



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

LA RELEVANCIA DE LOS SIGNIFICADOS Y COSMOVISIONES DE  
MUNDO EN EL OPERAR TERAPÉUTICO: ESTUDIO DE CASO ÚNICO  
DESDE LA TSCN

**MARÍA PÍA ANDRÉ J.**

Profesor Guía: Carlos Varas Alfaro.

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

Mayo, 2020  
Valparaíso, Chile

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, hermanos y marido por creer en mí y apoyarme en todo momento, sin ellos no sería lo mismo.

## INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 Antecedentes Contextuales.....	11
2.2. Antecedentes Epidemiológicos.....	15
2.3 Salud Mental en Chile .....	16
2.3.1 Plan Nacional de Salud Mental .....	17
2.3.2 Atención Primaria.....	20
2.4. Fundamentos Epistemológicos .....	21
2.4.1 Construcción social.....	21
2.4.2 La narrativa.....	22
2.4.3 Modelo Sistémico Centrado en Narrativas.....	24
2.4.4 Fundamentos onto-epistemológicos de la Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas.....	26
2.4.5 La co-construcción de un problema. La triada inseparable en psicoterapia XYZ.....	28
2.5. La psicoterapia como Arte.....	31
3. OBJETIVOS.....	33
3.1 Objetivo General.....	33
3.2 Objetivos Específicos .....	33
4. MARCO METODOLÓGICO .....	34
4.1 Fundamentos Onto – epistemológicos.....	34
4.2 Estrategia de Investigación.....	38
4.3 Técnicas o instrumentos de recolección de la información.....	40

4.4 Descripción del caso.....	42
4.4.1 Identificación del caso.....	42
4.4.2 Antecedentes Generales.....	44
4.4.3. Motivo de consulta.....	47
4.4.4 Historia del problema.....	48
4.4.5 Análisis y descripción de las conductas problema.....	50
4.4.6 Establecimiento de metas de la intervención, foco, objetivos y/o lineamiento de trabajo.....	52
4.4.7 Selección del tratamiento más indicado.....	53
4.4.8 Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase.....	56
4.4.9 Aplicación de los Tratamientos.....	57
4.4.9.1 Sesión 1 y 2.....	57
4.4.9.2 Sesión 3.....	62
4.4.9.3. Sesión 4 y 5.....	68
4.4.9.4. Sesión 6.....	75
4.4.9.5 Sesión 7.....	80
4.4.9.6 Sesión 8.....	84
4.4.10 Evaluación de la eficacia de los tratamientos.....	88
4.4.11 Estado del proceso y Seguimiento.....	92
4.4.12 Vínculo Terapéutico y Persona del Terapeuta.....	94
4.4.13Criterios de rigor en la Investigación cualitativa.....	97
4.4.14 Consideraciones éticas.....	99
5. RESULTADOS.....	100
5.1 Del Modelo Sistemico Centrado en Narrativas.....	100
5.2 De la Percepción del Consultante.....	103
5.3 Comparación del OQ-45.2.....	103
6. REFLEXIONES FINALES.....	105

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	111
8. ANEXOS.....	115
8.1 Anexo 1 Consentimiento para la utilización de información del proceso psicoterapéutico para la docencia. Contrato Terapéutico. Consentimiento informado. Información General que motiva la Consulta .....	115
8.2 Anexo 2 “Receta como vivir el día a día” .....	122
8.3 Anexo 3 Cuestionario OQ-45.2. Resultados Pre-test .....	123
8.4 Anexo 4 Cuestionario OQ-45.2. Resultados Post Test. ....	126
8.5 Anexo 5 Cuestionario de Seguimiento .....	129

## RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como objetivo describir el proceso terapéutico de Paola, 57 años de edad, dueña de casa, quien consulta en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, Chile, refiriendo “*tengo ansiedad y angustia por mi salud y calidad de vida*”. El proceso terapéutico que se llevó a cabo fue desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas y contó con 8 sesiones, más una de seguimiento. Las sesiones fueron realizadas de manera semanal y quincenal y la última de seguimiento se prolongó en el tiempo y en la cual se aplicó el cuestionario de Historias de Psicoterapia de Adler, Skalina, y McAdams (2008).

