es posible encontrar aquí, desde la TSCN, el conjunto de teorías “sistémicas-relacionales” que se centran en las narrativas. Como se ha descrito anteriormente, desde esta perspectiva, se entiende lo narrativo como una red de significados consensuados y contruidos socialmente. Lo central desde este nivel para la TSCN, es que la problemática o queja de quién consulta, reside en la descripción de éste y que, por consiguiente, el cambio se suscita al hablar y referirse a la problemática de manera distinta, posibilitando la generación de diferentes acuerdos, así como consecuencias (Sluzki, 1996).

El nivel de modelo intermedio, describe la forma de llevar a cabo en la práctica el trabajo con personas; es decir, relaciona la teoría con el operar aplicable a la vida de quienes consultan. Es acá donde podemos posicionar a la TSCN, en su cualidad de modelo intermedio, ya que en su praxis considera que el cambio en las explicaciones, significados y narrativas donde se encuentra atrapado el sufrimiento de una persona; es lo que produce alivio en el sistema consultante que relata dolor en su vivir. A posteriori, se describirán los postulados fundamentales que rigen a la TSCN como modelo intermedio en psicoterapia.

El nivel técnico, se relaciona con las herramientas y técnicas específicas que usa el terapeuta en su labor. Ahora bien, lo característico de la TSCN, es su capacidad de trascender a la visión reduccionista de técnicas y teorías que se aplican de manera genérica a las particularidades de un individuo. Como se ha descrito con anterioridad, es más bien una reflexión; una forma de pensar y mirar el “ser del ser humano”, más que una determinada forma de hacer psicoterapia. Por ende, permite la posibilidad de hacer uso de la innumerable gama de técnicas y estrategias que ofrece la psicología; siempre y cuando, el terapeuta sea capaz de operar

desde la Constructividad, enfatizando en lo que emerge en el sistema relacional de quién consulta, y comprendiendo que el dolor, se encuentra atrapado en la narrativa de quién relata dicho sufrimiento. Es por esto que para el modelo, lo importante no es de que enfoque o corriente surja la técnica a utilizar, sino que más bien lo relevante, es la coherencia y congruencia que se dé en los niveles jerárquicos conceptuales, para operar de manera respetuosa y responsable con quien acude a terapia.

Como se mencionó con anterioridad, Zlachevsky añade un nuevo nivel jerárquico conceptual denominado ontológico. La razón a la base de esta añadidura, es que para el ejercicio adecuado de nuestra profesión, no es suficiente con los niveles descritos; ya que ninguno 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”* (Zlachevsky, 2015).

3.3 Lo ontológico en la TSCN

Para la autora del modelo, es fundamental explicitar la mirada ontológica desde la cual se sostiene un terapeuta, pues desde aquí, emergen los propios significados utilizados en el trabajo psicoterapéutico. Escuchemos lo que Zlachevsky nos dice al respecto:

“En la medida en que el Construccinismo 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”. (Zlachevsky, 2010)

Lo ontológico desde la TSCN, no es necesariamente un nivel jerárquico más, que se añade a los ya descritos con anterioridad, como una etapa final en la secuencia lineal; sino que, muy por el contrario, este nivel atraviesa a los demás; es decir, busca ir desde la epistemología en dirección hacia la técnica. Es por esto, que la concepción del ser humano, debiese ser una reflexión constante y coherente en cada nivel conceptual, en función comprender a la praxis terapéutica, como un elemento consecuente y beneficioso para quién la requiere.

Ontología significa "el estudio del ser". La palabra deriva de los términos griegos, ontos, que significa ser, ente; y logos, que significa estudio, discurso, ciencia, teoría. La ontología es una parte o rama de la filosofía que estudia la naturaleza del ser, la existencia y la realidad, tratando de determinar las categorías fundamentales y las relaciones del ser en cuanto ser (Hofweber, 2009). Para la autora de la TSCN, la concepción del ser del ser humano, es decir lo ontológico de éste, no es más que una interpretación que el ser humano ha hecho sobre el misterio de la vida.

Para la comprensión de lo ontológico como sustento base del operar desde la TSCN, es necesario revisar lo que nos plantea Heidegger (1951) en su obra "ser y tiempo"; en la cual describe al ser humano entendido como Dasein (siendo ahí).Explicitando cómo el ente que es el Dasein (ser-ahí), es siempre el que somos en cada caso-y en cada instante-, nosotros mismos, aquí y ahora; lo que parece crucial de entender a la hora de hablar de psicoterapia desde este modelo. En relación a lo anterior, este autor señala:

"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" (Heidegger, 1951)

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

El temple anímico, corresponde a la disposición afectiva existencial desde la cual el Dasein desoculta o construye el mundo. En esta disposición afectiva 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”* (Heidegger, 1951). Desde esta posición de “encontrarse” es que el ser humano conoce, sabe y cree lo que acontece en su existencia.

Por otro lado, el comprender implica determinar las posibilidades que sustentan al “ser-ahí” que fue arrojado a este mundo al cual no pidió venir; es decir, las explicaciones y desarrollo que otorgan sentido y legibilidad a lo que le ocurre aquí y ahora en la interpretación del devenir. En palabras del autor *“La interpretación no es el tomar conocimiento de lo comprendido, sino el desarrollo de las posibilidades proyectadas en el comprender”* (Heidegger, 1951).

Tal comprensión del mundo es posible, como se ha referido anteriormente, debido a que el Dasein habita en el lenguaje o discurso, 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. Por ende, es el propio lenguaje en el ejercicio terapéutico, donde habita lo psíquico y no en el interior de las personas, el que permite la co-construcción de distinciones, significados, narraciones y realidades ajenas al dolor.

Estos momentos estructurales forman el sustento ontológico de lo que se denomina “la tríada inseparable del problema”, que será desarrollada con posterioridad y materializada en el modelo XYZ.

3.4 Dominios de existencia

El lenguaje desde la TSCN, no solo se fundamenta en postulados de Heidegger; sino que también recoge los aportes del biólogo Humberto Maturana (1991) en su obra *“El sentido de lo humano”*, en la cual postula que lo que nos ha permitido llegar, de cierta manera a consensos, en los hechos y acontecimientos que nos suceden en el vivir juntos, es precisamente el lenguaje. Esta manera de significar la vida fue co-construida con aquellos con los cuales compartimos nuestra experiencia de vivir. Es en este espacio relacional es donde emerge el dominio de existencia; es decir, el tejido de redes conversacionales y significados que dan sentido a nuestra existencia. Es

por esta razón, que podemos comportarnos y sentir de formas distintas, en determinados contextos, situaciones o personas con las cuales nos relacionamos. (Zlachevsky, 2015).

Si queremos contar nuestra vida, otorgándole sentido al relato, necesitamos poder mostrar las relaciones entre los distintos personajes que forman parte de la historia a ser contada. En palabras de Zlachevsky (2003) *“quién es quién, qué rol juega en la historia, dónde transcurren los acontecimientos que se está relatando, qué hizo el o ella cuando yo hice, que hizo yo cuando el o ella hizo esto o aquello”*. Esta forma de pensar es inevitablemente sistémica; por tanto, para poder acceder a la biografía de una persona, es necesario mirar aquellos actores y relaciones que dan sentido y coherencia a lo que esa persona tiene que decir de sí misma.

Los dominios de existencia nos invitan a reflexionar acerca de la idea que las personas no conviven con su problemática en todos los aspectos de su vida, o bien, que esta queja no se da en todos los contextos, ni con todas las personas con las que mantiene una determinada relación. Por el contrario, invita a detenerse a pensar en la posibilidad que un problema pueda estar habitando particularmente en un espacio relaciones con su propia red de narrativas compartidas, o dominio de existencia, y no se manifieste en otros. Puede ser el caso que lo que haya traído a la persona al espacio terapéutico como problema, no emerja en todos los contextos y situaciones. Por ejemplo, narrativas que traiga un consultante asociadas al concepto de “violencia” como queja en el dominio de existencia madre, no aparezcan en el espacio relacional mujer, pareja o trabajo. De esta manera, no podemos tautologizar que la persona del ejemplo es una persona “violenta”; sino que más bien podemos mencionar que la violencia emerge en el lenguaje, en la red de significados compartidos en el dominio madre, y que éstos son distinguidos y relatados por los propios actores que componen este sistema de creencias, por lo cual es en la particularidad de este espacio lo que se puntúa como problema.

Es por esto, que la TSCN se configura como un encuentro terapéutico, que invita a aproximarnos a imaginar lo que las personas hacen; a mirar el escenario donde emergen los hechos de una historia de vida; a identificar quiénes son las personas que están o deberían estar en el episodio que se nos está relatando; cómo piensan ellos acerca de esta significación (incluyéndose en la manera de significar).

Esta postura crítica en psicoterapia, busca la co-construcción de una nueva narrativa, que pudiera estar alejada del dolor, configurándose desde la propia reflexión de quién consulta; de su sistema de creencias y significados; permitiendo un abordaje a su problema de manera diferente; teniendo en consideración que aquello que le sucede, puede estar habitando un dominio de existencia particular, y de ser así, puede ser comprendido y definido en otra red de relaciones y significados; una curiosa, respetuosa y genuina, configurada en el espacio relacional terapéutico.

3.5 Premisas compartidas para operar desde la TSCN

Al definir lo que implica la psicoterapia y su forma de practicarla, es imposible evitar que emerja la idea que lo que define el cómo lo hacemos, viene desde nuestro propio marco referencial de creencias. En palabras de Rosenbaun y Dickman (citado en Zlachevsky, 2015) “*al definir el modo de hacer terapia se crea el fenómeno terapéutico*”. Por consiguiente, pareciera ser que no existe una sola forma de hacer terapia o de comprender lo que narrativa es; sino por el contrario, existen una multiplicidad de formas de entenderlo. Una de estas formas es la TSCN, la cual dista en su forma de operar dependiendo del terapeuta que la ponga en práctica; no obstante, se comparten según Zlachevsky, en su obra “*Relatos clínicos. Filosofía y terapia narrativa*” (2015), los siguientes postulados fundamentales:

- 1. El ser humano es y habita en el lenguaje; es decir el lenguaje es la morada del ser.** La manera de vivir se configura a través de nuestras palabras y sus significados. Éstos, en la medida en que son compartidos forman nuestras narrativas. Dentro de este sistema de significados compartidos, emergen los protagonistas que actúan en un determinado escenario con su propio guion. La óptica central entonces de la terapia, habita en las historias que emergen en el espacio virtual de las conversaciones entre los personajes.
- 2. Todo sistema terapéutico se distingue por el desarrollo de un significado co-creado: el problema.** Si el problema es co-creado, no existe una “verdad sobre el problema”, sino que la definición de éste, sólo será dotada de sentido, en el dominio de existencia que el consultante defina. En palabras de Zlachevsky (2015) “*la relación terapéutica es una co-construcción que se da en la danza de la interacción entre terapeuta y sistema consultante*”.

3. Es el sistema consultante el responsable de definir qué es lo que lo trae a consultar, es decir; son ellos y desde ellos, los que deciden qué es lo que se quiere cambiar y/o mantener. Esta comprensión invita a mirar al sistema humano como un sistema lingüístico, dotándolo de la propiedad generadora de lenguaje y significados. Es por esto que el terapeuta sistémico centrado en narrativas, entiende que el único experto en la vida de quién consulta, es el propio sistema consultante.
4. El terapeuta debe tomar un rol de artista conversacional, cuya experticia está en la formulación de preguntas que gatillen reflexiones alternativas, congruentes con los sistemas de creencias y modo ver el mundo de los sistemas consultantes. La congruencia de tales preguntas, se da con el sistema de significados del consultante y desde allí, emergen reflexiones y explicaciones alternativas que permitan la co-construcción de narrativas diferentes al dolor que le trae a consultar; por ende, narrativas con mejor forma; es decir, más felices.
5. **El poder transformador de una nueva narrativa.** Una nueva narrativa posibilita contar una historia de forma distinta, permite relatar los hechos y acontecimientos en el contexto de un significado nuevo. Esto no quiere decir que resulte simple cambiar una significación, ya que existen discursos sociales dominantes impositivos que limitan nuestras alternativas y posibilidades de creencias. Sin embargo, esta premisa genera un acceso nuevo a la forma de comprender e interpretar los acontecimientos existenciales que emergen en nuestras vidas; es decir, reflexionar acerca de nuestras propias creencias de lo necesario para disminuir el dolor y generar mayor alivio.
6. El terapeuta sistémico centrado en narrativas no es un experto que sabe lo que le ocurre al sistema consultante, sino que lo que saber hacer muy bien, es formular preguntas desde una perspectiva de “no saber”. Al no saber, dónde, cómo y cuándo le duele lo que el sistema consultante relata cómo dolor, lo único que podemos hacer es preguntar; no dar nada por sentado, intentando evitar caer en la trampa de adivinar los significados de quienes vienen a

consultar. Esto evita acusar de manera categórica, que quién sufre, necesariamente habita dentro de un diagnóstico psicológico, respetando el hecho que las manifestaciones biológicas no se pueden soslayar.

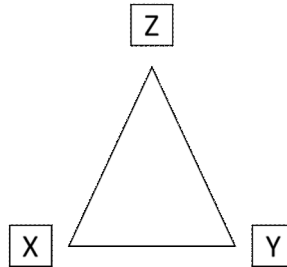
3.6 La ecuación de la triada inseparable en la TSCN

La forma de operar en psicoterapia desde la TSCN, no es más ni menos que una manera de sistematizar las conversaciones que sostienen en el espacio terapéutico. Esta manera de esquematizar las narrativas que se generan en este contexto, se sostienen en los planteamientos filosóficos de Heidegger (1951) acerca del Dasein, por ende, lo referido al temple anímico(emoción), la comprensión y el discurso o habla. Sumado a esto, la comprensión del biólogo Maturana acerca del lenguaje, como posibilitador del entendimiento y expresión consensuada, acerca del problema particular que se trae a este espacio.

Para Zlachevsky (2015) cuando una persona asiste a terapia, es movida por el hecho de que en su experiencia particular de configurar lo que le rodea, que se da en un contexto determinado (dominio de existencia), ocurre algo que no esperaba sentir (temple anímico) y que de alguna manera lo perturba. Esta emoción, que por lo general es inesperada, emerge desde la propia red de significados y creencias de quién consulta (lenguaje), de tal manera que desde acá la persona realiza una puntuación, la que considera como perturbadora (comprensión).

Por tanto la triada inseparable, denominada desde ahora XYZ, representa un esquema abreviado del evento gatillante, emoción y explicación de aquello que es referido como problemático por quien asiste a terapia, el cual cobra sentido en un dominio de existencia particular. Los tres elementos del modelo XYZ existen simultáneamente, sólo se separan con fines didácticos para entender su interacción.

Cuadro 1: Modelo conceptual XYZ



X: Es la explicación que entiende el terapeuta de lo que expresó el sistema consultante como forma de puntuar y distinguir el fenómeno que le trae a consultar.

Y: Es la emoción básica que trae al espacio terapéutico el consultante; la cual lo perturba en un dominio de existencia particular, y que configura desde su sistema de creencias. En palabras de Heidegger, sería la experiencia del Dasein abriéndose al mundo desde el temple anímico.

Z: Corresponde al evento gatillante en la experiencia del sistema consultante que lo movió a asistir a terapia. En palabras de Maturana (2007), un “encuentro ortogonal “caracterizado por la presencia de un agente externo, inesperado por el sistema, que gatilla cambios estructurales en algunos de sus elementos, direccionándolo hacia otras relaciones con el entorno. Para dar cuenta de este episodio en la biografía del sistema consultante, es fundamental preguntar ¿por qué ahora? o ¿desde cuándo?, ya que desde estas interrogantes se busca la comprensión de las narrativas, creencias y explicaciones que la persona ha configurado, sobre aquello que le ha sucedido aquí y ahora como un problema.

Si bien la construcción del esquema XYZ guía la intervención del terapeuta, ésta resulta imposible de practicar sin comprender el mundo del consultante; aquellas redes de significados, creencias y explicaciones que hacen que puntúe y distinga las experiencias de su propio vivir en un determinado dominio de existencia. De modo entonces, que lo importante radica en la comprensión onto-epistemológica del ser de lo humano, que debe ser considerada y reflexionada por el terapeuta, siendo flexible respecto a las técnicas a utilizar; es decir, permitiéndole libertad

en la utilización de técnicas que le sean útiles para el contexto terapéutico específico que emerja en cada caso. La triada inseparable le otorga al problema una sistematización para ser trabajado, en donde el terapeuta sistémico centrado en narrativas intentara co-construir una respuesta genuina y respetuosa al dolor que aqueja al sistema consultante.

4. El ritual como intervención en psicología clínica

4.1 Ritual: concepto y sus principales características.

Es sumamente complejo conjeturar con certeza que los seres humanos de hace cien mil años hablaban como lo hacemos en la actualidad. Sin embargo, algo de lo que sí tenemos constancia, es que realizaban ritos en momentos importantes de su vida; como por ejemplo ante una expedición de caza o al dar sepultura a un miembro del grupo. Desde entonces, el ser humano es un animal ritual. De alguna manera, toda práctica sociocultural se encuentra ritualizada, en términos generales. Toda interacción del ser humano con la naturaleza, con otros congéneres y con las creaciones simbólicas, implica una cierta vitalización. No obstante, no está claro qué es exactamente un rito, cuál es su naturaleza, de qué modo se estructura y desempeña sus funciones (Gómez, 2002).

Serrano (2012) señala que, en cualquier sociedad humana, la mayor parte de las prácticas rituales; es decir, aquellos procesos estandarizados como conductas sociales individuales y/o colectivas, se encuentran al servicio de complejas ideas simbólicas. De manera voluntaria, las instituciones o las personas los utilizan debido a su lucidez a la hora de definir las relaciones sociales más abstractas y de inculcar ciertos hábitos de pensamiento y de acción.

Van der Hart (1983) define a los rituales como “actos simbólicos prescritos que deben ejecutarse de un modo determinado y en cierto orden, y pueden o no estar acompañados por fórmulas verbales.” Además de sus aspectos formales distintivos, pertinentes a la cultura o sociedad en la que se realicen; debe distinguirse una característica fundamental de los rituales que se sustenta en la relación con la experiencia de quien lo realiza. Hay rituales cuyos participantes ejecutan toda la vida, otros, por el contrario, se ejecutan sólo una vez, sin embargo, pueden ser realizados nuevamente por otras personas. El autor se detiene a analizar la

importancia de las partes abiertas y cerradas del ritual. Aquellas denominadas abiertas, proporcionan la suficiente flexibilidad para que los participantes, puedan dotar a la experiencia de su propio significado evolutivo e idiosincrático. Por otro lado, las cerradas, proporcionan la estructura suficiente para dar seguridad a fuertes componentes emocionales, transmitir información cultural nueva e importante y dar forma a las acciones.

El ritual tiene la capacidad de mantener simultáneamente la dualidad entre estabilidad y cambio, al mismo tiempo que vincula marcos temporales, da forma a la coordinación social y capta significados más allá de las palabras; es decir, el ritual combina el acto y la creencia. Los acontecimientos se incorporan no porque se habla de ellos, sino porque se los experimenta: un mundo en el que el hacer y creer están interconectados (Roberts, 1997).

El ritual puede ser concebido como una expresión simbólica de la emocionalidad de quienes lo realizan. Esta codificación subyace una comprensión del ritual que, no sólo resalta sus aspectos simbólicos y emocionales, sino que pone énfasis en la relación entre ambos, frente a la funcionalidad que cumplen en la vida de los participantes. A diferencia de la de noción de Roberts descrita anteriormente, la cual incluye también el simbolismo, esta clasificación describe con claridad que el ritual como práctica, hace manifiestas, las emociones e ideas de quienes participan en él (Crockett y Prosek, 2013).

4.2 El ritual desde el enfoque sistémico

Un ritual es una secuencia específica de actos que puntúan o promueven un cambio en la vida de un individuo, una pareja, una familia, o un grupo social. En los ritos terapéuticos que se construyen, un ritual tiene un inicio, una estructura y una secuencia de acciones organizada alrededor de un tema. Puede marcar el final de una fase de la vida y el inicio de la siguiente; como puede involucrar un cambio, la resolución de un problema o la sanación de una herida (Lazo, 2015).

Bill O'Hanlon (2005) por su parte señala que, existen dos formas de ritual que pueden ayudar a las personas en momentos de crisis y que, con algunas variaciones, han sido puestos en

práctica por todas las sociedades humanas desde tiempos inmemoriales. El autor les da el nombre de: ritual para lograr conexión y estabilidad y ritual de transición.

Los rituales para lograr conexión y estabilidad consisten en un conjunto de prácticas que, conectan a la persona consigo misma, con los demás o con el mundo; o bien, proporcionan una sensación de estabilidad y seguridad en la propia vida y en las relaciones sociales que en ella emerjan. En términos generales, se trata de prácticas que se llevan a cabo con regularidad, diariamente, semanalmente, mensualmente, durante alguna temporada, etc. Ejemplos de este tipo de rituales, pueden ser el comer en familia, cenar en la misma mesa y a la misma hora o escribir en un diario de vida cada noche (O'Hanlon, 2005).

Por otro lado, el ritual de transición se realiza a través de una ceremonia que sirva para alejarse del pasado, dejando atrás aquellas pautas de interacción en las que la persona se encuentra atrapada y considera traumáticas. Este tipo de ritual, invita a revisión de algún personaje o identidad que se haya asumido en el pasado, como una experiencia dolorosa. Ejemplos de rituales de transición son: desatar el lazo; enterrar en el bosque los anillos de matrimonio, quemar cartas, entre otros. (O'Hanlon, 2005).

Roberts (1991) señala que el trabajo con rituales en terapia, puede ser ventajoso, desde el punto de vista que éstos motivan a los consultantes a realizar un adecuado cambio terapéutico. Es decir, invitan a la promoción de recursos transformadores que puedan generar alivio a la experiencia sintomática sufrida, dirigiendo el tránsito hacia el abandono del temor a lo desconocido. Para el autor, la finalidad de los rituales es clara: busca resolver y eliminar síntomas que, en ocasiones, son provocados por la ausencia de adecuación de los primeros tipos de rituales descritos: conexión y transición (Rivas et al, 2008).

Los rituales terapéuticos son facilitadores en la transición de un estado de habituación a otro nuevo y más funcional. A la hora de su diseño, el psicoterapeuta debe ser ingenioso e innovador, o bien puede utilizar de base, los rituales tradicionales descritos anteriormente. Sin embargo, todo ritual debe tener una fase de preparación, en la cual se sostiene un compromiso

firme con el cambio, una fase de ejecución y una última fase de reincorporación a la vida cotidiana (Rivas et al, 2008).