El objetivo de la investigación fue describir el proceso y los efectos terapéuticos de una intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas en el contexto de supervisión de Magister Clínico de la Universidad de Valparaíso, para lo cual se trabajó en deconstruir las narrativas iniciales hasta que emergieron nuevas explicaciones alternativas que le hicieron sentido, generando pautas nuevas de acción y aliviando el sufrimiento de Paola por el cual consultó inicialmente, disolviéndose por tanto el problema.

El proceso de investigación se llevó a cabo mediante la Metodología Cualitativa y la redacción a través de una adaptación del modelo propuesto por Buela-Casal y Sierra (2002).

**Palabras Clave:** Estudio de caso - Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas – deconstrucción.

## ABSTRACT

The following case study describes the therapeutical process of a patient called Paola. The subject of 57 years old consulted at the Psychology School of the University of Valparaíso. She referred “*I experience anxiety and distress related to my health and quality of life*”. The therapeutical process was conducted under the guidelines of the Systemic psychotherapy focused on narratives. The intervention last 8 sessions, plus one monitoring session some weeks after the intervention. The sessions where conducted weekly and sometimes every two weeks. During the last session a Questionary of Psychological Therapy’s Histories (Skalina & McAdams, 2008) was applied.

The goal of this investigation was to describe the process and the therapeutical effects of an intervention based on the Systemic psychotherapy focused on narratives. This process was supervised by the Clinical Master’s Teachers of Valparaíso’s University. The intervention focused on deconstructing the initials narratives about Paola’s anxiety, until new explanations emerged, and made sense to her. These generated new patterns of conduct and allowed Paola to have some relief about the suffering she consulted on the first place.

The investigation was developed on a Qualitative Methodology basis and the the writing of the present study was used an adaptation of the model proposed by Buela-Casal and Sierra (2002).

**Keywords:** Case study - Systemic psychotherapy focused on narratives - deconstruction.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso, se enmarca en el proceso de supervisión de Magíster Clínico de la Universidad de Valparaíso, el cual se lleva a cabo desde los planteamientos de la teoría construccionista.

En primera instancia es menester aludir al concepto de “salud”, ya que, la comprensión de ello permitiría adentrarnos a una parte del universo de significaciones y narrativas que conllevan a que la consultante solicite ayuda, en este aspecto, existe un consenso respecto de lo que podemos entender como dicho estado y es aquel definido por la Organización Mundial de la Salud, es decir, “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2017) y llevado al ámbito de la salud mental, ello implicaría un estado de bienestar que conlleva no sólo la ausencia de enfermedades, sino que involucraría dicha sensación. En este aspecto, para asegurar la mantención de un estado saludable, dicha organización plantea una serie de acciones y políticas de prevención con el fin de dar una respuesta oportuna y eficaz a un problema de salud.

En nuestro país, la definición de salud mental no dista de lo referido anteriormente, sin embargo pone énfasis en el elemento de interacción social, señalando que la salud corresponde a “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Plan nacional de salud mental, 2017).

A partir de lo anterior, podemos deducir que el que una persona se encuentre saludable no sólo implica el despliegue de acciones individuales, sino que también implicaría el despliegue de acciones y de responsabilidades a nivel gubernamental, ya que, llevar a cabo un estilo de vida saludable se encuentra influido por una serie de factores que trascienden la mera decisión individual, como, por ejemplo, muchas veces los elementos económicos, culturales, étnicos, entre otros, interfieren en que esto se pueda llevar a cabo, tal como se indica en el Plan Nacional de salud mental (2017), donde refiere que los elementos económicos como la distribución de la riqueza, tienen un impacto directo en la

salud mental de las personas, de esta manera, existen condiciones como el género, la raza e incluso el tipo de residencia urbano-rural que conllevarían un estado menor de bienestar, siendo un elemento más que deja en evidencia las desigualdades existentes.