La misión del terapeuta debiese apuntar hacia una adecuada identificación de aquellos símbolos claves tanto para quién consulta, como para su familia. A su vez, colaborar en los preparativos del ritual y de ser necesario, adquirir una función como testigo del cambio. El ritual debe ser lo suficientemente flexible para acomodarse a las necesidades tanto a nivel individual como colectivo (Rivas et al, 2008).

4.3 El rito de pasaje de la Narrativa como proceso ritual

Desde la terapia narrativa, los rituales celebran pasos significativos en el camino para alejarse de la historia problemática hacia una nueva y preferida historia de vida. Éstos pueden ser muy variados porque dependen de las personas que estén involucradas. Las celebraciones pueden ser formales o informales y se pueden realizar en presencia o ausencia del terapeuta. Esto, porque el propósito desde esta mirada, no es determinar la estructura disfuncional o subyacente patológica de una persona y sus interacciones sociales; sino por el contrario, intenta comprender que significados otorgan las personas a los hechos y situaciones que les ocurren (White y Epston, 1993).

A diferencia del ritual desde el modelo sistémico familiar, en el rito de pasaje, el foco no es que la persona o su sistema familiar sean quiénes mantienen o no, alguna perturbación en sus interacciones. Sino que, lo importante, es pensar en las exigencias de aquel problema para su supervivencia, y cómo estas interactúan con las relaciones sociales y vidas de las personas. El fin terapéutico desde estas prácticas, es la generación de una nueva narrativa más satisfactoria para el consultante o la familia; que logre incluir más ámbitos y contenidos de las experiencias, con descripciones más enriquecedoras de las identidades, relaciones, contextos y posibilidades futuras, otorgando un sentido protagónico de agencia personal a las personas (White, 1997).

Van Gennep citado en White (1997), define al rito de pasaje en terapia, como un fenómeno universal, destinado a facilitar las transiciones de la vida social, de un status y/o una identidad a otro. Se intenta a través de este proceso ritual, establecer una construcción diferente del

problema, lo que conlleva a generar nuevas preguntas y abordajes. Por ende lo que genera dolor o crisis en la vida de quién consulta (su queja), puede ser interpretada en relación con ciertos aspectos de una transición o de un “rito de pasaje” en su propia biografía; y así nuevas preguntas a ser conversadas. El autor, lo define en tres etapas: la etapa de separación; la cual consiste en apartar a las personas de su rol o status familiar y de su posición en el medio que viven, para otorgarles un territorio en un mundo social no familiar. La mayor parte de los modos de manejarse en la vida que antes se daban por sentados quedan suspendidos, dando paso a un espacio liminal. En esta segunda etapa, se puede reflexionar sobre los mundos conocidos o posibles; tales como las experiencias de desorganización y confusión, así como también la exploración de nuevos mundos posibles. Posterior a esto, surge la etapa de reincorporación; la que busca ayudar a las personas a resituarse en el orden social de su propio mundo familiar, pero desde una posición distinta; posibilitando la aparición de nuevos roles, nuevas responsabilidades y nuevas libertades. Tradicionalmente se proclama mediante declaraciones que afirman que la persona logró pasar con éxito por la transición y el reconocimiento colectivo; el cual legitima esta nueva posición (White, 1997).

De estas ideas deriva una invitación a estructurar una terapia que aliente a las personas a encarar el pasaje de novicios a veteranos, de pacientes a asesores (White & Epston 1993). Esto implica rechazar la invitación a la dependencia del "conocimiento experto del terapeuta", capacitando a las personas a alcanzar un punto desde el cual pueden recurrir a cierto conocimiento alternativo y "especial" que resucitó o fue generado durante el proceso terapéutico (White, 1997).

III. OBJETIVOS

1. Objetivo general

- Describir un proceso psicoterapéutico sustentado en la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en el caso de una consultante diagnosticada con Esquizofrenia, Trastorno afectivo bipolar y Trastorno límite de la personalidad.

2. Objetivos específicos

- Describir las diferentes etapas de intervención en el caso de D., realizadas a partir del modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.
- Describir los cambios en la narrativa del sistema consultante, a partir de las intervenciones realizadas desde la triada XYZ de la TSCN.
- Dar testimonio de la historia de cambio terapéutico y los nuevos significados de la consultante mediante la co-construcción de un rito de pasaje como elemento catalizador del cierre del proceso terapéutico.

IV. ABORDAJE METODOLÓGICO

1. Naturaleza de la investigación

La naturaleza de este trabajo, se configura desde la investigación cualitativa, la cual, en coherencia con el marco teórico expuesto, busca comprender desde la subjetividad al sujeto de estudio.

Stake (2007) señala que la investigación cualitativa, a diferencia de la cuantitativa, no se centra en la explicación lineal-causal de un fenómeno, sino que busca la comprensión del mismo, entendiendo que lo importante es su particularidad, en lugar de la intención de generalizar a partir de éste.

Por otro lado Pérez (2000) refiere que la investigación cualitativa se configura desde la premisa en la cual el mundo social, es un mundo co-construido con significados y símbolos; es decir, los elementos de estudio no son los hechos en sí; sino que los discursos sobre estos hechos. A su vez, el análisis y la interpretación del lenguaje son fundamentales en este tipo de investigación, ya que lo importante, es determinar la significación de los fenómenos sociales para comprender su sentido.

Por su parte Cuevas (2002), refiere que para la investigación cualitativa, el objeto de estudio es dinámico, relacional y se sitúa en un contexto histórico-social particular. Lo que se contrapone al paradigma positivista, que busca generalidades en una relación condicional de acción y reacción. Desde esta perspectiva, la realidad es subjetiva y múltiple, es compleja y saturada de significados subjetivos personales y colectivos. El investigador cualitativo, busca reducir la distancia entre quién investiga y lo investigado, siendo sujetos y objetos de estudio de manera simultánea. Lo anterior, refiere que el investigador no es ajeno a la realidad investigada, sino que forma parte de ésta. Su posicionamiento no es neutro, ya que existen discursos, creencias y redes de significados, que lo identifican de manera social y personal, en la interacción con el fenómeno estudiado. Al respecto el autor narra lo siguiente:

“la perspectiva cualitativa concibe el papel activo, constructivo-interpretativo del investigador a lo largo de todo el proceso de la investigación y no sólo en algún momento de ella” (Cuevas, 2002).

2. Fundamentos ontoepistemológicos

En vías de la coherencia y responsabilidad, con los elementos planteados con anterioridad, a lo largo de esta tesis, se declaran los fundamentos ontoepistemológicos que sustentan y posicionan a la presente investigación. Para ello, es fundamental reflexionar sobre la Constructividad que ha sido referida con anterioridad.

La Constructividad, como postura epistemológica, acepta que lo ontológico tiene su origen en el lenguaje. Desde esta mirada, se entiende que los fenómenos no son independientes del sujeto que los significa o describe, muy por el contrario, se acepta que quién observa, participa activamente en el acto de conocer. En el sentido terapéutico, la Constructividad emerge como una creación conjunta entre el terapeuta y el sistema consultante. En palabras de Zlachevsky (2017) “desde este entendimiento, los fenómenos u objetos no existen fuera del observador, sino que son un co-surgimiento mutuo entre creador/creado” .

Al respecto, Maturana (1997) en Zlachevsky (2015), sostiene que el precio de enfocar el mundo desde esta óptica, es que se debe suspender la noción de objetividad por la de responsabilidad, señalando que es el observador quién responde, desde él, por lo que se distingue de la realidad. Esta distinción no permite la posibilidad de tener acceso a un mundo objetivo independiente del observador que le otorgue validez externa a lo permitido.

Para Maturana (1992), el observador y la observación son operaciones en el lenguaje, que suceden como coordinaciones de acciones recursivas consensuadas entre organismos que están determinados estructuralmente por sus corporalidades, otorgando un sustento biológico, ya la vez ontológico, que descarta la posibilidad de realizar una investigación científica objetiva. Esta concepción, promueve la idea más bien de una objetividad entre paréntesis, que invita a la consideración del observador como un ser biológico, participante en la constitución de lo que

acepta como explicación a través de sus capacidades cognitivas. Por otro lado, Varela (2000) en Zlachevsky (2015), el ser humano conoce porque tiene un cuerpo en el que está incluido el cerebro; por consiguiente, a medida que va actuando en el mundo, va emergiendo ese mundo.

Por consiguiente, en la Constructividad como supuesto ontológico, radica la idea de movimiento, de proceso, permitiendo ver los significados que emergen a medida que se va construyendo el mundo en el que habitamos. Esta postura, busca la comprensión del ser de lo humano morando en el lenguaje. Implica descartar la creencia de una sola respuesta correcta, invitando a la posibilidad de aceptar múltiples respuestas (Zlachevsky, 2015).

3. Criterios de rigor

De acuerdo Castillo & Vásquez (2003) citado en Salgado (2007), algunas de las interrogantes más comunes experimentadas por los investigadores apuntan hacia cómo se garantiza el rigor científico, o bien cómo éste será visto y evaluado por otros investigadores.

Existen diversas críticas hacia la investigación cualitativa que, en su gran mayoría, apuntan a su aparente falta de validez y confiabilidad. Ambos criterios mencionados, surgen desde la investigación cuantitativa, por tanto, intentar incluirlos en un contexto comprensivo, es una tarea contraproducente y nociva, pues atenta contra sus propósitos, objetivos y naturaleza. Es inapropiado evaluar y enjuiciar, a través del rigor positivista-científico, a la investigación cualitativa y su metodología.

En vías de ser responsable y coherente con el objetivo de esta investigación, se concuerda con Cuevas en que la intención de rigurosidad científica, es una forma más de caer en un discurso reduccionista y positivista de la investigación cualitativa. Sin embargo, es pertinente dar respuesta a dichos criterios desde el marco epistemológico de este trabajo. Para esto, se considerarán los criterios de rigor establecidos, más aceptados por la tradición cualitativa hasta el momento; es decir, los de dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, propuestos por Guba & Lincoln (1989), en Salgado (2007).

1. Criterio de dependencia: “es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes” (Salgado, 2007). Al respecto, Franklin & Ballau (2005), señalan que existen dos clases de dependencia: la interna, que corresponde al grado en el cual múltiples investigadores, generan temáticas y abordajes que se sustentan en datos similares. La externa por su parte, se entiende como el grado en que diferentes investigadores reflexionan y crean contenidos similares en el mismo tiempo y espacio, pero desde sus propios datos recogidos. Desde esta mirada lo importante no es un dato coeficiente, sino más bien la sistematización o esquema en la recolección y análisis de los datos (Salgado, 2007). En el caso de D, presentado en esta investigación, en su descripción e intervenciones terapéuticas, existe una esquematización común en la interpretación y análisis de los datos, que es revisada, reflexionada y conversada por distintos investigadores, quienes comparten en un espacio y tiempo determinado las mismas premisas, pero desde sus propios datos recogidos. Este espacio, es liderado y guiado por la creadora del Modelo de Terapia Sistémica centrada en las Narrativas, Ana María Zlachevsky, y tiene un carácter académico y profesionalizante; por lo cual, el propósito y naturaleza de todos los participantes de esta plataforma es común; co-construir narrativas con mayor alivio y menos dolor en las problemáticas que surgen en los dominios de existencia de quienes consultan, desde la misma sistematización de los datos recogidos; es decir, desde la TSCN y su triada inseparable.

2. Criterio de 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” (Salgado, 2007). La TSCN, como postura epistemológica en el operar terapéutico, no está detrás de la verdad absoluta; sino por el contrario, pretende co-construir narrativas y redes de significados consensuados y compartidos acerca de un fenómeno. Es evidencia de la credibilidad en esta investigación, que la sujeto estudiada (sistema consultante D.), y los participantes de la plataforma académica en la cual se revisó y retroalimentó sobre este caso (grupo de supervisión), configuraron significados similares a las del investigador o terapeuta, a través de la co-construcción de una respuesta con sentido al problema de la consultante. En este sentido refiere Salgado (2007) que, para dar sustento de la credibilidad, es fundamental que se genere discusión con otros investigadores acerca de las

interpretaciones realizadas del fenómeno estudiado; así como también, que aquellos que leen la investigación, comprendan los hallazgos como significativos y aplicables en sus propios contextos.

3. Criterio de 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 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” (Salgado, 2007). Se da cuenta de este criterio, ya que el registro de quién investiga, es redactado en base a notas de sesión, que procuran ser fidedignas y textuales respecto a lo relatado por el sistema consultante. Sin embargo, es pretencioso y sesgado, generar expectativas sobre conclusiones iguales desde otros investigadores que conozcan el fenómeno estudiado. Para la epistemología desde este modelo, el encuentro terapéutico entre los participantes de este espacio, es único e irrepetible, y al ser un espacio interpretativo, otros investigadores o terapeutas, podrían configurar otras distinciones. Es responsable mencionar entonces, que la TSCN, cumple con la transparencia en el proceso de análisis de datos, siempre y cuando este análisis, se realice desde la comprensión hermenéutica-interpretativa.

4. Criterio de transferibilidad: “*se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones*” (Salgado, 2007). Desde la TSCN, como se ha señalado con anterioridad, no se persigue la construcción de generalidades a partir de unidades básicas de análisis. Sin embargo, según lo que refiere Hidalgo (2015) acerca de la investigación cualitativa, será la audiencia o el lector de ésta, quién determine si los datos y hallazgos son transferibles a un contexto diferente al del estudio. No obstante, este trabajo responde de manera parcial a este criterio, en el sentido que se busca facilitar a la audiencia, una descripción detallada del proceso y de las características particulares del fenómeno estudiado. Lo anterior, en vías de que sea el lector quién determine si este estudio es transferible en su totalidad, hacia otros contextos diferentes.

4. Estudio de caso

Scandar (2014), señala la posibilidad de consensuar que el estudio de caso, corresponde a “la examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso”. Dicho caso, está ligado a su contexto de forma irreductible, al punto que su análisis descontextualizado carece de sentido. Por su parte Stake (2007), establece que el estudio de caso es “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes”. En este sentido, el autor realiza una clasificación en torno al propósito que persigue un estudio de caso, donde tipifica el estudio intrínseco de casos, el estudio instrumental de casos y el estudio colectivo de casos. Los primeros, buscan comprender bien un caso en particular, es decir, se presenta un caso y surge la necesidad de conocerlo en profundidad. Señala Stake que existe un interés intrínseco en aquel caso particular. El segundo denominado instrumental, consiste en la examinación de un caso particular, con un objetivo diferente al solo hecho de conocerlo; es decir, busca conocer un fenómeno general a partir de un caso en particular. Finalmente, el estudio colectivo de casos, centra su propósito en la indagación de fenómeno, población o condición general a partir del estudio intensivo de varios casos.

Por consiguiente, realizada esta clasificación, y en concordancia con los objetivos planteados en este trabajo, el estudio de caso a presentar corresponde a un estudio de caso intrínseco.

En torno a otras categorías de referentes como Thomas (2011) en Stake (2014), que consideran variables de temporalidad, se especifican tres tipos de estudios: los retrospectivos, los transversales (snapshot studies) y los diacrónicos. Los primeros refieren al estudio de un hecho pasado y sus consecuencias actuales. Los transversales examinan un período específico de tiempo y buscan dejar constancia de la globalidad en contexto del fenómeno estudiado tal como se suscitó. Por último, los estudios diacrónicos, buscan dar cuenta de los cambios a lo largo del tiempo y son comparables a los estudios longitudinales. Por su parte, Scandar (2014), señala que el estudio diacrónico, es el más relevante cuando hablamos de psicoterapia, ya que su propósito

en seguir un caso a lo largo de un proceso terapéutico, donde se observan los cambios que se producen en un sujeto o grupo, como resultado de la interacción terapéutica. Es por esta razón que el caso de D. se configura como un estudio de caso diacrónico.

En relación la recolección de datos y teoría de este estudio de caso, cabe señalar que su última clasificación corresponde a un estudio formulado o guiado por la teoría (Stake, 2007). Esta especificación, refiere a aquellos casos donde se utiliza abiertamente un marco teórico para explicar el fenómeno estudiado. De tal forma, el investigador, desde su marco teórico, configura la recolección de datos y los modelos explicativos que sustentan su investigación, siendo en el presente trabajo, la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas dicha guía teórica.

Para finalizar, cabe señalar que, así como existen diversas definiciones y clasificaciones sobre lo que es un estudio de caso, también existen diversas formas en que este puede ser presentado. En el caso de la presente tesis, se considerarán las normas para la redacción de un caso clínico propuestas por Buela, Casal y Sierra (2002), como forma de llevar un orden, claridad y consistencia en la presentación del caso. De tal manera, se presentan 12 apartados para la descripción del caso: 1) identificación del paciente, 2) análisis del motivo de consulta, 3) historia del problema, 4) establecimiento de las metas del tratamiento, 5) análisis y descripción de las conductas problema, 6) estudio de los objetivos terapéuticos, 7) selección del tratamiento más adecuado, 8) selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase, 9) aplicación del tratamiento, 10) evaluación de la eficacia del tratamiento, 11) seguimiento y 12) observaciones. Es importante señalar que los autores, sitúan esta presentación de casos, en el contexto de la evaluación y tratamiento psicológico desde el modelo cognitivo-conductual, por lo cual se realizará una adaptación dirigida a ser coherente con los sustentos ontoepistemológicos en los cuales se posiciona la TSCN, por ende, el caso a presentar.

5. Método de análisis

El método de análisis de los datos del proceso psicoterapéutico se realiza desde la perspectiva hermenéutica. Para comprender esta forma de analizar los datos, es necesario realizar una breve revisión histórica de las definiciones con las cuales se ha configurado este concepto hasta nuestros días, como una perspectiva crítica de análisis y reflexión.

Hermenéutica proviene del griego “hermeneia o hermeneutikós”, que significa el “acto de la interpretación”. Si bien, la hermenéutica fue considerada desde su origen, como sustento para el desarrollo del conocimiento teológico, más tarde se apreció la utilidad que prestaría a las ciencias sociales, sobre todo por la necesidad de reconocer lo histórico como postulado fundamental para el desarrollo de las sociedades. No obstante, para llegar a este contexto, existieron una serie de momentos al interior de la misma hermenéutica, en donde autores como Schleiermacher, Dilthey, Heidegger, Gadamer, entre otros, fueron fundamentales para su actual comprensión. (Cárcamo, 2015).

Heidegger propuso a la fenomenología hermenéutica como la metodología de investigación más coherente para el estudio de la acción humana. En ella, se intenta describir y estudiar los fenómenos humanos significativos de manera respetuosa y detallada; es decir, con la libertad que sea posible de supuestos preteóricos, basada en cambio, en una comprensión práctica. El método es hermenéutico, porque existe una necesidad de interpretación cuando se está explicando la experiencia. Cuando nos posicionamos desde lo hermenéutico hacia la acción humana, fundamentalmente nos acercamos a ésta, como si tuviera una estructura semántica y textual. Esta comprensión diferente respecto a la naturaleza del “objeto” de estudio, es una de las tantas diferencias que existen en la investigación de las ciencias sociales y la psicología en particular, que demarcan la diferencia con los acercamientos racionalista y positivista hacia el fenómeno estudiado (De la Masa, 2005).

Gadamer por su parte, posibilitó a la hermenéutica tomar una dirección con aires frescos hacia la comprensión contemporánea del concepto. Sus influencias pueden rastrearse hasta Platón y Aristóteles, sin embargo, el ya mencionado Heidegger, quien fuera considerado su

maestro, con su obra “Ser y Tiempo” y su denominado “giro lingüístico”, aportaron a su consideración de la hermenéutica en relación con la finitud de los contextos históricos y el apoyo del lenguaje en la comprensión del sentido y la verdad. La hermenéutica de Gadamer, considera el lenguaje como una realidad cargada con un significado ontológico, pues el ser acontece en el lenguaje como verdad, como desvelamiento de sentido, que no es esencialmente distinto a las diferentes representaciones finitas en las que accede a la subjetividad humana. Entonces, el propósito de la hermenéutica está puesto en la búsqueda de sentido y de verdad como experiencias vitales y subjetivas, lo que representa además un ideal y una tarea en sí mismas (Cárcamo, 2005).

Al respecto Dilthey señala, en palabras de Giannini (1998:309) que "imaginar es interpretar comprensivamente y comprender será el mecanismo para percibir la intención ajena". Este pensamiento, refleja la idea que para poder interpretar comprensivamente lo que otro comunica, se necesita reconstruir todo lo que rodea a éste, lo cual se transforma en una tarea imposible de realizar. El hacerse cargo de esta imposibilidad de reconstrucción objetiva, supone reconocer que quién interpreta y su propio contexto, son condicionantes de alguna manera del sentido y utilidad del texto producido por otro. Desde este planteamiento entonces, es que la experiencia cobra sentido en el proceso hermenéutico, permitiendo incorporar de manera inevitable la dimensión temporal, reconociendo lo histórico de la experiencia (Cárcamo, 2005).

Echeverría y Coreth por su parte, concuerdan en señalar que Schleiermacher, puede ser considerado como el padre de la hermenéutica moderna. Para él, la hermenéutica debe ser comprendida como “el arte del entendimiento, a partir del diálogo”. En este sentido Echeverría (1997), basado en los planteamiento de Schleiermacher, señala que el verdadero comienzo de la hermenéutica surge de la interrogante ¿cómo una expresión, sea está escrita o hablada, es comprendida? Este contexto, característico del entendimiento, es el de una relación dialógica, donde existe alguien que emite un discurso, construido a través de frases que le otorgan sentido; y a su vez, existe alguien que escucha, el cual recibe un conjunto de palabras que, a través de un misterioso mecanismo, es capaz de adivinar el sentido de lo que se está comunicando. En esta analogía de la hermenéutica de Schleiermacher, es innegable la consideración del elemento histórico como un aspecto significativo para su comprensión (Cárcamo, 2005).

Este recorrido histórico entorno a la configuración de la hermenéutica, permite comprenderla como la búsqueda interpretativa de sentido, extendiéndola a las mismas raíces de los paradigmas opuestos al positivismo, así como también a los abordajes metodológicos de la investigación cualitativa. A través de una ontología ligada al reconocimiento de múltiples realidades, múltiples sentidos y de origen más bien intersubjetivo; se asume una epistemología capaz de buscar la comprensión, por sobre el conocer objetivo, centrando su operar en el ejercicio interpretativo continuo de las narrativas, diálogos, actores y realidades emergentes, que habitan en el fenómeno estudiado. Por consiguiente, para efectos de este trabajo, se exponen de manera abreviada, algunos aspectos centrales del análisis hermenéutico, en concordancia con las premisas ontoepistemológicas que rigen la descripción y el proceso terapéutico de este estudio de caso.

1. La interpretación funde lo aspirado por el intérprete y lo ofrecido significativamente por el texto, o el acto humano (Rodríguez, 2002). Esto es fundamental para la comprensión de este estudio de caso, ya que no solo se considera la interpretación de un texto, como perfectamente pueden ser las notas de sesión registradas por el terapeuta, sino que también incluye cualquier acto humano, es decir, lo que narra, hace o no hace la consultante en lo particular de este proceso terapéutico. Este aspecto dota a la interpretación de un escenario.

2. No se busca la utilización de categorías de eventos fijos y precisamente definidos que den cuenta de la realidad objetiva de la investigación y sus significados. Muy por el contrario, se permite el desarrollo de la identificación de aspectos de interacción y relación entre los participantes, mientras estos emergen en el transcurso del proceso terapéutico. En palabras de Gadamer (1988) “existe una imposibilidad de una interpretación absolutamente objetiva del significado”.

3. Las relaciones entre los significados y narrativas que se configuran en esta tesis, no son co-ocurrencias cuantificadas ni lógicas en términos de causalidad. Se asume una postura del no saber, entendiendo que el sujeto de investigación es el único experto en su propia historia de vida. Esto, debido a que la interpretación o comprensión estará condicionada, o limitada, por el sistema de creencias y significados de aquel que procura interpretar, en este caso, del terapeuta.

En palabras de Cárcamo (2015) “tanto intérprete como texto deben ser reconocidos como dos horizontes que incorporan la dimensión de los prejuicios como elemento transversal a toda acción interpretativa”.

4. El texto y su proceso de creación, la escritura, actúa como fijador del discurso (Cárcamo, 2005). Quién interpreta, accede a lo interpretado a través del texto escrito del autor original, es decir, la consultante. En este punto las notas de sesión cobran relevancia, ya que, al ser los registros escritos del proceso terapéutico, se configuran como la primera interpretación del hermenauta, al momento de su redacción, fijándolas para su posterior análisis y re-interpretación.

5. La naturaleza del análisis hermenéutico es dialógicamente abierta. En este caso, se retorna a las narrativas, dominios de existencia y problemáticas del sujeto de estudio (registradas en las notas de sesión), cuantas veces fuera necesario, buscando cada vez más una mayor comprensión, por ende, un relato interpretativo cada vez más completo. La comprensión inicial se va refinando y corrigiendo en el acto de interpretar, dando paso a nuevas preguntas que solo pueden ser respondidas al regresar a los acontecimientos ya revisados. Esto quiere decir que, el sentido de una interpretación es infinito, nunca acaba y siempre está sujeto a cambios. En palabras de Gadamer (1988) el proceso de análisis hermenéutico está en permanente apertura, producto de la actividad re-interpretativa de la que es fruto.

Revisadas las declaraciones centrales, que rigen la perspectiva hermenéutica de esta tesis, se procede a presentar el modelo interpretativo que dirige y posiciona las interpretaciones del proceso terapéutico y que posibilita el análisis de los datos que emergen de éste. En consecuencia, se configura como el marco conceptual desde donde se desarrolla el acto interpretativo.

5.1 La hermenéutica analógica

La hermenéutica analógica fue propuesta por el filósofo mexicano Mauricio Beuchot. En ella, se expone la siguiente noción: existen tres elementos que confluyen en el acto

hermenéutico: el autor, el lector y donde ambos convergen, el texto (Beuchot, 2002). Esta propuesta, busca disminuir la tensión que se sostiene en el abordaje hermenéutico actual, en donde existe una posición unívoca, en extremo rígida y pretenciosa; y una posición equívoca, demasiado abierta y liviana. Su intención es desentramar la dicotomía existente entre estos dos extremos, a través de la triada mencionada. Este tipo de análisis, es capaz agrupar y coordinar diversas interpretaciones de un texto por lo que tienen en relación, buscando el común denominador de estas, a pesar de las diferencias que contienen. A su vez, esta distinción, atiende a las diferencias y, sacando provecho de esta estructura -autor, lector, texto- nos ayuda a disponer las interpretaciones de un texto de manera ordenada, según su mayor o menor adecuación al significado del texto. En consecuencia, la Hermenéutica analógica se configura como una síntesis dialógica mediadora, capaz de dar sustento a la red interpretativa (Beuchot, 2015).

Al referirnos al proceso psicoterapéutico en sí, podemos trasladar estos elementos a sus actores, de manera tal que el autor, que es quien posibilita la emergencia de un texto, sería el sistema consultante. Lo anterior refiere a quien consulta, relata elementos, que desde su conocimiento y autoría, definen su genograma y biografía.

El texto, que se configura a través de los elementos escritos (notas de sesión) más todos aquellos elementos que están encubiertos por sobre los enunciados y la palabra como los actuados o hablados, se transforman en las narrativas. En este sentido, la co-construcción de los problemas psicológicos esquematizados desde la ontología de la TSCN con su triada inseparable XYZ, se configuran como el texto a revisar y analizar.

Finalmente el lector, quién a medida que lee, interpreta una y otra vez buscando la comprensión, será el terapeuta, el cual tiene como misión realizar el análisis de los datos arrojados en el transcurso del proceso psicoterapéutico. Lo anterior, con la intención de disolver emociones displacenteras, buscando la transformación de narrativas y explicaciones en donde exista dolor en la vida de quién consulta, desde su propio acto hermenéutico al revisar y leer el texto.

Estos tres elementos -autor, lector y texto-confluyen en un escenario con características únicas e irrepetibles: el contexto psicoterapéutico. Lo importante, es que el acto interpretativo sitúa al texto en su contexto; en este caso tanto autor como lector, lo configuran (Beuchot, 2016). Este contexto, dependiendo de la finalidad e intención que se le quiera dar (pedagógica, terapéutica, entre otros), se comprende de manera colectiva, como las redes de significados socioculturalmente consensuadas, o bien, de manera individual, como los aspectos psicológicos de un individuo, es decir, sus dominios de existencia. Por consiguiente, existe un contexto para aquel que formula un texto o narrativa (consultante) como para aquel que realiza acto interpretativo a posteriori (terapeuta).

Es fundamental aclarar que quién interpreta (terapeuta) también es autor. Esto ocurre, debido a que participa en la generación de narrativas. A su vez, el sistema consultante, también puede ser lector, ya que interpreta también significados que emergen de este escenario. No obstante, esta perspectiva no representa la co-construcción de significados que caracteriza el proceso psicoterapéutico de la TSCN, sino que, como se ha señalado con anterioridad, solo representa una dirección en la cual el hermeneuta, realiza el acto interpretativo o análisis de datos, en el proceso psicoterapéutico.

Para finalizar, y como se ha declarado con anterioridad, la red interpretativa que se configura, no busca una explicación causal entre autor, lector y texto; sino que, por el contrario, presenta las relaciones interpretativas entre los componentes o miembros de un sistema relacional, permitiendo la re-interpretación constante, característico de un esquema dialógicamente abierto y en movimiento.

por el sistema consultante. A su vez el respeto por la multiculturalidad, nivel socioeconómico e identidad de género, entre otros, se describe como elemento fundamental del quehacer psicológico ético. El secreto profesional y los ajustes para posteriores estudios que se puedan hacer con la información recolectada a través de la relación especialista -paciente, deben ser declarados y establecidos, considerando el acuerdo de las personas que reciben atención psicológica.

Estos elementos, dan cuenta de la competencia profesional con la que debe contar un psicólogo como profesional de salud mental; con responsabilidad social y respeto, tanto para su red de atención local, como para la comunidad científica de la que forma parte, en vías del bienestar de las personas y la sociedad en la que habita.

Cuando a ética se refiere, en el actuar profesional de este trabajo, existen otros criterios, además de los mencionados por el código profesional de psicólogos, que ayudan a salvaguardar el proceso metodológico de este trabajo. Tal es el caso, de los 3 principios propuestos por González-Rey (2000) citado en González (2002), en los cuales se sustenta el posicionamiento cualitativo y que robustecen los aspectos éticos y metodológicos de esta investigación:

1. “El conocimiento es una producción constructiva e interpretativa; no es una suma de hechos definidos por constataciones inmediatas del momento empírico” (González, 2002). Desde este principio, se da cuenta de la complejidad que conlleva la interpretación; es decir, el conocimiento producido por una investigación es el sentido que como intérpretes referimos al fenómeno estudiado de manera global, no como parcela de información aislada del fenómeno en sí.

2. “El proceso de producción de conocimiento en la psicología y ciencias sociales es interactivo” (González, 2002). Desde acá, es posible admitir que las características relacionales e interactivas entre quién investiga y lo que se investiga, son fundamentales en la producción del conocimiento. En este sentido, la investigación es un proceso que es capaz de aprehender los imprevistos que se suscitan en los sistemas de interacción y humana; los cuales se manifiestan en el lenguaje y emocionalidad de las narrativas imperantes en proceso de comunicación.

3. “La significación de la singularidad tiene un nivel legítimo en la producción de conocimiento” (González, 2002). Lo particular, es el centro de la investigación cualitativa; es decir, ésta no se valida por la cantidad de sujetos estudiados, sino que más bien, la experiencia individual de un caso, es la que otorga sentido y significa al conocimiento, sin la imperante necesidad de ser replicado. El conocimiento será legítimo entonces, desde la construcción de las necesidades específicas de la investigación.

Para finalizar y en vías del cumplimiento de las guías éticas declaradas en este trabajo, se firma un contrato terapéutico, en cual se declaran los acuerdos y compromisos entre los participantes del proceso. Este documento se puede apreciar en el apartado anexo (ver anexo 1). Asimismo, la consultante otorga su consentimiento para la participación del estudio y presentación de su caso a través de un consentimiento informado para la presentación y descripción de un estudio de caso clínico (ver anexo 2). Es importante mencionar que tanto estos documentos, como la comunicación existente a través de correo electrónico entre terapeuta y consultante, han sido modificados ocultando la identidad de la consultante en vías de su confidencialidad en los datos recogidos. (Ver anexo 5 y anexo 8). De la misma manera se cambió el nombre de la consultante por D. en vías de resguardar su privacidad en la descripción de este estudio de caso

7. Estudio de caso desde la TSCN

A continuación, se presentará el caso clínico de D., mediante las normas de redacción para casos clínicos adaptadas de Buena-Casal y Sierra (2002).

El proceso psicoterapéutico se lleva a cabo en 6 sesiones que se sostienen de manera quincenal, con una duración de aproximadamente una hora, en el contexto del programa de atención psicológica abierto a la comunidad de la Fundación Educacional N.S.G.. Este proceso, se lleva a cabo en las dependencias del establecimiento educativo, perteneciente a una comuna de la zona norte de la Región Metropolitana.

El desarrollo será presentado y estructurado en función de los problemas psicológicos co-construidos en las sesiones trabajadas mediante la TSCN y su esquema XYZ. En anexos es posible visualizar en profundidad el detalle de lo realizado sesión a sesión (ver anexo 3).

V.DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

1. Identificación de la consultante

D. es una mujer de 18 años, que se encuentra finalizando su último año de enseñanza media, en la en un liceo particular subvencionado perteneciente a una congregación religiosa de una comuna en la zona norte de la Región Metropolitana. Ha residido toda su vida en la misma comuna, así como también ha asistido al mismo establecimiento durante toda su historia escolar., es el único al que ha pertenecido. Dentro de sus pasatiempos e intereses, se encuentran la pintura, la música y en general, todas las expresiones artísticas. A su vez, le gusta la lectura relacionada con la metafísica y gusta de las excursiones al aire libre, las cuales comúnmente realiza acompañada por su perro “G”. Ha trabajado de manera esporádica como promotora, en algunos supermercados de su comuna, sin embargo, refiere que el principal sustento económico viene del trabajo de su madre.

D, es soltera, y manifiesta que ha tenido dificultades para sostener relaciones amorosas, tanto por restricciones de su madre, como por su personalidad, la que rotula de “inestable emocionalmente”.

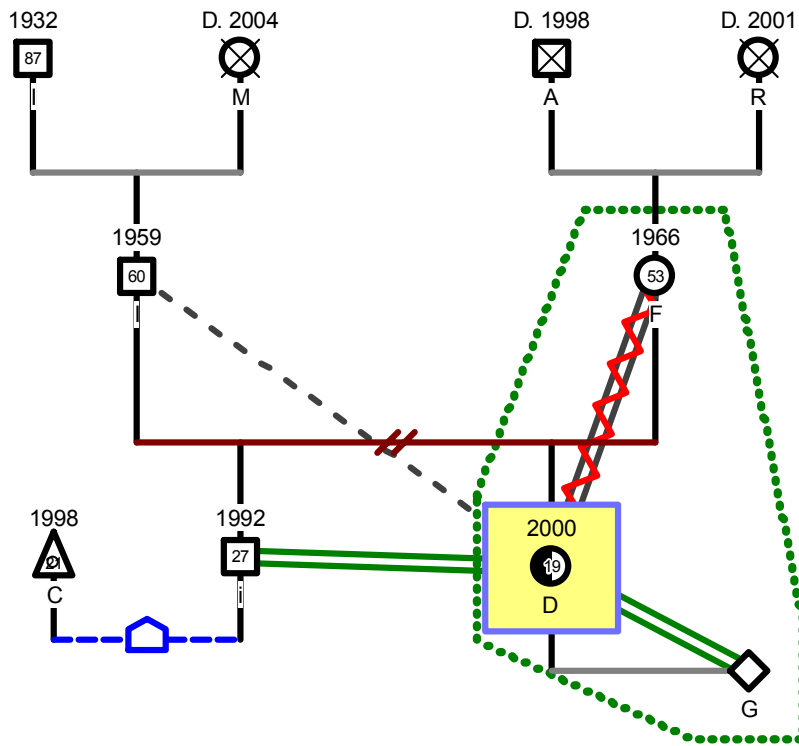
2. Antecedentes generales

La consultante proviene de una familiar nuclear, constituida por su padre I. (60) el cual trabaja en el rubro de transporte (camiones), su madre F. (53) quien se desempeña como administrativa del registro civil de su comuna y su hermano I. (23), quién actualmente trabaja con su padre en el mismo rubro. Sus padres se encuentran divorciados, desde que ella tiene cinco años. D. vive actualmente con su madre, menciona que ve a su padre esporádicamente, y que, desde los cinco hasta los quince años, éste se mantuvo ausente en términos generales hacia la familia. Cabe señalar que, a la fecha, la consultante relata que el padre se ha acercado cada vez más a la familia, que, en términos generales, no le guarda rencor por su “abandono familiar” y

comprende los motivos de su alejamiento, los cuales tienen que ver con la personalidad de su madre, a quien describe como “controladora y represiva”. A su vez, F. relata en entrevista inicial, la existencia de sintomatología bipolar por la parte la figura paterna de la consultante. En cuanto a su Hermano I., éste vive en su propio hogar, junto a su pareja C., la que actualmente se encuentra embarazada. En términos generales, D. manifiesta que mantiene una relación armónica con su hermano, y que está contenta por el hecho de ser tía.

Para efectos ilustrativos se adjunta genograma del sistema consultante:

Cuadro 3: Genograma Familiar



Durante fines del 2015, la consultante fue internada de manera involuntaria a modo de emergencia, en el Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, debido a un episodio de crisis ocurrido en su hogar, posterior a una discusión con su madre alrededor de las 21:30 horas de la noche. La discusión es descrita por la consultante como “una pelea fuerte, con gritos y mucha rabia”, originada por diferencias a la hora de salir a una junta con amigos. En este sentido D. narra lo siguiente :“mi mamá se iba a juntar con sus amigas , y yo quería hacer lo mismo con

unos amigos, pero no me quiso dar permiso; ahí partió todo, me empezó a sacar en cara que era floja, y que no le ayudaba en nada en la casa, y yo le dije que ella tampoco era un aporte y que también salía sin hacer las cosas en la casa, como dejar la ropa sin colgar o lavar los platos, de ahí me grita con furia que ella es la mamá y yo la hija, y se va dando un portazo". Posterior a este incidente, la consultante refiere que siente gran impotencia y que quiere desahogarse. Para ello ingiere 100 mg de Sertralina (recetada por psiquiatra particular tras una derivación psicológica sostenida en el mismo año), siendo el doble de la dosis sugerida por el profesional. Es importante señalar que, tanto D. como F. relatan en primera sesión, que no cuentan con antecedentes, diagnósticos, ni informes, que den cuenta del motivo de consulta de este primer acercamiento a profesionales de la salud mental. Al consultar a D. el porqué de su asistencia a intervención psicológica y psiquiátrica, señala lo siguiente: *"fui para darle el gusto a mi mamá, porque estaba teniendo atados en el colegio y peleaba mucho con ella, eso me ponía triste todo el día sin ganas de ir al colegio y con problemas para dormir"*. Sumado a la ingesta del fármaco mencionado, la consultante relata que camina hacia la despensa de su hogar en busca de alcohol y encuentra una botella de Cachaza, la cual comienza a ingerir desde la propia botella. D. narra que después de haber ingerido más de un cuarto de la botella (alrededor de 1 hora después de la discusión), comienza a destruir objetos y artefactos al interior de su hogar, lanzando una colección de piedras, propiedad de su madre, a los ventanales del inmueble y logrando destruir uno. Esta situación alerta a los vecinos y éstos se comunican con F. para que vuelva al domicilio y pueda tomar control de la situación, desde las palabras de la consultante. Una vez en el domicilio, F. decide internar a D, en contra de su voluntad, en el centro antes mencionado. Frente a lo anterior, la consultante describe problemas para recordar el episodio con exactitud, sin embargo, lo que sí recuerda es despertar en dicha institución psiquiátrica *"amarrada a una camilla"*. Como resultado de esta internación, la consultante es diagnosticada con Trastorno límite de la personalidad, adjuntando un tratamiento farmacológico del tipo Benzodiazepinas (Clonazepam) y siendo dada de alta posterior a 48 horas de hospitalización, al no presentar ideación suicida. Posterior a este episodio, en enero del 2016, existe una segunda internación sostenida en el mismo hospital psiquiátrico. Lo que genera dicho escenario, es descrito por la consultante como un episodio de alucinaciones auditivas y visuales, en el cual describe lo siguiente: *"estoy sola en mi pieza intentando quedarme dormida, miro la hora y son como las*

12:15 am, de pronto de la nada empiezo a escuchar unas voces, que no se entienden mucho, no son claras, pero me dan miedo, siento como que me quieren perseguir por algo, de ahí me miro las manos y veo sangre, ahí ya no aguanté más el susto, me desesperé y me puse a gritar y llegó mi mamá; de ahí me trató de calmar y le pedí que me llevara al hospital". Como consecuencia de este episodio y su respectiva internación, la consultante es diagnosticada con Trastorno Esquizoafectivo, adjuntándose un nuevo tratamiento farmacológico del tipo antipsicóticos (Aripiprazol) y siendo dada de alta posterior a 72 horas de hospitalización. Finalmente existe un tercer episodio problemático en la biografía de la consultante, ocurrida en junio del 2016, el cual tiene como escenario su casa y en específico su habitación. En éste, la consultante refiere lo siguiente: *"me despierto de un salto no sé por qué, miró la hora son las 4:00 a.m., no se escucha bulla pero me viene esa sensación de miedo que ya conozco, miró hacia la puerta de mi pieza y veo a un niño de ojos claros grandes y pelo negro, que no dice nada, solo me mira como queriendo hipnotizarme, y lo logra por qué no puedo hablar ni moverme, su mirada me paraliza*". La consultante refiere un profundo miedo frente a la situación descrita, que solo se disuelve, una vez que *"la alucinación desaparece"*. Al preguntar a D. *¿Cómo es el miedo que siente? o ¿Por qué este escenario le provoca miedo?*, manifiesta lo siguiente: *"el niño es aterrador porque es demasiado real, y yo ya no sé si estas cosas las sueño, son verdad o es algo que me pasa a mí por los cortocircuitos que hace mi cerebro, lo que me da más miedo es que no encuentro una explicación lógica para lo que me pasa"*. Posterior al episodio descrito, la consultante relata que intenta conciliar el sueño, sin decirle nada a su madre para no preocuparla, fracasando en su intento de dormir. Al respecto, señala lo siguiente : *"miro el reloj de nuevo y ya son las 5:30 a.m., no sé si estoy dormida o no , creo que no y comienzo a escuchar una voz femenina que me dice "quema la casa", de repente estoy en la cocina con una caja de fósforos en la mano, sin saber cómo llegué ahí , no prendo ni uno, pero la tengo en la mano, en ese momento mi mamá me ve porque ya se había levantado para ir a trabajar, y me mira y grita, totalmente asustada. Le cuento lo que me pasó y me dice que vayamos a otro hospital y le digo que sí"*. Lo anterior moviliza a D. y F. hacia el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en donde es internada nuevamente, teniendo como resultado un nuevo diagnóstico a su problemática definido como: Trastorno Afectivo-Bipolar con episodio depresivo psicótico. Este nuevo diagnóstico, implica un nuevo tratamiento farmacológico del tipo estabilizador del ánimo, para tratar los

episodios de manía y depresivos (Litio) y Oxcarbamazepina, con escasa respuesta desde lo desprendido en Epicrisis (ver anexo 4). Cabe señalar que el tratamiento farmacológico, se fue adjuntando a medida que sucedieron las internaciones, por lo cual los fármacos administrados como tratamiento, fueron complementarios y consumidos por D. de manera conjunta.

3. Análisis del motivo de Consulta

La consultante solicita atención psicológica en el programa de atención terapéutica, abierto a la comunidad perteneciente a la misma fundación del establecimiento educacional en el que D. estudia, de manera voluntaria y acompañada por su madre. Cabe señalar que, al ser ambas instituciones educativas, parte de congregaciones religiosas similares, existe comunicación entre ellas acerca de programas y actividades extracurriculares que se facilitan a la comunidad.