Ahora bien, surge la pregunta respecto del ámbito de la salud mental, en el cual es posible evidenciar los mayores índices de enfermedad, correspondiendo éstos y de acuerdo a la OMS, a la ansiedad y otros trastornos asociados, definiéndola como un “estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos” (2017). En este aspecto, las estadísticas entregadas por dicha organización, darían cuenta de que más de 260 millones de personas presentan trastornos de salud mental relacionados con la ansiedad. En Chile el panorama no es diferente, ya que, más de un millón de habitantes padece de trastornos asociados a la ansiedad, reflejando a su vez, una diferencia por razón de género, siendo más alto este porcentaje en la población femenina, por lo que, y tal como se indica anteriormente, dicha cifra se correlacionaría con las diferencias entre las condiciones de las personas.

En relación a lo anterior, además es menester dar cuenta de un elemento importante a considerar, ya que, si bien las consultas por trastornos relacionados con la ansiedad son las más altas en el mundo, también son difíciles de pesquisar porque para el consultante resulta difícil de definir, confundiendo sus síntomas con indicadores de otros trastornos como lo es la depresión, el estrés y otros problemas físicos, por lo que las cifras pueden ser aún mayores.

En cuanto al ámbito económico, en Chile es importante considerar también el Sistema de Salud en relación al acceso a éste; si bien es importante reconocer grandes avances en los últimos años, aun se observan deficiencias especialmente en el ámbito público como por ejemplo el hecho de que menos del 50% de los médicos trabajan efectivamente en el sector público (Goic, 2015) lo que implica la falta de médicos especialistas para el público general, por ende la dificultad para acceder a estos y los largos tiempos de espera en la atención luego de obtener el acceso. Por otra parte, enfermarse en Chile es costoso puesto que el gasto de bolsillo en Salud (4.6%) como el costo de los medicamentos en Chile es elevado (Goic, 2015). La cantidad de hospitales y de camas hospitalarias es insuficiente,

además presentan precarias condiciones (Goic, 2015), lo que implica nuevamente tiempos de espera altos para una solución precaria.

En lo que respecta al ámbito del tratamiento, este también resulta ser un terreno de dificultad, ya que, más de la mitad de las personas que presentan sintomatología ansiosa no inician el tratamiento o lo abandonan (Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P. & Melis, F., 2012). En relación al tipo de tratamiento que desarrollan las personas, los más comunes y que presentan mayor evidencia empírica respecto a su efectividad son la farmacológica y las terapias cognitivo conductuales (Capafons, Antonio, 2001), donde éstas últimas serían las que más eficacia presentan, dando cuenta de menor abandono y de procedimientos mejor establecidos con capacidad de ser reproducibles (Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P. & Melis, F., 2012).

En virtud de lo anterior, y en razón de que existen pocos estudios respecto al seguimiento y resultados en el tratamiento de personas con sintomatología ansiosa utilizando otros modelos de psicoterapia, es que se visualiza la necesidad de contribuir al ámbito investigativo mediante el presente estudio de caso, llevándose a cabo mediante la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, poniendo relevancia a la persona y su cosmovisión y donde el terapeuta no representa un rol de experto como en los modelos antes referidos, sino que todo lo contrario, el modelo plantea que el ser humano habita en el lenguaje, “no sabemos cómo las cosas son. Sólo sabemos cómo las observamos o cómo las interpretamos” (Echeverría, 1195, en Zlachevsky, 2015), por lo que el medio de trabajo en psicoterapia, es decir, el lenguaje, se co-construye en el encuentro con otros, en palabras de Zlachevsky (2015) “una narrativa es un sistema de significados compartidos constituido por actores o personas que incluye un guion y un escenario”.