El motivo de consulta que, desde la TSCN, se configura como queja, se debe a los siguientes aspectos señalados por la consultante: en primer lugar, dificultades para conciliar el sueño que le producen insomnio. En segundo lugar, una sensación de vacío e inexplicación frente a lo que emerge en su vida; es decir, las alucinaciones y episodios en los cuales destruye cosas. La consultante refiere en sus palabras lo siguiente *“me siento sumergida en un hoyo sin salida y sin explicación para mi comportamiento anormal”*. Es por esta razón, que solicita ayuda profesional terapéutica, lo que en sus palabras le podría ayudar a *“entender los enredos mentales que me hacen cortocircuitos en la mente y que no me dejan descansar”*. Por consiguiente, la queja de la consultante se centra en las siguientes narrativas principales: *“una parte de mi cerebro me juega malas pasadas”*, *“estoy resignada a no tener control sobre lo que me pasa”* y *“soy un peligro para mi persona”*.

4. Historia del Problema

El por qué ahora (Z) de la ecuación TSCN, que invita a la consultante a solicitar apoyo psicoterapéutico, se remonta hacia 4 semanas atrás en dónde sucede la última internación psiquiátrica declarada en apartado de antecedentes generales. En esta situación, la Dra. Psiquiatra tratante, solicita una derivación psicológica para el abordaje de este caso. Tras este hecho, y al conversarlo con su madre, D. sostiene que *“tiene desórdenes mentales que le traen problemas con su madre y en su colegio”*, provocándole una sensación de angustia, al no saber realmente como abordar esta situación y mejorarla. Es importante señalar que, la madre de la consultante F., manifiesta también emociones asociadas a la desesperanza y desesperación de no saber cómo ayudar a su hija.

Sin embargo, para comprender cómo fueron emergiendo las narrativas asociadas al problema en la historia de vida de la consultante, es importante aclarar lo siguiente: tanto madre como hija, señalan que no se sienten satisfechas con las explicaciones sostenidas desde los distintos profesionales de la salud mental, que han intervenido previamente en este caso. Lo que ha traído como consecuencia que, hasta ahora, sea interpretado como “inútil” cualquier tratamiento, ya sea farmacológico y/o terapéutico, en vías de una mejora en la sintomatología referida hasta el momento. A su vez, el hecho de que, no exista consenso en los diferentes diagnósticos psiquiátricos, para definir el problema que emerge en la vida de D., ha producido aun mayor confusión y frustración al no saber con claridad qué es lo que está perturbando la vida de la consultante y sus narrativas, produciendo dolor, angustia y, en consecuencia, conflictos en las redes de significados o dominios de existencia madre/hija y estudiante/colegio. Específicamente en el primero, la consultante refiere *“estoy haciendo sufrir a mi madre por las cosas que me pasan”*. En el segundo, D. sostiene que no existe cabida en su colegio, debido a su postura “religiosa y restrictiva”, para hablar con alguien acerca de lo que le sucede; ni siquiera con sus compañeros y compañeras de clase. Al preguntarle si en alguna ocasión ha intentado dialogarlo con algún agente significativo de su establecimiento educativo, D. señala que la única vez que lo comentó con sus compañeras, a posteriori del último evento de internación, fue tratada como *“un bicho raro”* y *“una enferma”* por su grupo de pares, y que además a través de

esto, “*se generó cahuín*” entre los apoderados de su curso. Esto hecho, repercutió en la relación con su madre, la cual fue tildada de “*negligente*” en una reunión de curso, por el resto de los padres y apoderados de su curso.

De tal manera, los eventos desencadenantes del problema y las narrativas asociadas a éste, se configuran prioritariamente como una red de significados dominantes que perturban la identidad de D. no permitiéndole definirse a sí misma como una persona “normal” en sus propias palabras. En vías de la comprensión desde la TSCN, el problema de la consultante se aloja en el dominio de existencia social locura/normalidad.

5. Análisis y descripción de las conductas problema

Desde la TSCN y su esquema XYZ, no se busca rotular las acciones o conductas del sistema consultante como problemáticas, sino más bien aquellas narrativas en las cuales habita el dolor; es decir, aquellos significados (X) asociados al sufrimiento en los problemas que se co-construyen en el proceso terapéutico. Estos significados, conllevan a emociones (Y) displacenteras, desesperanzadoras y agobiantes, que no permiten que el dolor sea liberado de su relato. Sin embargo, el reconocimiento de estas, otorga el marco explicativo del problema en cuestión. Para D. dichas emociones son las siguientes: rabia, miedo, culpa y angustia. Cada emoción y su respectivo marco explicativo, es gatillada por un evento excepcional (Z), que se da en un contexto particular, sea este terapéutico o no, el cual posibilita tanto para el terapeuta como la consultante, una mayor comprensión de la queja.

Referido esto, se procede a exponer la co-construcción de cada uno de los problemas psicológicos trabajados en base a lo propuesto por la triada de la TSCN, lo que se configura como base y guía en la definición posterior de las metas del proceso terapéutico:

Problema XYZ 1

Dominio de existencia social locura/normalidad

X (explicación) “No puedo controlar las voces que me dicen que haga cosas malas”

Y (emoción) Angustia

Z ¿Por qué ahora?: Derivación psiquiátrica por alucinaciones en última internación.

Problema XYZ2

Dominio de existencia individual locura/normalidad

X (explicación) “Hice lo que algunas voces me pidieron, sabiendo que estaba mal”

Y (emoción) Miedo

Z ¿Por qué ahora?: Escritura en la pared de su pieza con tempera por mandato de las voces “no te salvarás”.

Problema XYZ3

Dominio de existencia estudiante

X (explicación) “no encajo en esta sociedad”

Y (emoción) Rabia

Z ¿Por qué ahora? Episodios de gritos, autoagresiones y destrucción de objetos en el hogar, después de charla vocacional en el colegio.

Problema XYZ4

Dominio de existencia diagnósticos psiquiátricos

X (explicación) “por qué cuando estoy mal, las voces me dicen cosas malas en vez de decirme cosas buenas”

Y (emoción)	Culpa/miedo
Z ¿Por qué ahora?	Episodio de pensamientos recurrentes sobre las malas intenciones de las voces, al encontrarse sola en casa, desde la salida del colegio hasta la medianoche, que es cuando llega la madre.

6. Establecimiento de las metas del tratamiento

Las metas en el abordaje terapéutico de este estudio de caso, son co-construcciones inspiradas en propiciar nuevas narrativas alejadas del dolor para la consultante; es decir que, a través de brindar otra óptica para reflexionar sobre su propio sistema de creencias y redes de significados asociados a la locura, y en consecuencia a los diagnósticos psiquiátricos desde los cuales ha sido categorizada, encuentre alivio, validación y aceptación. Sin embargo, para poder configurar estas narrativas con mejor forma para la consultante, es necesario deconstruirlas narrativas asociadas a los rótulos psiquiátricos, en los cuales D., no ha encontrado alivio, sino muy por el contrario, ha perdido la esperanza de comprenderse, produciéndole una sensación de vacío e incompreensión. Para ello, y en congruencia con el modelo, es que el foco de intervención se centra en disolver las emociones de culpa, miedo, rabia y angustia que emergen en los eventos, narrativas y dominios de existencia descritas en el apartado anterior a través del esquema terapéutico XYZ.

Es fundamental considerar que en esta co-construcción de las metas, el terapeuta no asume, ni da por sentado “que sabe” lo que el dolor significa para D.; es decir, desde su curiosidad y capacidad de plantear interrogantes, dirige los lineamientos terapéuticos hacia preguntas que inviten a la reflexión constante de D., sobre sí misma y su manera de definirse.

A continuación, se detallan los objetivos terapéuticos en concordancia con las problemáticas presentadas sesión a sesión:

Problema XYZ1: “porque estoy loca, tengo problemas con mi mamá y en el colegio”

Objetivo:

- De-construir las narrativas asociadas a la locura como patología, en vías de construir explicaciones que permitan posibilidades de acción más adaptativas a los contextos y dominios de existencia donde emergen, desde la re-significación personal y preferida para el sistema consultante.

Problema XYZ2: “no tengo control sobre las voces que me dicen que haga cosas malas; me paraliza e intento luchar, pero ellas son más fuertes que yo”.

Objetivos:

- Identificar recursos que puedan emerger en el espacio terapéutico, enriqueciendo puntuaciones y relatos distintos hasta los que ahora, ha habitado en el problema.
- Ofrecer un espacio conversacional para la emergencia de las voces, desde un escenario distinto al que usualmente aparecen.

Problema XYZ3: “en el colegio nadie me entiende y me aíslan”

Objetivos:

- Validar la emergencia de las emociones consideradas negativas como la rabia, como algo inherente a los seres humanos.
- Permitir la posibilidad de la expresión de esta rabia, a través de la co-construcción de acciones que no sean agresivas, destructivas, ni invalidantes para la experiencia de vida de la consultante.

Problema XYZ4: “Quiero que las voces, también me digan cosas positivas”

Objetivos:

- De-construir el significado del consultante con diagnóstico psiquiátrico como una persona más peligrosa que una que no está diagnosticada.
- Co-construir narrativas alternativas, que inviten a la comprensión de que no todo sufrimiento humano, tiene por consecuencia un diagnóstico psiquiátrico.
- Indagar en experiencias, pasajes y significados de la biografía del sistema consultante, en los cuales sus dominios de existencia de la locura, no se asocien al sufrimiento y desadaptación.

Objetivo transversal

- Dar testimonio de la historia de cambio terapéutico y su resignificación del problema psicológico, a través de la co-construcción de un rito de pasaje, como elemento catalizador del proceso terapéutico.

7. Selección del tratamiento más indicado

El posicionamiento onto-epistemológico que rige las acciones versadas en esta tesis; es decir, los lineamientos del abordaje terapéutico y sus intervenciones, es la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. Esta forma de reflexionar acerca de la psicoterapia en sí, permite profundizar en lo particular del caso de D., de manera respetuosa, genuina, sin atraparse en la definición de enfermedad mental caracterizada por el modelo médico psiquiatra y sus diagnósticos; que solo ha conseguido que el sistema consultante sienta desesperanza, culpa, miedo, rabia y angustia por ser quién está siendo, tanto para sí, como en sus relaciones con los otros, con los que comparte en su cotidianeidad. Es a partir de esta libertad que ofrece el modelo, que se puede realmente curiosear de manera responsable en el mundo de significados del otro, generando preguntas desde el “no saber”, intentando suspender supuestos y tratando de no

adivinar los significados de quienes consultan. Tal giro-ontoepestemológico en la concepción del dolor humano y sus consecuencias, permite la elección de la TSCN como el modelo más adecuado para el trabajo con la consultante; ya que invita a entender el proceso terapéutico de forma dinámica, en constante construcción y de forma emergente, permitiendo visualizar una dirección clara, sin los límites de un espacio conversacional determinado a priori, por las características de los participantes.

Otras de las libertades que sustentan a la TSCN y le otorga idoneidad al abordaje de este caso, es que invita a descartar la creencia de una sola respuesta o solución a la problemática de la consultante, permitiendo la posibilidad de múltiples respuestas. Este movimiento genera aceptación, y radica en el hecho que lo que se busca no es cambiar al otro desde un juicio experto como la voz de poder del profesional de la salud mental, sino más bien abrir puertas a la reflexión sobre el propio sistema de creencias de la consultante.

Para la TSCN, no solo es importante la reflexión de los significados y creencias que emergen en proceso terapéutico para quien consulta, sino que también define la importancia de la aceptación por parte del terapeuta, que en su praxis, es movido por su propio sistema de creencias y significados. Es en este sentido, el modelo acepta la utilización de distintas técnicas y estrategias de intervención, independiente de la corriente terapéutica de donde vengan. Lo importante, es que lo que sea utilizado para intervenir, tenga sentido para todos los actores que configuran el proceso terapéutico. Este acercamiento, lejos de ser un obstáculo en términos de “objetividad y neutralidad” del operar terapéutico, es visto como un recurso práctico, permitiendo la innovación y utilización creativa de estrategias y conocimientos por parte del terapeuta, en concordancia con los recursos e intereses del sistema consultante. Tal es el caso, de la utilización de la práctica narrativa rito de pasaje, como elemento catalizador del en el proceso terapéutico de este trabajo.

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

Resaltada la importancia del lenguaje, sus narrativas, redes de significados y creencias que emergen junto a él, así como la intención de mantener coherencia con los sustentos onto-epistemológicos que rigen esta tesis, es que la evaluación de los resultados se centra en las narrativas, significados y creencias propias que emergen en el sistema consultante. Por consiguiente, se realiza una evaluación comparativa entre las narrativas existentes previas al proceso terapéutico, y las narrativas co-creadas a posteriori de la terapia. Esto no quiere decir que la transformación de las narrativas generadas durante el proceso, no tengan relevancia, sino por el contrario, el espacio entre y desde las sesiones, sirve también como medio evaluativo de los resultados, de los cambios que surgen, en torno a las explicaciones co-construidas de los cuatro problemas planteados en este trabajo, así como el cambio en los relatos de la emoción a la base de cada explicación.

9. Aplicación del tratamiento

El proceso terapéutico, llevado a cabo en conjunto con D., se realizó en seis sesiones más una de seguimiento. Los encuentros tuvieron lugar en el box de atención psicológica abierto a la comunidad, dispuesto por la Fundación Educacional N.S.G con una duración aproximada de sesenta minutos cada uno y con una frecuencia quincenal.

Tal como se señaló con anterioridad, la presentación de la intervención estará guiada por los problemas psicológicos co-construidos (XYZ, dominio de existencia e intervención). El detalle de dichas sesiones puede verse en anexos (ver anexo 4).

Problema XYZ 1

Dominio de existencia social locura/normalidad

X (explicación) “no puedo controlar las voces que me dicen que haga *cosas malas*”

Y (emoción) Angustia

Z ¿Por qué ahora? Derivación psiquiátrica por alucinaciones en última internación.

Objetivo

- De-construir las narrativas asociadas a la locura como patología, en vías de construir explicaciones que permitan posibilidades de acción más adaptativas a los contextos y dominios de existencia donde emergen, desde la re-significación personal y preferida para el sistema consultante.
- Intervención

La queja inicial que emerge como el motivo de consulta, se desarrolla en torno a la narrativa “*porque estoy loca, tengo problemas con mi mamá y en el colegio*”. Esta narrativa, configura el primer problema trabajable, y lo que, por ende, reflejará de mejor manera el dolor atrapado en su relato. Este dolor se manifiesta con la emoción angustia, por el hecho de sentir que la locura es algo le hace ser una persona desadaptada socialmente, incapaz de sostener relaciones armónicas, ya que escucha voces que la configuran como una persona mala. Por consiguiente, se pretende generar un cambio en la explicación: “*no puedo controlar las voces que me dicen que haga cosas malas*”, que genera angustia a D., por una nueva narrativa: “*no es necesario estar loca y escuchar voces, para querer dañar a otros o a una misma*”, la cual se co-construye en el primer acercamiento terapéutico, mostrándose como una nueva red de significados “una resignificación de la locura” que disuelve la angustia, al reflexionar sobre la maldad, como un elemento que puede habitar en un ser humano, sin la necesidad de escuchar voces o ser considerado como alguien con desórdenes mentales.

La intervención propiamente tal, emerge sobre la reflexión conversacional acerca de los significados, escenarios y personajes, desde los que D. ha configurado que su pensar de manera diferente la categoriza como una persona con desórdenes mentales y, en consecuencia, loca. Preguntas tales como ¿qué acciones o situaciones han hecho que usted se considere como una persona loca?, ¿quién le ha dicho que usted está loca?, ¿dónde lo ha escuchado?, ¿cómo definiría en sus propios términos a una persona que está loca? dirigen la deriva conversacional. A través de este ejercicio, la consultante logra reflexionar y comprender que lo que conoce de la locura, ha sido lo que los médicos psiquiátricos tratantes le han manifestado desde sus conocimientos y experiencias profesionales. En este sentido, al situar la locura a su caso, D. se siente confundida, dado que, en sus tres internaciones psiquiátricas, el equipo de profesionales tratantes, no ha llegado a un consenso acerca de su sintomatología y signos, por lo cual se han emitido tres rótulos de trastornos mentales diferentes, para su problema.

En este ejercicio, se co-construye una nueva posibilidad, de comprender a la locura, como algo subjetivo, que incluso difiere entre los mismos profesionales que la suscriben, no siendo precisos en una terminología uniforme y precisa que responda a su dolor y angustia. Esta narrativa busca reflexiones como *¿la locura será un producto fabricado para meter en el mismo saco a las personas que piensan distinto, y señalan un desafío para la sociedad?* En este sentido se deconstruye junto a D., aquellos relatos asociados a la locura como algo “malo” y se configura una nueva posibilidad como “diferente”. Para esto, fue fundamental recoger intereses y recursos con los que la consultante constase. El terapeuta mediante una exploración curiosa intenta encontrar recursos, formulando las siguientes interrogantes: ¿qué actividades o pasatiempos le gusta realizar? ¿Existe algún conocimiento específico que sea de su interés?, ¿existe algún personaje famoso que sea de su agrado que también haya sido considerado loca o loco por su sociedad? ¿Qué caracterizaba la locura de estos personajes? Desde estas preguntas, emergen narrativas asociadas a los intereses de la consultante, como su gusto por las artes y la cultura, con énfasis en la pintura y el cine. Desde este nuevo escenario conversacional, empiezan a surgir nuevas narrativas que puntúan a la locura, desde un escenario con explicaciones distintas, alejadas de la maldad y la angustia, permitiendo incluso ver en la locura un aporte al conocimiento. Ejemplo de esto es la respuesta de la consultante acerca de las interrogantes

planteadas, configurándose desde sus términos la siguiente metáfora: “*Salvador Dalí, era considerado un loco para sociedad de su tiempo, pero al mismo tiempo fue un aporte gigante a la cultura; a mí también me gustaría que me vieran como un aporte a esta sociedad, sin que la gente menosprecie o me tilde de mala o peligrosa por lo que me pasa*”.

A través de la reflexión dialógica y preguntas curiosas, interesadas en la identificación de recursos personales y puntuaciones alternativas al dolor, sostenidas en el espacio terapéutico, se logra deconstruir la narrativa de la locura puntuada “como algo malo”, convirtiéndola incluso en un recurso que pudiera hacer que “lo diferente pueda ser considerado como un aporte al conocimiento”, disolviendo la angustia de ser incomprendida.

Problema XYZ2

Dominio de existencia individual locura/normalidad

X (explicación) “hice lo que las voces me pidieron sabiendo que estaba *mal*”

Y (emoción) Miedo

Z ¿Por qué ahora? Escritura en la en la pared de la pieza con tempera por mandato de las voces “no te salvarás”

Objetivos:

- Identificar recursos que puedan emerger en el espacio terapéutico, enriqueciendo puntuaciones y relatos distintos hasta los que ahora, ha habitado en el problema.
- Ofrecer un espacio conversacional para la emergencia de las voces, desde un escenario distinto al que usualmente aparecen.

Intervención

Posterior de la resignificación de la locura co-construida en el primer problema, que fue capaz de disolver la angustia que habitaba en el dominio social de la locura para D., emerge la narrativa que atrapa al problema en la siguiente queja “*no tengo control sobre las voces que me dicen que haga cosas malas; me paralizó e intento luchar, pero ellas son más fuertes que yo*”. Desde acá, el devenir conversacional se torna hacia las siguientes interrogantes para hacer

trabajable el problema: ¿en qué escenario emergen las voces? ¿A qué hora? ¿Han aparecido en presencia de alguien más? ¿Alguna vez han manifestado una intención positiva? Cuando las voces han aparecido, la consultante siempre ha estado sola y solo han tenido cabida en su hogar por las noches, tanto en el living, cocina, como en su habitación y hasta ahora no se han manifestado con mensajes positivos para la consultante. Este último escenario, su pieza, es donde emergen las voces que le solicitan que raye su pared. Al no poder controlarlas, se expresa la emoción miedo, paralizándola sin posibilidad de dominio sobre estas.

Desde la TSCN, el recurso es fundamental para movilizar cualquier intervención terapéutica; y bien, a la luz de los resultados obtenidos en la primera sesión, se intenta disolver la narrativa de la maldad imperante en las voces, a través de la identificación de otros contextos, escenarios y personajes, en donde haya escuchado una voz ajena a ella, que la invite a hacer cosas agradables. En este ejercicio, D. relata que una de sus actividades favoritas es subir el cerro con su perro el G., en búsqueda de piedras que sean llamativas a sus ojos. En sus palabras *“me gusta coleccionar piedras, porque cuando las toco siento una energía especial de ellas, me producen alegría y las más potentes las siento como un escalofrío en el pecho, pero uno bueno; quizás es su voz interna que se comunica con la mía, su energía”*. En este sentido la consultante logra identificar que las voces negativas, emergen en momentos de soledad, y que las positivas, en compañía de un ser querido, realizando actividades que son placenteras. En estas últimas, D, señala que es primera vez que le cuenta alguien que conversa con las piedras, ya que podría ser tildada de loca por hacer este tipo de cosas. En sus palabras: *“la gente tiene un concepto errado de las piedras, como que no sirven para nada, y me gustaría que pudieran verlas y sentirlas como yo lo hago”*.

A través del giro discursivo en términos de bondad y maldad referente a las voces, es que surge la metáfora de “El lado oscuro de la fuerza y el lado luminoso de la fuerza”. Esta mirada, surge desde los intereses por la película “Star Wars”, de la que el sistema consultante se declara *“fanática”*, como así también de los intereses del terapeuta, el que declara conocedor de la historia de dicha saga cinematográfica. La fuerza, desde esta metáfora es un campo de energía metafísico y omnipresente creado por las cosas que existen, que da forma al universo y a todos sus componentes. Los jedís por su parte, son una orden guerrera capaz de controlar esta fuerza

para el bien del universo y así mantener la armonía. Por otro lado, existen algunos Jedi que han sido rebeldes, y que incluso han traicionado los postulados de la orden, llevando a la fuerza a un lado oscuro y siniestro, como es el caso de Darth Vader. La consultante extrapola esta metáfora a su vida con la analogía que las voces, son la fuerza que impera en ella. Cuando se siente sola y la invade el miedo, las voces se vuelven oscuras, sin embargo, cuando está en compañía de un ser querido como su perro “el G”, las voces se vuelven luminosas y agradables. Este ejercicio, le otorga una defensa a la emergencia de las voces negativas, disolviendo el miedo paralizante a través de la energía y compañía de su mascota, resignificado el “miedo y soledad” por “compañía y alegría” en la aparición de las voces. En este sentido emerge la siguiente nueva narrativa *“también las voces me han dicho cosas buenas y quizás si no fuera por ellas, nunca habría subido el cerro en búsqueda de piedras”*.

Al finalizar el trabajo sostenido en sesión para este problema, se invita a las voces al espacio terapéutico en una próxima sesión, con el fin de que puedan ser escuchadas en un espacio de confianza, respeto y curiosidad.

Cabe señalar que, desde esta intervención, en donde emergen intereses comunes en los participantes del espacio terapéutico (Metafísica, Star Wars, expediciones al aire libre), es que empieza a configurarse la idea de utilizar un ritual, como elemento facilitador del cambio terapéutico. No obstante, y en coherencia con el modelo descrito en este estudio, el cual busca que aquello que se realice como práctica e intervención, verse sobre el sistema de creencias de quién consulta, es que se pregunta a D. acerca de sus significados y referencias en lo que a ritual refiere, manifestando lo siguiente como respuesta: *“me gustan los rituales, porque de lo que he visto y leído, sirven para sacar los demonios de una persona o pasar de una etapa a otra en la vida, como de niño a adulto, y son celebraciones, eso me encanta”*. Desde esta narrativa, es que se rescata la importancia del recurso centrado en la persona y el diálogo, a la hora de poder generar una “estrategia” o “técnica específica” que tenga sentido para la consultante y por ende facilite en términos tradicionales “un buen pronóstico terapéutico”.

Problema XYZ 3

Dominio de existencia relacional estudiante

X (explicación) *“no encajo en esta sociedad”*

Y (emoción) Rabia

Z ¿Por qué ahora? Episodios de gritos, autoagresiones y destrucción de objetos en el hogar, después de charla vocacional en el colegio.

Objetivos

- Validar la emergencia de las emociones consideradas negativas como la rabia, como algo inherente a los seres humanos.
- Permitir la posibilidad de la expresión de esta rabia, a través de la co-construcción de acciones que no sean agresivas, destructivas, ni invalidantes para la experiencia de vida de la consultante.

Intervención

Posterior a la disolución de la angustia y el miedo, mediante la resignificación de la explicación a los problemas descritos con anterioridad, el tercer problema trabajable en conjunto con D., emerge en el escenario educativo, posterior a una charla vocacional, en donde la consultante siente rabia, por la postura de su colegio, frente a las nociones del deber ser que se le imponen para su futuro, al pertenecer a una comunidad católica. Esta rabia, es manifestada a través de la siguiente queja: *“en el colegio nadie me entiende y me aíslan”*. En esta narrativa, se vuelve a situar el dolor en la diferencia, viéndola como un escenario que invita a la soledad. Para lograr comprender la explicación *“no encajo en esta sociedad”*, se explora la red de significados asociadas al deber ser estudiantil a través de una declaración escrita que, de cuenta del sistema de creencias de la consultante, sobre lo que puede hacer una estudiante considerada distinta en esta sociedad. Esta práctica terapéutica invita a D. a reflexionar sobre lo que, para ella, desde sus propios términos, significa ser estudiante de último año de la enseñanza media; dando como resultado una nueva explicación: *“mi forma de mirar el mundo con otros ojos, me ayuda*

entender el arte en una forma que otros no pueden, eso es más importante para mí que ser como todo el resto". Esta nueva significación, desentrampa la molestia que habita en la primera narrativa, asociada al ajuste social en términos vocacionales. Con esto, la consultante valida y refuerza un nuevo dominio de existencia relacional estudiantil, donde en un espacio común, por ejemplo, el universitario en una carrera artística, comparta con otros que miran el mundo distinto, al igual que ella lo hace. Esta práctica puede verse en mayor detalle en Anexos (ver anexo 5). Por otro lado, se traza un nuevo camino conversacional, en el cual se busca en primera instancia co-construir una explicación a la rabia como algo inherente al ser humano, que debe ser expresado, pero intentando evitar que dicha expresión lleve a la violencia ya sea para sí, como para con otros. En este sentido, se invita a externalizar la rabia a través del dibujo, intentado que salga fuera del cuerpo, con algo menos nocivo que destruir objetos o hacerse daño. Este ejercicio, se puede ver en anexos (ver anexo 6).

Todos los problemas trabajados hasta ahora, se encontraban relacionados de alguna u otra forma, influían uno con otro, pese a no configurarse en los mismos dominios de existencia. De este modo, se ha disuelto la angustia, miedo y rabia que produce la locura y sus rótulos psiquiátricos en la biografía de la consultante, incorporando una puntuación con mayor alivio, cuando se contrasta la visión personal, frente a los discursos dominantes de la normalidad, en términos de salud mental. Evidencia de esto, es que al preguntar al sistema consultante, por la invitación hecha a las voces de participar del proceso terapéutico, narra que desde la última sesión no la han visitado, y que, por consiguiente, se ha sentido mejor consigo misma, mirándose cada vez más desde la aceptación.

Problema XYZ 4

- Dominio de existencia diagnósticos psiquiátricos

X (explicación) “por qué cuando estoy mal, las voces me dicen cosas *malas en vez de decirme cosas buenas*”

Y (emoción) Culpa/miedo

Z ¿Por qué ahora? Episodio de pensamientos recurrentes sobre las malas intenciones de las voces, al encontrarse sola en casa, desde la salida del colegio hasta la medianoche, que es cuando llega la madre.

Objetivos

- De-construir el significado del consultante con diagnóstico psiquiátrico como una persona más peligrosa que una que no está diagnosticada.
- Co-construir narrativas alternativas, que inviten a la comprensión de que no todo sufrimiento humano, tiene por consecuencia un diagnóstico psiquiátrico.
- Indagar en experiencias, pasajes y significados de la biografía del sistema consultante, en los cuales sus dominios de existencia de la locura, no se asocien al sufrimiento y desadaptación.

Intervención

Pese que hasta el momento no han vuelto a aparecer las voces, como se describe en el trabajo del problema anterior; emerge una nueva narrativa expresada en las emociones de culpa y miedo, por no encontrar en la validación de la locura hasta ahora trabajada, que las voces tengan la capacidad de generar un territorio más placentero. Esto debido que, hasta el momento, la consultante relata no tener control sobre estas. Sin embargo, está dispuesta a trabajar declarando la siguiente intención *“quiero que las voces, también me digan cosas positivas”*. En este sentido la intervención gira en torno a la búsqueda de excepciones al relato, es decir, reflexionar sobre escenarios, personajes, pasajes y narrativas, en donde el seguir sus voces, le haya movido a puntuar de manera positiva su experiencia. Lo anterior, surge de las siguientes interrogantes conversadas: ¿existe alguna historia en su vida, en la cual las voces le hayan dicho cosas positivas? ¿Ha estado sola o acompañada en la emergencia de estas? ¿Qué cosas le han dicho las voces en estas circunstancias? En esta deriva conversacional, aparecen nuevamente recursos e intereses propios del sistema consultante, donde es capaz de distinguir con entusiasmo y alegría una actividad en donde emergen voces positivas en compañía de su mascota. En sus palabras: *“cuando salgo a recolectar piedras con el G, siento como una energía positiva, y escucho en mi*

mente pensamientos buenos, cosas como lo voy a pasar bien, el G, es bacán y te quiere y como ese tipo de cosas, además como te conté antes, siento que puedo conversar con las piedras, con su energía". Esta identificación de territorios con mejor forma a la hora de puntuar a la locura, se configurará como una metáfora capaz de disolver la culpa y miedo en la emergencia de las voces para la consultante. Dicha metáfora co-construida se sostiene en el deseo de D. de querer transformar sus narrativas y puntuaciones de la locura, hacia significados preferidos distante al dolor que hasta ahora ha tenido que vivenciar. En sus palabras se define entonces una nueva narrativa: "la locura que invita a viajar". Esta metáfora, se configura como el primer elemento que caracterizará el cierre terapéutico de este caso, es decir, un rito de pasaje narrativo como experiencia ritual. Para ello, se invita al sistema consultante a realizar un "viaje a su locura", en búsqueda de piedras junto a su mascota, ya que en este escenario han surgido voces que se han manifestado como placenteras al permitirle sentir la energía de las piedras, o bien ha escuchado pensamientos y voces positivas al estar en compañía de su mascota en sus excursiones al cerro. Una vez en el lugar, D. debe invitar a las voces a que le ayuden en la elección de una piedra con buena energía capaz de ayudarle a tener control sobre ellas en primera instancia, definiéndose una nueva identidad, en donde en las voces no habite culpa y miedo, sino que, por el contrario, le acompañen y dirijan hacia territorios más placenteros. En esta elección D. debe declarar sus intenciones y deseos a la hora de sentir y conversar con la piedra, comprendiendo a sus voces como un fenómeno personal, que no debe ser definido ni por su colegio, ni por su familia, ni por los psiquiatras que le han diagnosticado; permitiendo un espacio liminal, en donde sea ella quién define el viaje al que la locura le invita a transitar, en sus propios términos, aquellos puntuados como preferidos. Una vez que D. realice este inicio del rito de pasaje, debe traer consigo a la próxima sesión la piedra escogida.

Co-construcción de amuleto a través de rito de pasaje narrativo.

Objetivo

- Dar testimonio de la historia de cambio terapéutico y los nuevos significados de la consultante mediante la co-construcción de un rito de pasaje, en el que se crea un amuleto, como cierre del proceso terapéutico.

Intervención

En esta sesión, D. comienza describiendo su experiencia al realizar el rito de pasaje. Este viaje comienza como una expedición con su perro G. al cerro que está al lado de su hogar. Este lugar, es especial para la consultante, debido a su tranquilidad y vegetación, por ello su elección. Una vez en el lugar, la consultante comienza invitando a las voces a su emergencia, para ayudarle en su recolección de la piedra a elegir. Al realizar esto, D. cierra los ojos y comienza a preguntarse lo siguiente: *¿qué sentido tiene mi locura? ¿Qué es lo que hace que éste loca?*, dando como resultado los significados asociados a la locura que conoce, es decir, sus diagnósticos psiquiátricos, “el no ser aceptada y aislada en su colegio por ser considerada anormal”, o bien “ser un problema para su familia”. En este ejercicio, la consultante narra que *“las voces que escuché, no eran mías, eran las voces de lo que me han dicho que tengo, pero ninguna era mía”*. Esta reflexión, se configura como la primera etapa del rito de pasaje, en donde D. logra darse cuenta, que lo que conoce de su problema, ha sido definido por otros con sus propios términos y significados, y no los propios. En este escenario la consultante relata que logra separarse del mundo social y familiar, dando como resultado: *“logré callar las voces que no son mías escuchando mi voz interior”*. Lo anterior abre camino a un espacio liminal en donde D. define, desde sus términos preferidos, la comprensión del dominio de existencia locura. Este “silencio de las otras voces”, ya no descansa en la explicación narrativa de que escuchar voces “sea algo anormal”, sino que, en este nuevo dominio de existencia, lo importante es la agencia sobre ellas, dirigiéndolas hacia lo que para D. y desde D. “sea importante escuchar”. Desde este nuevo escenario, la consultante comienza a recorrer el cerro en la búsqueda de su piedra, cuando de pronto sucede lo siguiente, referido en sus propias palabras: *“siento la energía de un árbol, lo miro es bonito, llamo al gringo y nos sentamos a descansar, casi me quedo dormida porque me sentí muy relajada, como en silencio absoluto, y ahí sin pensar, miro para el lado y veo que el gringo estaba escarbando en la tierra, y yo me puse a hacer lo mismo, en ese momento escucho una voz de mujer parecida a la mía que dice “estás bien”, y ahí escarbando la encontré”*. Al preguntar sobre las características de la piedra D. relata que esta fue escogida porque se ve reflejada en la piedra. En este sentido, la conversación gira hacia interrogantes acerca de las características de la piedra que definieron su elección; en ellas la consultante relata lo siguiente:

“me gusta la piedra porque tiene un lado en bruto como de cuarzo, y también tiene en una esquina como un furúnculo que la deforma, la piedra no es perfecta, es como yo, por eso la escogí”. En esta explicación D. logra validarse a sí misma, en un espacio en donde al igual que en la piedra, existe belleza y admiración desde las imperfecciones y defectos, desentramando el dolor que caracteriza en sus narrativas la diferencia o el pensamiento distinto. Desde acá, se comienza a realizar el proceso de reincorporación en el rito de pasaje hasta ahora descrito, el cual consiste en la co-construcción de un amuleto colgante confeccionado con la piedra elegida por la consultante. El propósito de éste, es acompañar a D. en su camino hacia la transformación de las voces oscuras, en voces más luminosas, incluyendo su propia voz como mandante en la decisiones y acciones que toma; permitiendo la emergencia desde una posición distinta hacia su propia definición de locura, generando nuevas narrativas, escenarios y libertades a la hora de dialogar, comprender y tomar el control sobre lo que sus voces le comuniquen. En esta etapa de cierre, D. declara la siguiente afirmación: *“sé que soy diferente, sé que soy distinta y muchas veces puedo ser considerada como una loca por esta sociedad, pero ya no me importa, lo que sí me importa es reconocer que algo dentro de mí está cambiando, me estoy mirando de manera distinta, me quiero más y acepto quien soy, porque yo soy la única experta en mí locura y me prometo a mí misma una transformación, acompañada de este amuleto que me encanta, que es tal como yo soy, una persona con defectos pero que tiene una energía positiva al igual que yo la tengo, y que me gustaría compartir con mi madre y con la gente que me rodea”*. Esta afirmación reconfigura el dominio de existencia locura tanto a nivel individual como social, presentándose como un escenario en donde lo considerado anormal o fuera de las normas sociales, ya no es doloroso, sino más bien es distintivo de las personas que son capaces de ver en algo mundano como una “piedra deforme”, belleza, tranquilidad y armonía. A su vez la co-construcción del amuleto en la sesión terapéutica como cierre del proceso, busca que D. logre tomar las riendas de sus voces, transformándolas en lo que para ella tenga sentido y quiera escuchar, de-construyendo la red de significados en las cuales habían habitado fuera de su control. De esta manera, la consultante ya no depende de otros como el terapeuta “que la miren con ojos de aceptación”, sino que es ella quién ha logrado transitar hacia un territorio más respetuoso y con mejor forma a la hora de referirse hacia sí misma. Este elemento catalizador del proceso de cierre (amuleto y piedra) puede verse gráficamente en anexos. (Ver anexo 7)

Sesión de alta terapéutica

Objetivos

- Monitorear los avances que emergen en la expresión de las nuevas narrativas asociadas al sistema de creencias y explicaciones que tiene para D. su locura, en vías de su agencia personal y alta terapéutica.
- Invitar a la retroalimentación de la experiencia rito de pasaje, como testimonio de cambio, a través de un correo electrónico que dé cuenta de su nueva identidad referente a los problemas trabajados; es decir, su reincorporación al mundo social y familiar desde esta transición.

Intervención

Se realizan preguntas asociadas a las nuevas experiencias de vida, relaciones interpersonales y percepción de su identidad, al realizar la experiencia ritual del rito de pasaje narrativo. En este giro conversacional, la consultante refiere la siguiente narrativa:

“me siento súper bien conmigo misma, como si fuera otra persona, otra D., una que es capaz de decir sin miedo ni culpa que está loca, pero que eso no es un problema, ya que gracias a las cosas que he vivido, hoy día soy quien soy, una persona buena, que mira la vida de manera distinta y se mira a sí misma con otros ojos, con cariño y respeto”. Al indagar sobre las relaciones interpersonales, la consultante relata que ha intentado llevarse mejor con su madre, teniendo resultados favorables. A su vez comenta que se ha permitido juntar con J. y que están sosteniendo conversaciones a través de las redes sociales, situación que en sus palabras refiere “me pone contenta hablar con J. y no sentir que me mira como bicho raro, cuando le hablo de mis cosas”. En relación a las narrativas asociadas a su identidad, D. refiere lo siguiente: “ya no tengo miedo de que aparezcan las voces, porque por primera vez escucho lo que quiero, ya no le temo a la soledad, porque estando ahí, también he podido hacer las cosas que me gustan”.

Para finalizar la sesión se conversa con la consultante acerca de la posibilidad de escribir un correo a modo de testimonio, con el fin de comentar cómo ha sido esta nueva forma de

mirarse, posterior a la experiencia del rito de pasaje y a la co-construcción del amuleto, con el fin de tener una retroalimentación sobre el impacto que pudo tener o no este proceso ritual como cierre de la terapia en vías de su agencia personal sobre sus problemáticas y motivo de consulta. Se concluye la sesión dando la alta terapéutica a la consultante.

La respuesta de D. se presenta en su formato original en anexos, sin embargo, es prudente exhibirla antes, con el fin de dar coherencia, sentido y complemento a la descripción del proceso terapéutico (ver anexo 8).

- Respuesta de la consultante en su proceso de transición:

Iván:

Primero que todo, quiero agradecer tu dedicación y compromiso conmigo, tu mejor que nadie sabe todo lo que he tenido que pasar y vivir, y te doy las gracias por mirarme de manera distinta y enseñarme a que yo también puedo hacerlo desde las cosas que me gustan y me hacen sentido. Jamás pensé que con un psicólogo terminaría haciendo un ritual, pensé que eso era cosas de locos, pero parece que lo loco no tiene nada de malo, al contrario me ha ayudado mucho para alejar los pensamientos de mí que antes me hacían daño. Me he sentido normal últimamente, ya solo escucho la voz de la Danahe en mi cabeza y eso me hace estar tranquila y también mi mamá lo está. Ha mejorado mucho nuestra relación y ya no siento vergüenza ni culpa al contarle lo que me pasa, creo que eso es bueno. Respecto al amuleto, lo trato de usar todos los días, y de hecho fui a dar la PSU con él, me hizo sentir cómoda y no sentir nervios cuando la estaba dando. Sería mentirte decir que no he sentido rabia cuando escucho a la gente de mi edad hablar de “lo que queremos ser cuando grandes”, pero ya no me caliento la cabeza por que hablé con mi mamá y me dijo que estudiaría lo que quisiera y si no puedo entrar a la Chile, buscaré una privada buena ya que mi papá también ayudará con la mensualidad. Es más la semana pasada pelié con mi papá y me dio mucha rabia, pero después escribí lo que le quería decir y cómo me sentí al respecto con lo que me dijo y se me pasó. Parece que aprendí bien otra forma de desahogarme cuando no me siento tan bien.

Te deseo lo mejor Iván, has sido el único loquero que me ha entendido a mí y a mi locura. Gracias por creer en mí y en nunca haber perdido la esperanza de ayudarme, te recomendaría un millón de veces.

Un gran abrazo y espero que me mandes los links para descargar los libros de Tolkien.

Saludos

10. Evaluación de la eficacia del tratamiento

En coherencia con el modelo presentado en este trabajo, la “eficacia del tratamiento”, versa necesariamente sobre el cambio de las narrativas y significados de la consultante trabajados en el proceso terapéutico; deconstruyendo la explicación que lleva consigo el rótulo psiquiátrico que ha generado dolor en la vida de D., y las emociones displacenteras asociadas a éste.

Se ha expuesto en detalle tal cambio de narrativas en el apartado de “aplicación del tratamiento”, no obstante, solo se presentarán de manera abreviada y concisa en este apartado con fines descriptivos. El problema 1, que se centraba en la narrativa “*no puedo controlar las voces que me dicen que haga cosas malas*” (*angustia*), se genera un cambio en el relato en torno a “*no es necesario estar loca y escuchar voces, para querer dañar a otros o a una misma*”, liberando de la angustia a la consultante. Esta nueva narrativa disuelve la asociación entre locura y maldad, generando un nuevo territorio en el que lo malo puede habitar en cualquier ser humano, sea este diagnosticado o no, con alguna patología mental, sin embargo no es capaz de disolver el miedo a la emergencia de voces negativas que inviten a hacer cosas malas, lo que se configura como el problema 2 trabajado. Éste, gira en torno a la siguiente narrativa “*hice lo que las voces me pidieron sabiendo que estaba mal*”, transformándose a través del proceso terapéutico en “*también las voces me han dicho cosas buenas y quizás si no fuera por ellas, nunca habría subido el cerro en búsqueda de piedras*”, permitiendo la validación de voces positivas capaces de generar alivio y acompañamiento en actividades preferidas del sistema consultante. El problema 3 surge del relato “*no encajo en esta sociedad*” asociado a la rabia de no ser comprendida, transformándose posteriormente en “*mi forma de mirar el mundo con otros*

ojos, me ayuda entender el arte en una forma que otros no pueden, eso es más importante para mí que ser como todo el resto”, otorgando la libertad de una nueva posibilidad alejada de la rabia, en donde pensar distinto, tenga una puntuación relevante en los propios términos de la consultante. Finalmente el problema 4 centrado en la narrativa *“por qué cuando estoy mal, las voces me dicen cosas malas en vez de decirme cosas buenas”* es asociado a culpa y miedo, se ve modificada por *“quiero que las voces también me digan cosas positivas”*, disolviendo el miedo y la culpa, transformándose en el deseo y responsabilidad de agenciar la dirección de las voces hacia los anhelos de la consultante.

Se cree que el producto del rito de pasaje que llevó consigo la co-construcción del amuleto, es una forma útil de evidenciar el cambio terapéutico y la agencia personal del sistema consultante sobre su propia red de significados y creencias, asociadas a la queja que la trajo al espacio terapéutico. En términos de “la evaluación del tratamiento”, este elemento es un ejemplo concreto del nuevo posicionamiento y dirección que toma la biografía de D. en torno a su definición de la locura a través del rito de pasaje narrativo, convirtiéndose en su testimonio de cambio, desde sus preferencias y términos preferidos. Por ende, se puede recurrir a anexos, para revisar el correo correspondiente a la utilización de este en su vida diaria, a posteriori del proceso terapéutico en sí (ver anexo 8).

Los nuevos dominios de existencia que emergen del cambio en las narrativas asociadas a la locura para D., sustentan nuevas formas de interactuar y posicionarse en el mundo. Esta consideración, también podría ser vista como un indicador del cambio terapéutico y permitiría entonces “evaluar el tratamiento”. Por consiguiente, es importante referir que la consultante, desde el alta terapéutica, describe que ha mejorado su relación con su madre, refiriendo por ejemplo que cuando han tenido discusiones por pensar distinto, D. ha externalizado lo que siente a través del dibujo y la escritura. Este ejercicio le ayudado en sus términos a *“pensar mejor una respuesta desde el orden y no desde el caos”*. Este cambio en sus acciones, no solo ha sido visualizado por ella, sino que también por su madre, la que según relata la consultante *“ya no se desespera cuando le digo lo que pienso, ahora ella también pone de su parte por entenderme, incluso me ha dicho que me ve más feliz”*. Otra acción concreta, que da cuenta del cambio terapéutico, es que anterior a la terapia sostenida, la consultante no se había permitido tener

pareja más allá de la opinión de sus padres, sino que por miedo a “no ser entendida y ser tildada de loca”. Sin embargo en la sesión de alta terapéutica D. narra que se ha otorgado la posibilidad de que otros además de ella y el terapeuta, puedan encontrar sentido en su forma de mirar el mundo. En este sentido el sistema consultante relata lo siguiente “*me habló un amigo de mi hermano J. Por instagram que antes me gustaba mucho y me había invitado a salir varias veces, pero por miedo nunca lo hice y lo rechazaba, me invitó a salir de nuevo, conversamos hartito y le conté todo lo que me ha pasado sin sentir miedo ni culpa, y le hablé de las cosas que me gusta a hacer y me dijo que fuéramos juntos a recolectar piedras al cerro, y que él también llevaría a su perro*”. En este sentido D. fue capaz de conversar abiertamente con otro, desde una posición de respeto y estima hacia su persona, posibilitando un escenario en donde otros la comprendan, entiendan y valoren por quién está siendo, sin la emergencia del discurso estigmatizante del rótulo psiquiátrico que le paralizaba y le impedía relacionarse en armonía con sus gustos y deseos, dando cuenta que en ella aun habita el dominio de existencia de la locura co-construido, que está alejado del dolor y la marginación; es decir, un territorio definido en sus términos preferidos que posibilita el alta terapéutica.

Es innegable que la deconstrucción de las redes de significados asociados a una locura patologizante y castigadora para D., ha transformado su puntuación en lo que ésta significa para su vida, lo que da cuenta también, de “la evaluación de eficacia del tratamiento”. Lo anterior, puede verse reflejado en este nuevo territorio trazado en el que D., ha sido capaz de tomar las riendas de su vida y agenciar un camino profesional a lo que desde sus términos es un aporte a la sociedad. En lo concreto, la consultante ha logrado conversar con sus padres acerca de la posibilidad de estudiar en una Universidad en Santiago y de vivir sola, comprometiéndose pese a no estar de acuerdo, a realizar controles psiquiátricos para tranquilidad de sus padres. En este escenario la consultante manifiesta un escenario en donde el control sobre lo que le sucede está bajo su dominio, y a su vez, de un diálogo positivo y consensuado en lo que refiere a su relaciones familiares. Por consiguiente, el sistema consultante se ha movilizado, validado y aceptado como una persona capaz de realizar desde una lógica tradicional, “una vida normal”, pese a sus diagnósticos psiquiátricos.

11. Seguimiento

Se realiza una sesión de seguimiento a la consultante en el box de atención psicológica abierto a la comunidad, dispuesto por la fundación educacional religiosa antes mencionada a los 5 meses transcurrida la última sesión. En ésta, se revisa la red de significados y creencias actuales que emergen en la vida de la consultante, en torno a los problemas abordados en sesión. Para efectos descriptivos, se presentan a modo de ejemplo, las narrativas que emergen en esta sesión de seguimiento frente a lo que en algún momento fue distinguido como dolor y/o sufrimiento por la consultante y lo que ha sido importante para ella o para el proceso terapéutico en sí.

Locura

¿Cómo ha estado? ¿Qué sentido tiene la locura aquí y ahora para D.? ¿Qué situaciones, escenarios y actores han dado cuenta que ud. se encuentra bien?

- “me he sentido tranquila, hoy día lo que me pasa ya no me molesta, siento que ahora puedo dejar que mi locura me invite a viajar, e incluso me ha ayudado en mis elecciones a futuro”
- “hoy día sé que mis diagnósticos son lo que le pasó a mi cuerpo y mente por no ser capaz de quererme como soy, y hoy día me acepto, con defectos y virtudes, con lo loca que puedo estar, pero que me definen como persona, y no como cualquiera, como una persona buena que quiere ser un aporte para esta sociedad”
- “con mi mamá aun no logro llegar tan fácil a acuerdos, pero ya no me frustro, sé que siempre hay más de una manera para resolver un problema, y eso ha ayudado a que ella tampoco se enoje conmigo y con esfuerzo me trate de entender mejor”
- “Pude negociar con mis papás el vivir sola el próximo año, ya que saben que estoy cansada de viajar todos los días a Santiago, y que además he cumplido con el compromiso que hicimos... me dijeron te lo ganaste”

Voces

¿Qué ha pasado con las voces? ¿Qué cosas has escuchado de ellas? ¿En qué escenarios o situaciones aparecen? ¿Las puede controlar?

- *“ Las voces que antes escuchaba, eran voces ajenas, hoy día ya no escucho ni una otra voz en mi cabeza que no sea la mía, no es ni buena ni mala, solo mi voz que me dice que hacer, así como lavarme los dientes o como estudia D. para que te vaya bien y puedas vivir sola el próximo año ”*
- *“Siento que tengo total y completo dominio sobre ellas, porque soy yo y mis pensamientos, a veces me contradigo sola, pero es como una conversación interna conmigo, entonces ya no lo veo como un problema, porque soy siempre yo la que decido que hacer o no hacer”.*

Tratamiento Psiquiátrico-Farmacológico

¿Qué ha sucedido con los controles psiquiátricos? ¿En qué estado se encuentra su tratamiento farmacológico?

- *“Como te dije, siento que he cumplido con el compromiso que hice con mi familia, y hasta la fecha ya llevo dos controles con la psiquiatra. Me cae bien, aunque ya como te dije no les compro a los psiquiatras, pero sé que mi mamá sí y lo hago por ella y su tranquilidad”.*
- *“Me suspendieron el Clonazepam, y eso me tiene con más pilas y con más hambre, y del Aripiprazol me bajaron a la dosis mínima, y la psiquiatra me dijo que lo estoy tomando solo de manera preventiva y que si no se presentan episodios psicóticos de acá a tres meses lo suspendería también.*

Ajuste social

¿Qué ha sucedido respecto lo desajustada que se sentía al formar parte de esta sociedad que no la entendía y que le hacía sentir rabia? ¿Ha encontrado nuevas formas de disolver la rabia en su vida?

- *“No sé si algún día me sienta normal, pero la verdad ya no busco eso, no me interesa seguir la corriente y ser igual a todos. Hoy día soy una estudiante universitaria que hace lo que le gusta y que se siente comprendida por sus compañeros y profesores, quizás es porque todos los artistas estamos locos”*
- *“Hoy en día pololeo con J., cosa que pensé imposible en mi vida por las cosas que me pasaban, pero él es súper apañador y cuando tengo pena por haber discutido con mi mamá, siempre está ahí para apoyarme, ya no me siento sola”*
- *“La música me calma mucho en los momentos de ira, de injusticia y de impotencia, cuando me pongo audífonos, el mundo se calla y solo escucho mi lista de reproducción, lo que me hace pensar en frío y no explotar”*

Amuleto

¿Cómo le ha ido con el amuleto de las buenas energías?

- *“Mira Iván, debo ser honesta contigo, hace como dos meses dejé de usarlo porque se me gastó la trenza de cordel que hicimos juntos, la verdad de floja, pero también siento que no lo he necesitado, ya no siento pensamientos o voces que atenten contra mí o contra el resto, no digo que no me piense cosas negativas, porque si lo hago, pero como te dije todo lo que pasa por mi mente está bajo mi control, ósea mi propia voz”*
- *“Igual la piedra está sobre mi velador, y cuando la miro recuerdo el ritual que hicimos y es tragicómico recordar lo que pensaba y sentía antes de mí, y las cosas que me digo hoy, me recuerda la conversación que tuvimos sobre aceptar la sombra, el lado oscuro que viene con uno y abrazarlo”*

Proceso terapéutico

¿Cómo evaluaría el proceso terapéutico en general? ¿Hubo algo que fuera de su agrado o desagrado en particular?

- *“Lo evaluaría como algo distinto, anormal como yo, o mejor dicho fuera la norma.... me refiero a que por primera vez en mi vida y tu sabes bien todas las terapias y tratamientos*

que he recibido, alguien me miró de manera distinta, habló mi lenguaje y no puso cara de miedo cuando le conté mis cosas, mis alucinaciones y voces, eso ayudó muchísimo a que pudiera contar quién soy, mi historia de verdad y no dejar de asistir como estaba acostumbrada a hacerlo”

- *“Lo que más rescato en tu forma de hacer la terapia, es que jamás me sentí juzgada, tu jamás me definiste ni sacaste tu manual de loquero para ver si estaba loca o no, eso no fue lo importante de la terapia, me creíste y mostraste un camino a recorrer, como conversamos un camino en que la única experta que sabe cómo caminarla soy yo, y estoy infinitamente agradecida por eso”.*

12. Observaciones

Dado que desde el modelo sistémico centrado en narrativas es muy importante que el terapeuta sea responsable de aquello que emerge en él durante la terapia y cómo esto repercute en su propia red de significados y sistema de creencias, se considera necesario de explicitar en este punto, las reflexiones en torno al vínculo terapéutico y la persona del terapeuta.

En el primer encuentro terapéutico en el cual el terapeuta conoce a D., comienza a interpretar la idea que este caso, podría ser un caso importante de destacar a modo de un estudio. Esta reflexión emerge por dos razones fundamentales; la primera está relacionada con las narrativas propias de locura y sus diagnósticos psiquiátricos. En ellas, el terapeuta no ha logrado tampoco encontrar alivio, o al menos una explicación coherente con el dolor humano. Por ello, el caso de la consultante resuena y moviliza una red de significados compartidos en el lenguaje con D, a quién en sus explicaciones de lo que le pasa desde el modelo médico psiquiátrico, tampoco ha encontrado alivio. Por lo tanto, el terapeuta decide presentar esta sesión sostenida con su grupo de estudio y profesor asesor, en el espacio académico de la revisión de casos clínicos sostenida en la Universidad de Valparaíso. En este espacio, tanto el grupo de pares como supervisora retroalimentan y alientan, desde sus distintas posiciones a quien escribe, a seguir con este caso adelante, desde la posibilidad de transformarse en un caso de estudio.

En este proceso el terapeuta interpreta que los problemas a trabajar son temáticas muy delicadas y que han traído un dolor hasta ahora no trabajado por el sistema consultante; por lo tanto, para adentrarse en ellas fue necesario tomar una actitud de respeto, desde una postura del no saber, al dialogar sobre los discursos, creencias, escenarios y emociones en que la consultante sentía que habitaba el sufrimiento. Para ello, el terapeuta desde la primera sesión declaró que su forma de hacer terapia, radicaba sobre la idea de “no ser experto en la vida de otros”, sino más bien en lo que se consideraba experto era en hacer preguntas sobre lo que el otro creía o consideraba importante de trabajar. Esta declaración fue conversada en sesión, a lo cual D. manifiesta su agrado con esta forma de hacer terapia, por lo cual, el terapeuta interpreta a posteriori, que esta distinción facilitó la apertura a un diálogo desde la honestidad y respeto, intentando suspender los prejuicios, con los que ambos participantes contaban a la hora de referirse a las narrativas asociadas al problema.

Otro aspecto relevante a declarar en este punto, es que, tanto para el terapeuta como para la consultante, la objetividad es una distinción compleja y difícil de explicar. Para D. la objetividad es declarada como algo “inexistente en esta sociedad”. Por otro lado, para el terapeuta la objetividad no existe ni en esta sociedad, ni en ninguna en donde habite un ser vivo del tipo humano. Esta razón, radica en el sistema de creencias del terapeuta el cual se sustenta en los postulados de Maturana sobre la objetividad entre paréntesis, o bien una subjetividad que solo puede tener consenso, si es compartida. Esta manera de reflexionar, permite al terapeuta imaginar en conjunto con la consultante, una dimensión existencial sin barreras a la hora de elegir territorios en los que pueda no habitar el dolor.

Una observación importante de asimilar, es la dificultad presentada a la hora de encontrar un método de análisis coherente con el modelo de intervención. Dado que el uso terapéutico del modelo narrativo tiene como objetivo flexibilizar los procesos implícitos de construcción de significados, generando alternativas discursivas que sean más adaptativas, complejas y coherentes para el sistema consultante, junto a la tendencia en psicoterapia, al reconocimiento de la verdad y la normalidad como elementos sujetos a cambios y redefiniciones, dificulta la posibilidad de encontrar métodos de análisis que permitan tal libertad, sin caer en la dificultad de la falta de claridad.

Para finalizar, un elemento que facilitó el vínculo terapéutico; es decir, la puntuación entre las interacciones de los participantes del proceso terapéutico, radica en los recursos personales, sabiduría e intereses de la consultante que forman parte de su biografía, los cuales están ligados a la metafísica, las artes, la ciencia ficción y la música, entre otros. Estos elementos también forman parte de los intereses del terapeuta, lo que facilitó la co-construcción de metáforas y estrategias discursivas que pudieran disolver las emociones que causaban dolor. En este punto radica la importancia que tiene el recurso desde la TSCN, no solo para quien consulta, sino también para quien brinda la terapia, permitiendo ser curioso y honesto también con sus propios gustos e intereses. A su vez, invita a reflexionar sobre la importancia del lenguaje no verbal entre los participantes del proceso, debido a que tanto D. como el terapeuta se dieron cuenta que tenían gustos en común por distintos conocimientos, no por lo que decían en el lenguaje, sino por cómo actuaban al hablar de sus gustos, intereses y anhelos. Evidencia de esto, es el correo electrónico que da cuenta del seguimiento a posteriori de la co-construcción del amuleto, en donde el sistema consultante solicita mayor información sobre un conocimiento de la ciencia ficción que ambos comparten y que forma parte de sus propios recursos e intereses.

VI. CONCLUSIONES

El modelo de Terapia Sistémica centrado en las Narrativas se presenta como una reflexión práctica con un posicionamiento fuertemente definido, que busca distinguirse de la terapia moderna convencional. Para ello, utiliza como sustento, los distintos niveles jerárquicos conceptuales, declarando una respuesta responsable y coherente con ellos. De esta manera la TSCN, emerge como una postura que enfatiza en lo “relacional del ser” como trascendental, más allá de las explicaciones intrapsíquicas que caracterizan al modelo médico psiquiátrico. Este giro en la explicación a nivel de paradigma, es fundamental para comprender el esquema que se construye como un abordaje práctico-reflexivo de la terapia psicológica. Desde mi postura, permite un escenario en donde la objetividad entre paréntesis tenga cabida, permitiendo

sensibilizarse de manera genuina con aquel que ha padecido dolor. En este sentido la persona del terapeuta, juega un papel fundamental a la hora de ejercer la praxis clínica desde este modelo, ya que la relación terapéutica, que se genera en este espacio único e irrepetible que es la terapia, es la que posibilita desde mi sistema de creencias el camino hacia el cambio terapéutico. Desde esta mirada, la voz de poder asimétrica que impera en las relaciones “especialista-paciente”, y que considero sería un error negar, tiene una dirección clara hacia desentramar el dolor que pueda habitar en un sistema de interacción específico y no en otro. Esto quiere decir, que los prejuicios, valores, distinciones y narrativas que pueda tener el terapeuta, asociados a los problemas de quien solicita ayuda terapéutica, son parte también importante de las redes de significados, interpretaciones y re-interpretaciones que se obtengan a lo largo del proceso terapéutico. El terapeuta al reconocer esta distinción, es capaz de reflexionar también que, en su propia búsqueda de una solución a la problemática de quien consulta, puede atraparse en el discurso dominante del “juicio experto del profesional de la salud mental”, desviando el rumbo de lo que es realmente importante a trabajar desde la sabiduría del consultante. En este punto me parece fascinante y enriquecedor, que la TSCN, sea una contra respuesta tan asertiva al discurso tradicional patologizante de la locura y sus criterios diagnósticos. Estandarte de esta afirmación, es que lo que movilizó mis intenciones como terapeuta sistémico centrado en narrativas al tomar un punto de referencia para abordar el caso descrito, fue un imperioso deseo de contrastar aquella verdad única que se cree “a ciegas” por responsabilidad del discurso hegemónico de la psiquiatría, cómo definitoria en la identidad de aquel que sitúa su vida desde algún problema psicológico; y por el contrario, demostrar que lo central no está en las técnicas, ni en las teorías, ni en las clasificaciones ni manuales diagnósticos, sino que reside, en lo que para el consultante sea importante o definitorio en su personalidad, posibilitando la emergencia de nuevas creencias, significados y narrativas, que ayuden, sin estigmas ni prejuicios a aquel que quiere sentirse mejor. Lo anterior permite comprender cada relato asociado al contexto en el que emerge, lo que posibilita una psicoterapia honesta y cercana que no busca convencer y definir al otro, desde las instrucciones y consejos persuasivos, ni cambiarlo a merced del discurso social dominante de la psiquiatría y la remisión sintomática, sino por el contrario, prioriza en los recursos, distinciones y explicaciones que tiene cada proyecto vital que mora en el lenguaje de quien consulta.

La ontología es el elemento fundamental al operar desde la TSCN, que marca la diferencia con otros abordajes posmodernos. Tal es esta consideración, que pienso que sería imposible posicionarse desde la TSCN restándole importancia a lo ontológico. Esto quiere decir, que el sistema de creencias del terapeuta, en torno al “ser de lo humano”, permitió no solo aliviar el dolor que trajo la consultante al espacio terapéutico, sino que también movilizó intereses y recursos que dan sentido a la vida del terapeuta, como lo son la ciencia ficción, los rituales y las metáforas. Se cree que sin esta posibilidad generosa que otorga la TSCN, para sentirse partícipe y curioso en la exploración de espacios conversacionales con sentido consensuado desde las preferencias y creencias de cada participante del proceso terapéutico; sería imposible la emergencia de nuevas praxis clínicas que pudieran ser un aporte en la ayuda de la agencia personal de las personas que consultan. Este elemento diferenciador fue fundamental a la hora de decidir y posicionar a la TSCN, como la postura más adecuada para abordar el proceso terapéutico. No obstante, y acorde la característica de modelo intermedio de la TSCN, se acoge en las intervenciones descritas, la incorporación de elementos desde el modelo de diálogos abiertos de Finlandia, como es el caso de la “polifonía, revisada en el marco teórico de este trabajo. Esta elección fue fundamental para dar cabida a la emergencia un espacio conversacional de múltiples voces, en donde todas y cada una de ellas, tuviera la misma importancia y responsabilidad, en la configuración de los problemas trabajados.

Para finalizar, considero que el desentramamiento acerca de la discusión sobre qué o cuál técnica, consejo y estrategia es la más efectiva a la hora de disolver emociones displacenteras, es un facilitador hacia el uso de recursos personales como la imaginación, creatividad e intereses con los que puede contar el terapeuta, en dirección hacia las preferencias de quién consulta, dando cuenta nuevamente de la importancia de la persona que está detrás del dominio de existencia psicoterapeuta.

En el estudio de caso presentado, demuestra un proceso corto y con buenos resultados, esto en base a las narrativas emergentes y la disolución de emociones displacenteras asociadas a estas, que se configuran como una nueva identidad respecto a la locura, desde los términos preferidos de la consultante. Lo interesante de concluir, en este estudio de caso sería la interrogante en torno a ¿qué facilitó o posibilitó un abordaje terapéutico con mejor forma que

otros del pasado para la vida de D.? La respuesta esta interrogante, tiene una multiplicidad de respuestas que pueden ser abordadas desde distintos posicionamientos y distinciones. Por ejemplo, desde lo propiamente tal, relativo a la psicoterapia, como una arista del conocimiento desde el mundo profesional en salud mental, hasta lo extra terapéutico, como los recursos e intereses del terapeuta. Sin embargo, desde mi postura, la respuesta más acertada, dice relación con la triada inseparable sirve como esquema en la praxis clínica que logra co-construir los problemas de una manera trabajable. Esto se ha manifestado de manera satisfactoria en el caso presentado en este estudio. Esta organización, permite al terapeuta no perder el horizonte de lo que es realmente importante para D. y no para él. Por consiguiente, el foco distó de descansar sobre los criterios diagnósticos asociados a la problemática de la consultante; muy por el contrario, permitió deconstruir la patología como una única identidad o dominio de existencia, permitiendo la exploración curiosa y responsable, de territorios en dónde la locura no fue distinguida como un problema. Lo anterior, no niega el sustento biológico en vías del equilibrio fisiológico en un organismo, sino que permite la posibilidad de responsabilizarse frente a este, pero desde lo que cobre sentido para la persona y su sistema relacional.

La TSCN, como abordaje posmoderno, representa sin duda una posición crítica respecto a los abordajes tradicionales modernos en psicoterapia, lo que considero una fortaleza importante del modelo acorde a lo ontológico de mi persona. Gracias a esta posibilidad, pude posicionar mi marco teórico y responder desde el movimiento sociocultural antipsiquiátrico, al abordaje tradicional del modelo médico-psiquiátrico. Lo anterior, definió mi posicionamiento hacia una mirada respetuosa, pero a la vez curiosa de lo que la propia consultante puntuaba como locura en su proyecto vital y cómo está traía consigo dolor, angustia, miedo, culpa y rabia. Es por esta razón, que no decidí aceptar los diagnósticos psiquiátricos definieran a la persona que tenía en frente, mirándola desde la patología y si cumplía o no, con los criterios diagnósticos establecidos en la CIE o el DSM, que quizás desde una mirada tradicional moderna, pudiera ser un error que desvíe la “eficacia del tratamiento” y por consiguiente una intervención fallida. Sin embargo, el eje central desde la TSCN, no está puesto en la carencia, ni el déficit, sino que en los recursos. Por ende, en vez de volver a diagnosticar a D., y confirmar que lo que le sucedía estaba preestablecido por las estadísticas y estudios científicos que caracterizan un discurso objetivo e

inequívoco en salud mental, decidí dirigir el giro conversacional hacia experiencias vitales ortogonales que tuvieran significado y sentido para D. desde su propio Dasein; aquel en el que existe la posibilidad de una “locura que invite a viajar desde sus preferencias y sabiduría”, desde su propia voz como la única experta en lo que le acontece, más no otros que “creen saber con exactitud” lo que le sucede. En sentido Maturana (1978) refiere que los puntos de distinción que hace el observador del mundo en el que habita, son capaces de decir más de éste que de lo propiamente observado. De tal manera, la consultante comienza configurar nuevas narrativas desde lo que ella piensa o siente que le sucede, permitiendo la emergencia de escenarios en dónde la locura le ha permitido definir una identidad positiva de sí misma; en donde su forma de mirar el mundo de manera distinta ha logrado que sienta belleza y alegría frente a formas tan simples como una piedra, o bien relacionarse con otros seres vivos desde un ambiente de respeto y amor. Por lo tanto, si quisiéramos tomar una postura tradicional desde la objetividad, podríamos mencionar que este tratamiento fue más efectivo y satisfactorio en términos de “evaluación del tratamiento”, que la poca coherencia que existió entre los tres diagnósticos psiquiátricos de los “expertos en salud mental de la medicina” o en el trabajo sobre la remisión sintomática desde el discurso hegemónico del abordaje de los desórdenes mentales, que solo trajeron consigo explicaciones y narrativas atrapadas en el dolor. Comprender los problemas psicológicos habitando en el lenguaje, extingue la necesidad imperiosa de ubicarlos intrapsíquicamente, permitiendo un abordaje terapéutico respetuoso y genuino, que no necesita de un manual de categorización o etiquetas para definir la identidad de una persona.

Cuando se refiere al lenguaje como un posibilitador de la acción, se enfatiza en la idea que lo que nos decimos y escuchamos nos va definiendo. El cambio de narrativas, por ejemplo, no solo representa un cambio en lo que “se dice”, sino que también es lo que “se hace”; es decir, la transformación de una narrativa o la emergencia de una nueva, emerge en conjunto con acciones nuevas y específicas. De tal manera, la emergencia de nuevos significados, no es solo “hablar (se) de manera diferente o contar (se) una historia distinta, sino que más bien lo narrado se materializa en acciones del devenir cotidiano que, a través de la interacción entre los distintos niveles de dimensión experiencial, se expresan como una coordinación de coordinaciones sensomotrices consensuadas; es decir, lenguaje. Éste, nutre un sentido de identidad alternativo

alejado de lo que alguna vez fue distinguido como un problema, permitiendo la emergencia de multiversos de acción, capaces de resolver el problema desde los recursos y agencia personal de quien consulta en el aquí y ahora. Esto último es de suma relevancia desde la TSCN para este estudio, ya que a diferencia de otros modelos terapéuticos y especial aquellos en donde la explicación está en lo cognitivo de manera intrapsíquica, la emergencia de acciones concretas facilitadoras del cambio, se sitúa lo relacional como un fenómeno inherente al lenguaje, por ende, al ser humano; es decir, la queja que trae al espacio terapéutico D., no se sustenta en las explicaciones patológicas, castigadoras y estigmatizantes como obras de un “desorden mental”; sino que por el contrario, aquello que le agobiaba, había tenido repercusiones significativamente dolorosas con aquellos con quienes comparte en el mundo. Este giro hermenéutico, en las narrativas y explicaciones que se trabajan sobre la locura, promueve la emergencia de nuevos territorios lingüísticos, por ende, nuevas acciones concretas, en las cuales la consultante ha encontrado en su sistema de creencias y forma de mirar el mundo, recursos y virtudes que incluso la han movilizad o a definirse como una persona buena y con ganas de aportar a esta sociedad, capaz de sostener relaciones de afecto y cariño e incluso estudiar en la universidad algo relacionado con sus principios y saberes. Estas acciones concretas, concluyen para la vida de D. que el lenguaje y sus narrativas excepcionales, son la mejor “evidencia” de sus nuevas realidades alejadas del dolor, la soledad y el estigma social de la locura.

Se puede concluir entonces, que en este estudio se pueden ver reflejadas historias con mejor forma en términos de Sluzki (2006), o bien historias alternativas (White, 2016), o mejor en términos de la creadora de la TSCN, historias con significados descentrados del dolor (Zlachevsky, 2015). Independiente de cuál sea el lenguaje conceptual que utilicemos al referirnos a este estudio, lo primordial es que lo que emerge como central, es el bienestar que ha logrado deconstruir el rótulo del paciente psiquiátrico como un ente incapaz de tomar las riendas de su propia vida. Por consiguiente, la narrativa que da cuenta del cambio terapéutico, es el cambio terapéutico como acción concreta en sí mismo. Para el terapeuta entonces que suscribe este trabajo, fue fundamental reflexionar hacia la trascendencia de este nuevo proyecto vital que fue enriquecido y transformado, desde los recursos y anhelos de la consultante, relacionado con la

locura y su abordaje. En este sentido y gracias a las prácticas narrativas, se genera un producto amigable y acorde a la sabiduría de los participantes del proceso terapéutico, teniendo como resultado un cierre terapéutico, representado en un rito de pasaje con la co-construcción de un amuleto, como elemento transformador del cambio terapéutico y, a su vez, como la fase final del proceso (White y Epston, 1993). Sin embargo, pudiendo ir más allá de la práctica en sí, como “él elemento propicio y correcto” a utilizar para este caso, lo importante a mis ojos, es el análisis e interpretación que sostuvo D. frente al vivir esta experiencia, la cual es manifestada en su respuesta vía correo electrónico y sesión de seguimiento. Frente a estas narrativas que definen una identidad preferida en la vida de D. se concluye lo siguiente:

- 1) La co-construcción del amuleto a través del rito de pasaje narrativo, generó sentimientos placenteros de agencia personal y movilizó recursos de la consultante hacia sus preferencias a la hora de elegir su futuro vocacional.
- 2) La experiencia ritual, genera un cambio en la puntuación de la locura como algo que en sus palabras “no tiene nada de malo, al contrario, me ha ayudado mucho para alejar los pensamientos de mí que antes me hacían daño”.
- 3) El amuleto de las buenas energías co-creado en el cierre terapéutico acompañó a D, a cerrar también su proceso escolar, haciéndole sentir cómoda y suspender los nervios al enfrentarse a la prueba de selección universitaria.
- 4) En la sesión de seguimiento D, es capaz de referir que el amuleto fue un elemento transformador de su identidad y que agenció un territorio hacia sus términos preferidos, eliminando las voces que imperaban en ellas, como pensamientos negativos y destructivos, dando paso a experiencias placenteras y rescatando la importancia de su propia voz a la hora de mirarse y definirse.
- 5) Al re-interpretar lo vivido a través del proceso terapéutico en el cual se co-construye un amuleto con la piedra escogida desde sus preferencias, la consultante logra referir narrativas asociadas hacia una validación positiva de sí misma; siendo capaz de reflexionar y comparar aquello que antes “se decía y hacía”, con lo que aquí y ahora

“se dice y hace”, dando cuenta desde sus narrativas que la mejor forma de aceptarse es “abrazar y acoger su propia sombra”.

Finalmente, en base a los argumentos referidos en este apartado, es posible concluir que la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas se configura como un abordaje terapéutico con resultados favorables en torno a la problemática en contexto de locura desarrollada en este estudio de caso, así como el uso del rito de pasaje narrativo como elemento catalizador del proceso de cierre, específicamente la co-construcción de un amuleto, se convierte en un producto útil que otorga testimonio del cambio terapéutico, promoviendo la agencia personal de la consultante y deconstrucción del estigma social de la locura, como una experiencia vital dolorosa y castigadora.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson, H. (1997). **Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia**, Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
2. Anderson, H. & Gehart, D. (eds.) (2006). **Collaborative therapy**. Nueva York, EUA: Routledge. Andol, M. (1984). **Terapia familiar: un enfoque interaccional**. Barcelona: Paidós.
3. Araya, C. y Leyton, C. (2009) **Atrapados sin salida: terapia de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile**. Nuevo Mundo, Mundos Nuevos, Debates.
4. Aroca, A. (2006) **Espacio y movimiento de la locura. El péndulo de la historia**. Cuaderno del seminario. (3). Recuperado de <http://espacio.postgradofilosofia.cl/wp-content/uploads/2008/05/espacio-y-movimiento-de-la-locura-el-pendolo-de-la-historia.pdf>
5. Armijo, M. (2010) **La psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia**. Santiago: Andros Impresores S. A.
6. Arredondo, A. (1992) **Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad**. Cad. SaúdePúbl., Río de Janeiro, (3): 254-261.
7. Bagarozzi, D. y Anderson, S. (1996). **Mitos personales, matrimoniales y familiares: formulaciones teóricas y estrategias clínicas**. Barcelona: Paidós.
8. Bertrando, P. y Boscolo, L. (1996). **Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas**. Barcelona: Paidós.
9. Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2000), **Storia della terapia familiare**. Raffaello Cortina editori. Milano – Italia. “Historia de la terapia familiar”. (Edición en

español a cargo de Gálvez Sánchez F.) Paidós Barcelona, España (2004).

10. Berger, P. y Luckmann, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
11. Beuchot, M. (2002). *Tratado de hermenéutica analógica. Hacia un nuevo modelo de interpretación*. Ciudad de México: Ítaca.
12. Beuchot (2015). *Elementos esenciales de una hermenéutica analógica*. *Diánoia*, volumen LX, número 74 (mayo de 2015): p. 127–145.
13. Beuchot, M. (2016). *Hechos e interpretaciones. Hacia una hermenéutica analógica*. Ciudad de México: Fondo de cultura económica.
14. Cárcamo, H. (2005). *Hermenéutica y Análisis Cualitativo*. *Cinta Moebio*, (23), 204–216.
15. Castro, L. (2008). *Tecnologías terapéuticas: sistemas de interpretación en la regla de ocha y el espiritismo bogotano*. *Antípoda*, (6).
16. Crockett, S. & Prosek, E. (2013). *Promoting cognitive, emotional, and spiritual client change: The infusion of solution-focused counseling and ritual therapy*. *Counseling and Values*, 58, 237- 253.
17. De la Masa, L. (2005). *Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer*. *Rev. Teología y vida*; vol. XLVI, 122-138. Instituto de Filosofía. Pontificia Universidad Católica de Chile.
18. Ferrández, F. (2013). *Del diagnóstico a la demanda: asistencia, conocimiento y enfermedad mental. Teoría y crítica de la psicología*. (3), p. 63-80.
19. Foucault, M. (1979) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

20. Foucault, M. (1984) *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós. Universidad del Biobío. Red de Bibliotecas, Chile.
21. Foucault, M. (1999) *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
22. Foucault, M. (2000a) *Historia de la locura en la época clásica I*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
23. Foucault, M. (2000b) *Los anormales*. Buenos Aires: FCE.
24. Foucault, M. (2004) *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
25. Gadamer, H. (1988). *Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca, España: Sígueme.
26. González, A. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 85–103.
27. González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales, ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
28. Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
29. Graña, L. (2013). *Concepciones sobre la salud en un grupo de curanderos de la selva peruana. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
30. Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2016). *Diálogo Abierto: Una Aproximación Al Tratamiento Psicoterapéutico de La Psicosis en Finlandia del Norte*.
31. Heidegger, M. (1951). *El ser y el tiempo*. Ed. Fondo de Cultura Económica,

Buenos Aires, Argentina.

32. Hidalgo, L. (2005). **Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativas. Sinopsis Educativa. Revista Venezolana de Investigación, 5(1–2), 225–243.**
33. Hofweber, T (2009). «Logic and Ontology». **Stanford Encyclopedia of Philosophy.**
34. Huertas, R., Campos, R., Álvarez, R. (1997) **Entre la enfermedad y la exclusión. Reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX. Historia Contemporánea.**
35. Huertas, R. (1999) **Entrevista con Rafael Huertas. Salud mental y cultura, (2).**
36. Huertas, R. (2001) **Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?, tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. Frenia, (1).**
37. Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (comps.) (1997). **Rituales terapéuticos y ritos en la familia. Barcelona: Gedisa.**
38. Maturana, H. (1991). **El sentido de lo humano. Ed. Granica, Buenos aires, Argentina.**
39. Maturana, H (1999). **Transformación en la convivencia. Dolmen Ediciones.**
40. Maturana, H. Varela, F. (2007). **“El árbol del conocimiento”. Ed. Universitaria, Santiago, Chile.**
41. Maturana, H. Porsend, B. (2007). **“Del Ser al Hacer: los orígenes de la biología del conocer”. Comunicaciones Noreste LTDA. Santiago, Chile.**
42. **Ministerio de Salud (MINSAL) (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Disponible en <http://misnal.gob.cl>**
43. **Ministerio de Salud (MINSAL) (2011). Estrategia Nacional de Salud Mental: un**

salto hacia adelante. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl>

44. Ministerio de Salud (MINSAL) (2017). Guías Clínicas AUGE. Tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia. Disponible en https://www.normassalud.com/documentos/chile/guia_esquizofrenia_2017.pdf
45. Laso, E. (2014). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En Medina, R., Laso, E., y Hernández, E. (eds.); Pensamiento Sistémico: nuevas perspectivas y contextos de aplicación. Guadalajara: Litteris.
46. Leyton, C. (2005a) La ciudad médica-industrial: melancólico, delirante y furioso; el psiquiátrico de Santiago de Chile. Tesis para optar al grado de Magíster en Historia, Universidad de Chile. Santiago.
47. Leyton, C. (2005b) Historia de la ortopedia urbana. Cyber Humanitatis. (35)
48. Leyton, C. (2008) La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940. Frenia. (1)
49. Leyton, C., Huertas, R. (2011) Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875). Dynamis. (1)
50. O'Hanlon, B. (2005): Crecer a partir de las crisis. Cómo convertir una situación difícil o traumática en una oportunidad de cambio personal. D.F, México, Paidós.
51. Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.
52. Pérez, C. (2000) ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? Rev. Esp. Salud Pública [online]. Vol.74, nº 4.
53. Pérez, G. (2002). Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. Cap. 1, Ed.

Muralla, Madrid.

- 54. Quintana, M. (2006). De las normas como compromisos prácticos y de la locura como incumplimiento de tales compromisos. Isegoría, (34), p. 243-259.**
- 55. Rodríguez, Y. (2002). La Hermenéutica Aplicada a La Interpretación Del Texto. El Uso De La Técnica Del Análisis De Contenido. Revista Ciencias de La Educación, 2(20).**
- 56. Rivas R., González S. y Arredondo V. (2008). Duelo y rituales terapéuticos desde la óptica sistémica. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de estudios Superiores Iztacala. Revista Electrónica de Psicología, Vol. 11, N°4.**
- 57. Seikkula, J. (2004). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. Familia Process, 42(3): 403-418.**
- 58. Seikkula, J. (2012). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 32(3): 179-193.**
- 59. Sepúlveda, R. (1998). Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. Cuad. Med. Soc., (39). P. 16-21.**
- 60. Serrano, S. (2012): Comprender la comunicación. Barcelona, Paidós.**
- 61. Sluzki, C. (2006). Victimización, recuperación y las historias “con mejor forma.” Sistemas Familiares, 22(1), 1–19.**
- 62. Szasz, T (1988). Pain and pleasure: A study of bodily feelings, New York, EUA: Syracuse University Press, Basic books.**
- 63. Stake, R.E. (2007), “Investigación con estudio de casos”. Ed. Morata, Madrid, España.**
- 64. Szasz, T (1994). El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la**

conducta personal, Editorial Amorrortu, Buenos Aires.

- 65. Tropé, H. (2010) La inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII (I). Manifestaciones, tratamientos y hospitales. Asoc. Esp. Neuropsic. (106), p. 291-310.**
- 66. Valdés, C., Errázuriz, P. (2012) Salud mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud. Instituto de Políticas Públicas. Universidad Diego Portales, (11).**
- 67. Vallejo, A. (2006) Medicina indígena y salud mental. Acta colombiana de psicología, (2): 39-46.**
- 68. Van der Hart, O. (1986). Rituals in psychotherapy: Transition and continuity. Nueva York, EUA, Ardent Media Incorporated.**
- 69. Vásquez, A. (2011) Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. Nómadas, (31).**
- 70. Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P. (2007) Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de salud mental en Chile. Rev. Med. Chile, (135), p. 1591-1599.**
- 71. Viniegra-Velázquez, L. (2008) La historia cultural de la enfermedad. Revista de investigación clínica, (6).**
- 72. White, M y Epston, D. (1993). Medios Narrativos para fines terapéuticos. Editorial Paidós, Buenos Aires.**
- 73. White, M (2016). Mapas de la práctica narrativa. Santiago de Chile: Pranas Ediciones Chile.**
- 74. Zlachevsky, A (1996). “Una mirada constructivista en psicoterapia”, Revista Terapia Psicológica, Año XIV, Vol. VI, N°26, Santiago de Chile.**

75. Zlachevsky, A (2003). **Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación.** *Revista Universitaria Límite*, 10, 47–64.
76. Zlachevsky, A. (2008). “**Historia de la Psicoterapia sistémica cibernética: una forma de entenderla**”, en Kaulino y Stecher, “**Cartografía de la psicología contemporánea. Pluralismo y modernidad**”, Cap. 12. Editorial LOM, Serie Universitaria, Santiago de Chile.
77. Zlachevsky, A. (2009). **El lenguaje —visto desde Ortega y Heidegger—, y la fundamentación filosófica de la psicoterapia conversacional.** Universidad de Chile.
78. Zlachevsky, A. (2011). **La importancia de reflexionar sobre lo ontológico en el proceso de formación de terapeutas.** Publicado en *Revista: Actas Psiquiátricas*, Buenos Aires, junio 2011. Volumen 57, N° 2.
79. Zlachevsky A. (2012). **Constructividad y Razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa.** *Revista de Psicología Universidad de Chile*, Vol. 21, No 2, Santiago, diciembre 2012.
80. Zlachevsky A. (2012). **Psicoterapia Conversacional: Una mirada desde Heidegger y Ortega: Aportes la fundamentación filosófica de la praxis psicoterapéutica.** Ed. Academia Española.
81. Zlachevsky, A. (2015). “**Relatos Clínicos, filosofía y terapia narrativa**”. Ediciones Mayor, Chile.
82. Zlachevsky, A. (2017). **El diagnóstico: un malestar silencioso.** Publicado en *Revista: Castalia*. Volumen 28, N°4

VIII. ANEXOS

1. Contrato terapéutico



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE

CONTRATO TERAPÉUTICO

Finalidad: Especificar las condiciones generales del funcionamiento en torno a la psicoterapia de la cual usted va a recibir atención. En él se detallan, además, una serie de compromisos, que deberán ser respetados por las partes implicadas para su adecuado desarrollo.

CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISOS DEL PSICOTERAPEUTA

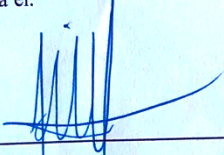
1. El terapeuta se compromete velar por la adecuación ética profesional de las intervenciones que se generen en el espacio terapéutico.
2. El psicólogo respetará la confidencialidad de los datos proporcionados por el consultante y aquella información obtenida y registrada en cada una de las sesiones terapéuticas.
3. Las sesiones de tratamiento se llevarán a cabo con una periodicidad de una sesión cada 15 días, con una duración de una hora aproximadamente. De ser necesario, se programa más de una sesión semanal, dependiendo de la complejidad del problema psicológico.
4. Si la dificultad del problema a tratar requiere un recurso diferente al que puede ofrecerse, el psicólogo se compromete, si usted así lo desea, a informarle a otros profesionales, que se ajusten a sus características particulares.

COMPROMISOS DEL PACIENTE

1. El consultante se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones terapéuticas. En aquellas ocasiones, en las que le sea imposible acudir, deberá avisar con 24 hrs. de anticipación.
2. El consultante tendrá 15 minutos de tolerancia a su cita programada, pero no se podrá reponer el tiempo de la sesión. Si el paciente llega después de la media hora de la cita programada, la cita se cancelará y el paciente deberá re-agendar su sesión, acorde a los tiempos dispuestos por el terapeuta.
3. El consultante se compromete a realizar prácticas clínicas y trabajos personales que emerjan de la co-construcción de los problemas trabajados sesión a sesión.
4. Al ser un programa perteneciente a una Fundación Educacional, el consultante no debe pagar honorarios por las sesiones; sin embargo, la falta de dos sesiones consecutivas sin previo aviso, es causal automática de fin del tratamiento por falta de compromiso a él.



CONSULTANTE



TERAPEUTA

Fecha: 08/09/2016

2. Consentimiento informado para la participación en el estudio.



Valparaíso, Junio 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

El propósito del presente documento es invitarla a participar en el estudio titulado "la co-construcción de un rito de pasaje como elemento transformador del cambio terapéutico", realizado por el psicólogo Iván Adriazola Pulgar, en el contexto de la tesis de Magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso.

Para que Ud. tome una decisión informada, se le explicará a continuación, cuales serán los procedimientos involucrados en la ejecución de esta investigación, así como en qué consistirá su colaboración:

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo el estudio

El estudio se llevará a cabo en el centro de atención psicológica abierto a la comunidad de la Escuela Nuestra Señora de la Guardia de Curacaví, durante el año 2016 y 2017, considerando la totalidad de sesiones llevadas a cabo, incluyendo la de seguimiento.

2. Relevancia del estudio y beneficios

A través de la descripción de un caso abordado desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en conjunto con la utilización de un rito de pasaje narrativo y la construcción de un amuleto como cierre del proceso, se busca innovar y aportar con nuevos enfoques y herramientas a la psicoterapia.

3. Objetivos

Describir un proceso psicoterapéutico basado en la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en el que se utiliza el rito de pasaje narrativo como testimonio de cambio y cierre terapéutico, mediante la modalidad de un estudio de caso.

4. En qué consiste su participación

Su participación es voluntaria y consistirá en la autorización para describir las sesiones psicoterapéuticas llevadas a cabo por el psicólogo Iván Adriazola en el contexto de atención psicológica abierta a la comunidad de la Escuela nuestra señora de la guardia.

5. Riesgos

Ud. 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 como concepto de pago por la participación en este estudio.

7. Derechos de la participante

La participante tiene derecho a manifestar sus dudas respecto al estudio mismo, así como de su participación, pudiendo solicitar su retiro. Para cualquier fin relacionado con el estudio, se podrá comunicar directamente con el investigador Iván Adriazola mediante correo electrónico a: ivan.adria.pulgar@gmail.com

8. Reserva de la identidad de la participante

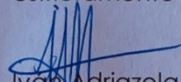
Se realizará una modificación del nombre de la participante, a modo de resguardar su identidad. Asimismo, solo se expondrán registros fotográficos y/o de otro tipo que sirvan de evidencia, para el caso, con el consentimiento de la participante al firmar este documento.

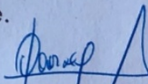

9. Confidencialidad de los datos

La información recogida será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Solo tendrán acceso a ellos el investigador Iván Adriazola Pulgar y los profesores guías Ana María Zlachevsky y Carlos Varas Alfaro.

10. Utilización y publicación de los hallazgos

Una vez que finalice la investigación, los resultados generales podrán ser expuestos en actividades o publicaciones académicas como revistas del área de la psicología o filosofía, siempre resguardando estrictamente la identidad de la participante.


Iván Adriazola Pulgar
16301592-7
Psicólogo



Participante del estudio

3. Pauta de descripción de las sesiones sostenidas en el estudio

N° Sesión	Descripción general	Intervención	Narrativas centrales
1	<p>Se realiza sesión inicial en donde se firma contrato terapéutico y recopila información pertinente a la queja al conversar con D. y posteriormente con su madre F.</p> <p>Se co-construye el primer problema trabajable.</p>	<p>Se indaga en narrativas asociadas a la queja.</p> <p>Se realiza genograma familiar.</p> <p>Se recopilan antecedentes históricos relevantes asociados al problema.</p> <p>Se de-construyen las narrativas asociadas a la locura como patología, en vías de la co-construcción explicaciones que posibiliten narrativas más adaptativas desde las preferencias de D. con el fin de disolver la angustia que produce dicha explicación patologizante.</p>	<p>“Me siento sumergida en un hoyo sin salida y sin explicación para mi comportamiento anormal”.</p> <p>“Una parte de mi cerebro me juega malas pasadas”.</p> <p>“Estoy resignada a no tener control sobre lo que me pasa”.</p> <p>“Soy un peligro para mi persona”.</p> <p>“Estoy acá porque necesito entender los enredos mentales que hacen cortocircuito en mi cabeza y no me dejan descansar”.</p>
2	<p>Se indaga acerca de la red de significados y creencias que tiene la consultante</p>	<p>Se generan preguntas enfocadas a identificar recursos personales e historias alternativas en donde emerjan voces,</p>	<p>“No tengo control sobre las voces que me dicen que haga cosas malas; me paralizó e intento luchar, pero ellas son</p>

	<p>referente a su queja.</p> <p>Se co-construye el problema 2</p>	<p>alucinaciones, pensamientos y creencias, que no sean puntuadas una como dañinas por la consultante.</p> <p>Se ofrece un espacio conversacional de respeto y confianza para la emergencia de las voces asociadas al dominio de existencia locura puntuado por D.</p> <p>Se co-construye la metáfora de “Star Wars”, con el fin de disolver el miedo a la emergencia de las voces.</p>	<p>más fuertes que yo”.</p> <p>“Me gusta coleccionar piedras, porque cuando las toco siento una energía especial de ellas, me producen alegría y las más potentes las siento como un escalofrío en el pecho, pero uno bueno; quizás es su voz interna que se comunica con la mía, su energía”.</p> <p>“La gente tiene un concepto errado de las piedras, como que no sirven para nada, y me gustaría que pudieran verlas y sentir las como yo lo hago”.</p> <p>“También las voces me han dicho cosas buenas y quizás si no fuera por ellas, nunca habría subido el cerro en búsqueda de piedras”.</p>
3	<p>Se indaga en las relaciones interpersonales sostenidas con los actores del establecimiento educativo de D. y</p>	<p>Se realizan preguntas dirigidas a identificar formas de expresión y desahogo de la rabia, que no sean invalidantes ni destructivas tanto para D. como para las</p>	<p>“En el colegio nadie me entiende y me aíslan”.</p> <p>“No encajo en esta sociedad”.</p> <p>“Cuando siento rabia es como si las personas no me importaran”.</p>

	<p>las implicancias que estás tienen en la biografía de la consultante.</p> <p>Se co-construye el problema 3</p>	<p>personas que le rodean.</p> <p>Se realiza la práctica narrativa de externalización de la rabia a través del dibujo, con el fin de posibilitar alternativas distintas de expresión de emociones displacenteras, que disuelvan la rabia.</p> <p>Se invita a la consultante a reflexionar sobre historias excepcionales en su biografía en dónde hayan surgido formas no destructivas de expresar sus emociones.</p> <p>Se invita a D. a construir una carta dirigida hacia su persona, en dónde declare sus creencias y pensamientos sobre lo que es ser considerada una estudiante diferente en esta sociedad.</p>	<p>“En el colegio cuando nos hablan de Dios, es como si fuera un hombre castigador y yo siento pánico, porque me siento distinta a mis compañeras y lo que piensan”</p> <p>“No sé por qué solo escucho cosas negativas de las voces”</p> <p>“Mi forma de mirar el mundo con otros ojos, me ayuda entender el arte en una forma que otros no pueden, eso es más importante para mí que ser como todo el resto”.</p>
4	<p>La consultante refiere que se ha sentido mejor desde que asiste a terapia. A su vez</p>	<p>Se enriquecen narrativas en torno a los problemas ya trabajados, desde la deconstrucción en la explicación sobre lo peligroso</p>	<p>“No le hecho nada a nadie para que me pase esto”</p> <p>“Por qué cuando estoy mal me dicen esas cosas, en vez de</p>

	<p>relata que es capaz de identificar la emergencia de las voces negativas en contextos de soledad.</p> <p>Se co-construye el problema 4</p>	<p>que es una persona con diagnóstico psiquiátrico, frente a una que no está diagnosticada.</p> <p>Se co-construye una nueva explicación desde la reflexión acerca de que no todo el sufrimiento en la vida de una persona, tiene por consecuencia una patología mental.</p> <p>Se generan preguntas apuntadas a identificar experiencias, significados y escenarios en los cuales sus dominios de existencias asociados a locura, tengan una puntuación placentera y agradable para D.</p> <p>Se comienza a configurar el Rito de pasaje narrativo.</p>	<p>decirme cosas positivas”.</p> <p>“Desde la semana pasada he estado escuchando las voces de manera positiva, me saludan y me preguntan cómo estoy”</p> <p>“Me gustaría poder controlarlas, para que solo me digan cosas positivas cuando me siento sola”</p> <p>“Quiero que las voces, también me digan cosas positivas”.</p> <p>“Me encanta ir al cerro que queda al lado de mi casa, a recolectar piedras con el gringo, es uno de nuestros paseos favoritos”.</p>
5	<p>Se co-construye un rito de pasaje narrativo, como experiencia de transformación hacia una nueva</p>	<p>Se generan preguntas curiosas y ricas en descripción que generen el escenario propicio para seguir con el rito de pasaje narrativo, desde la excursión al cerro que ha</p>	<p>¿Qué sentido tiene mi locura? ¿Qué es lo que hace que éste loca?</p> <p>“Las voces que escuché, no eran mías, eran las voces de lo que</p>

<p>identidad asociada a la locura.</p>	<p>realizado D. como inicio de éste.</p> <p>Se elabora de manera conjunta, un amuleto de las buenas energías con la piedra escogida por la consultante en su excursión. En su ejecución, se declaran nuevas identidades e intenciones hacia la queja traída a consulta.</p> <p>Se co-construye un territorio nuevo y alternativo, para la emergencia de voces, pensamientos, creencias y significados que tiene D. respecto a su locura, desde sus preferencias y recursos, en vías de una experiencia de vida con mayor alivio.</p>	<p>me han dicho que tengo, pero ninguna era mía”.</p> <p>“Logré callar las voces que no son mías escuchando mi voz interior”.</p> <p>“Me gusta la piedra porque tiene un lado en bruto como de cuarzo, y también tiene en una esquina como un furúnculo que la deforma, la piedra no es perfecta, es como yo, por eso la escogí”.</p> <p>“Sé que soy diferente, sé que soy distinta y muchas veces puedo ser considerada como una loca por esta sociedad, pero ya no me importa, lo que si me importa es reconocer que algo dentro de mi está cambiando, me estoy mirando de manera distinta, me quiero más y acepto quien soy, porque yo soy la única experta en mi locura y me prometo a mí misma una transformación, acompañada de este amuleto que me encanta, que es tal como yo soy, una persona con defectos pero que</p>
--	--	--

			tiene una energía positiva al igual que yo la tengo, y que me gustaría compartir con mi madre y con la gente que me rodea”
6	<p>Se realiza sesión para monitorear los resultados del proceso.</p> <p>Se otorga el alta terapéutica.</p>	<p>Se genera una conversación en torno a la nueva identidad distinguida por la consultante en torno a su queja y las nuevas posibilidades que esta ha generado en su forma de relacionarse y mirar el mundo.</p> <p>Se realiza un recorrido histórico a lo largo del proceso terapéutico, generando un espacio de retroalimentación entre los participantes.</p> <p>Se afirma de manera consensuada la posibilidad del cierre terapéutico.</p> <p>Se acuerda seguir en contacto en caso de ser necesario y se agradece mutuamente la responsabilidad y confianza a lo largo de la terapia.</p>	<p>“Me siento súper bien conmigo misma, como si fuera otra persona, otra D., una que es capaz de decir sin miedo ni culpa que está loca, pero que eso no es un problema, ya que gracias a las cosas que he vivido, hoy día soy quien soy, una persona buena, que mira la vida de manera distinta y se mira a sí misma con otros ojos, con cariño y respeto”.</p> <p>“Me pone contenta hablar con J. y no sentir que me mira como bicho raro cuando le hablo de mis cosas”.</p> <p>“Ya no tengo miedo de que aparezcan las voces, porque por primera vez escucho lo que quiero, ya no le temo a la soledad, porque estando ahí, también he podido hacer las cosas que me gustan”.</p>

7	<p>Se realiza sesión de seguimiento posterior a 4 meses de finalizado el proceso terapéutico.</p> <p>Se indaga en las narrativas asociadas a los problemas trabajados.</p>	<p>Se generan preguntas asociadas a indagar sobre el impacto en la nueva identidad de D. asociada a los problemas trabajados.</p> <p>La reflexión conversacional deriva hacia las siguientes narrativas: voces, locura, tratamiento psiquiátrico y relaciones sociales.</p> <p>Se indaga acerca del uso del amuleto de las buenas energías y se recorre nuevamente el proceso terapéutico a modo de una hermenéutica que dé cuenta de nuevas narrativas en torno a la experiencia vivida.</p> <p>Se concreta la firma del consentimiento informado para participar del estudio de caso.</p>	<p>“Me he sentido tranquila, hoy día lo que me pasa ya no me molesta, siento que ahora puedo dejar que mi locura me invite a viajar, e incluso me ha ayudado en mis elecciones a futuro”.</p> <p>“Hoy día sé que mis diagnósticos son lo que le pasó a mi cuerpo y mente por no ser capaz de quererme como soy, y hoy día me acepto, con defectos y virtudes, con lo loca que puedo estar, pero que me definen como persona, y no como cualquiera, como una persona buena que quiere ser un aporte para esta sociedad”.</p> <p>“Las voces que antes escuchaba, eran voces ajenas, hoy día ya no escucho ni una otra voz en mi cabeza que no sea la mía, no es ni buena ni mala, solo mi voz que me dice que hacer, así como lavarme los dientes o como estudia D. para que te vaya bien y puedas vivir sola el próximo año”.</p> <p>“Siento que tengo total y</p>
---	--	---	---

			<p>completo dominio sobre ellas, porque soy yo y mis pensamientos, a veces me contradigo sola, pero es como una conversación interna conmigo, entonces ya no lo veo como un problema, porque soy siempre yo la que decido que hacer o no hacer”.</p> <p>“Me suspendieron el Clonazepam, y eso me tiene con más pilas y con más hambre, y del Aripiprazol me bajaron a la dosis mínima, y la psiquiatra me dijo que lo estoy tomando solo de manera preventiva y que si no se presentan episodios psicóticos de acá a tres meses lo suspendería también.</p> <p>“Hoy en día pololeo con J., cosa que pensé imposible en mi vida por las cosas que me pasaban, pero él es súper apañador y cuando tengo pena por haber discutido con mi mamá, siempre está ahí para apoyarme, ya no me siento sola”</p> <p>“Mira Iván, debo ser honesta</p>
--	--	--	---

			<p>contigo, hace como dos meses dejé de usarlo porque se me gastó la trenza de cordel que hicimos juntos, la verdad de floja, pero también siento que no lo he necesitado, ya no siento pensamientos o voces que atenten contra mí o contra el resto, no digo que no me piense cosas negativas, porque si lo hago, pero como te dije todo lo que pasa por mi mente está bajo mi control, o sea mi propia voz”</p> <p>“Lo que más rescato en tu forma de hacer la terapia, es que jamás me sentí juzgada, tu jamás me definiste ni sacaste tu manual de loquero para ver si estaba loca o no, eso no fue lo importante de la terapia, me creíste y mostraste un camino a recorrer, como conversamos un camino en que la única experta que sabe cómo caminarla soy yo, y estoy infinitamente agradecida por eso”</p>
--	--	--	--

4. Epicrisis

EPICRISIS

En abril comienzo con episodios de despersonalización (no me reconocía en el espejo), alucinaciones auditivas (escucha una voz femenina que le decía lo que tenía que hacer, que quemara la casa, hacerle daño a sus padres).

Segunda hospitalización, en Junio de este año, de 6 días de duración, se mantuvo diagnóstico de ingreso, agregándose Lorazepam y control con psiquiatría. Posteriormente, en controles ambulatorios, se sospecha TAB, debido a escasa respuesta al tratamiento, la aparición de elementos psicóticos en el cuadro clínico, tales como alucinaciones auditivas nítidas, que la incitan a tener conductas temerarias y violentas. Se inició Oxcarbamazepina 600 mg día, con escasa respuesta. Posteriormente, la semana pasada, la paciente refiere durante la noche, haber despertado, sin darse cuenta, con una caja de fósforos en la mano y al unísono escuchar una voz, fémica, aguda, clara, que le incitaba a incendiar su hogar. La paciente reacciona angustiada, temerosa por no saber cómo llegó a esa situación. Debido a lo anterior, decide contarle a sus padre, quienes consultan con [REDACTED] a quien, debido a la historia y la sintomatología actual, le impresiona con mayor probabilidad corresponder a un TAB con síntomas psicóticos, realiza ajuste farmacológico e indica hospitalización.

4. Diagnósticos Egresos según DSM IV.

Eje I. Episodio depresivo psicótico, Trastorno afectivo bipolar. I

Eje II. (-)

Eje III. Hiponatremia por Oxcarbamazepina remitido

Obs. Hipotiroidismo por Oxcarbamazepina remitido

Eje IV. (-)

Eje V. GAF 31-40%

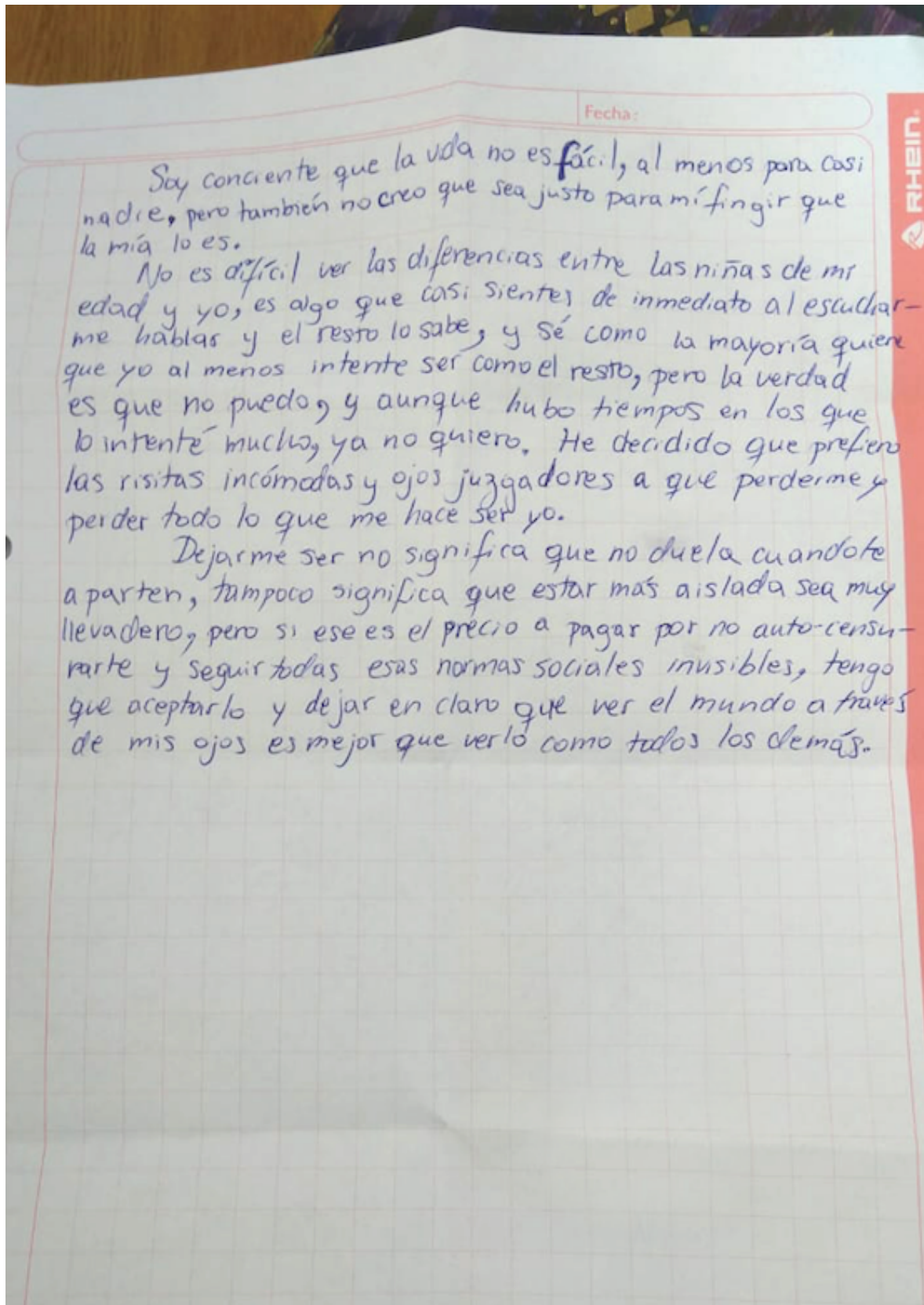
5. Exámenes Complementarios:

* Todos los exámenes realizados durante la hospitalización están disponibles para ser retirados en el servicio de Laboratorio del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
Se adjuntan los exámenes.

Exámenes de ingreso:

- Hematocrito: 35.8
- Na: 125 mEq/L
- K: 4.5 mEq/L
- Cl: 93 mEq/L
- T4I: 0.76ng/dL
- TSH: 3.07mIU/L
- Glucosa: 74mg/dL
- Nitrogeno Ureico 4mg/dL
- Acido Úrico: 2.10mg/dL
- Creatinina 0.6mg/dL
- Proteínas Totales: 6.2 g/dL

6. Carta como ejercicio de declaración de principios.



6.1 Correo electrónico referente al recibo de la práctica

Gmail - declaración de principios

 Iván Andrés Adriazola Pulgar <ivan.adria.pulgar@gmail.com>

declaración de principios
2 mensajes

[Redacted] <[Redacted]@il.com> 23 de diciembre de 2016, 19:25

Estimado Iván:

¿cómo está? espero que bien. realicé la carta que conversamos y la adjunto a este correo como acordamos. Me sentí bien escribiendo, sentí un alivio en el pecho. Espero pueda leerla antes de nuestra próxima sesión.
Un abrazo

 **82415798-223b-4148-bd02-008a6ea659f6 (1).JPG**
83K

[Redacted] <ivan.adria.pulgar@gmail.com> 26 de diciembre de 2016, 09:33

[Redacted]

Un gusto [Redacted], con gusto la leere y conversaremos en nuestra próxima sesión.
Un abrazo fraterno.
[El texto citado está oculto]

Ps. Iván Andrés Adriazola Pulgar

Tel: +569 99913575

Externalización de la rabia a través del dibujo

-



7. Piedra escogida a través del rito de pasaje para la confección del amuleto

-



- 7.1 Producto cierre del proceso terapéutico amuleto de las buenas energías

-



8. Correo electrónico como respuesta al alta terapéutica y uso del elemento transformador del cambio.

-

Gmail - Amuleto



Iván Andrés Adriazola Pulgar <ivan.adria.pulgar@gmail.com>

Amuleto

2 mensajes

12 de enero de 2017, 17:52

Para: Iván Andrés Adriazola Pulgar <ivan.adria.pulgar@gmail.com>

Iván:

Primero que todo, quiero agradecer tu dedicación y compromiso conmigo, tu mejor que nadie sabe todo lo que he tenido que pasar y vivir, y te doy las gracias por mirarme de manera distinta y enseñarme a que yo también puedo hacerlo desde las cosas que me gustan y me hacen sentido. Jamás pensé que con un psicólogo terminaría haciendo un ritual, pensé que eso era cosas de locos, pero parece que lo loco no tiene nada de malo, al contrario me ha ayudado mucho para alejar los pensamientos de mí que antes me hacían daño. Me he sentido normal ultimamente, ya solo escucho la voz de la danahe en mi cabeza y eso me hace estar tranquila y también mi mamá lo está. Ha mejorado mucho nuestra relación y ya no siento vergüenza ni culpa al contarle lo que me pasa, creo que eso es bueno. Respecto al amuleto, lo trato de usar todos los días, y de hecho fui a dar la PSU con el, me hizo sentir cómoda y no sentir nervios cuando la estaba dando. Sería mentirte decir que no he sentido rabia cuando escucho a la gente de mi edad hablar de "lo que quremos ser cuando grandes", pero ya no me caliento la cabeza por que hablé con mi mamá y me dijo que estudiaría lo que quisiera y si no puedo entrar a la chile, buscaré una privada buena ya que mi papá también ayudará con la mensualidad. Es más la semana pasada pelié con mi papá y me dio mucha rabia, pero después escribí lo que le quería decir y cómo me sentí al respecto con lo que me dijo y se me pasó. Parece que aprendí bien otra forma de desahogarme cuando no me siento tan bien.

Te deseo lo mejor Iván , has sido el único loquero que me ha entendido a mi y a mi locura. Gracias por creer en mí y en nunca haber perdido la esperanza de ayudarme, te recomendaría un millón de veces.

Un gran abrazo y espero que me mandes los links para descargar los libros de Tolkien.
saludos

Iván Andrés Adriazola Pulgar <ivan.adria.pulgar@gmail.com>

13 de enero de 2017, 09:47

Estimada [REDACTED]

No sabe que alegría me produce leerla y saber que se encuentra bien. Mis mejores deseos para usted , su familia y lo que se proponga estudiar. Recuerde que pueda contar conmigo si ud así lo requiere. Me parece muy bien que esté utilizando la práctica de externalización para disolver su rabia. Siempre puede buscar otras alternativas también acorde a sus gustos e intereses.

Buscaré los links de los libros en mi computador personal, ya que ahora me encuentro en el del trabajo. De todas maneras, los tengo físicos por si quiere sacarles copia, me avisa.

Un abrazo fraterno estimada y espero siga trazando su camino desde sus sueños y anhelos.

Saludos

[El texto citado está oculto]

--

Ps. Iván Andrés Adriazola Pulgar

Tel: +569 99913575