Lo anterior implica que en psicoterapia, el terapeuta nunca sabe más que quien consulta, él es el experto y él decide, qué desea cambiar, siendo el terapeuta por tanto, un experto en realizar preguntas que conlleven a que el consultante se plantee explicaciones alternativas. Esta diferencia en el actuar del terapeuta quien no se considera experto en la vida del otro, y no sabe lo que está bien o lo que está mal, o lo que debe hacer, o dejar de hacer para sentirse mejor, resulta clave al momento de analizar y realizar un estudio de caso sobre un proceso terapéutico alternativo en relación a lo que suele encontrarse al revisar bibliografía respecto al tratamiento de la ansiedad.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes Contextuales

Antes de revisar los conceptos actuales es importante realizar una revisión histórica y bibliográfica respecto a los constructos con los cuales se trabajará, ya que, la ansiedad es un concepto que ha sido muy estudiado por años en el campo de la psicología, pasando por diversas definiciones y teorías que han generado históricamente confusión, siendo uno de los más prevalentes trastornos en salud mental y que tal como se indica anteriormente, resulta ser un ámbito de compleja definición por las dificultades de diferenciarlo con otros trastornos con sintomatología similar.

Desde sus orígenes, la palabra ansiedad proviene del latín *anxietas* que a su vez proviene de la palabra indoeuropea *angh* de la cual no sólo proviene la palabra *anxietas* sino *ango* que significa angustia. Ambas palabras provenientes del mismo origen eran utilizadas con diferentes significados, implicando con ello que en la actualidad se genere confusión en el diagnóstico de un cuadro determinado, implicando con ello, desaciertos en su tratamiento.

Tal como se indica anteriormente, la diferenciación de ansiedad y angustia en sus orígenes es compleja, especialmente en los autores de habla español y francés puesto que se observa que utilizan ambas palabras de manera indistinta para expresar un mismo significado. A diferencia del inglés y alemán donde los términos *anxiety* y *angst* son utilizados para describir lo mismo. Esto resulta muy relevante al momento de realizar psicoterapia en habla hispana puesto que como se mencionó resulta difícil diferenciar los conceptos de angustia y ansiedad que tienen un mismo origen y que en otros idiomas describen exactamente lo mismo.

En los tiempos de Sófocles, Platón o Arateo, se observan descripciones de estados de salud que indicaban características similares a las descritas posteriormente como ansiedad, como ejemplo de ello en el siglo V AC, Hipócrates refiere “en el tercero estuvo muy caído, tuvo sed, congoja en el estómago, mucha inquietud y aflicción con angustias, deliró” (Sarudiansky, 2013).

Años después en 1769, William Cullen (Sarudiansky, 2013) estableció el término de neurosis, que, si bien no corresponde exactamente con los términos utilizados hoy en día, si abarca gran parte de la sintomatología que actualmente implica la ansiedad junto con otra gama de trastornos.

Entre los años 1892 y 1899 Sigmund Freud (Ojeda, Cesar, 2003) realizó diversas aportaciones al concepto de ansiedad, realizando una separación dentro de la neurastenia denominándola neurosis de angustia. La denominada neurosis de angustia sería un cuadro clínico en que sus componentes se agrupan en torno a uno principal que sería la angustia, este cuadro se caracterizaría por una excitabilidad general y un estado de tensión que se reflejaría en una acumulación de excitación o dificultad y/o incapacidad de resistirla. Además, se caracteriza por la espera angustiosa, que la define como expectativas catastróficas respecto a sí mismo y/u otros. Otra característica importante de la neurosis de angustia serían los ataques de angustia los cuales serían sumamente diversos compuestos de palpitaciones, arritmias, taquicardia, disnea, sudoración, temblores, vértigo, entre otros.

En 1909 Pierre Janet (Ojeda, Cesar, 2003) realiza su publicación respecto a las neurosis en el cual refiere que las enfermedades funcionales deberían ser consideradas en la neurosis, definiéndolas como aquellas a las que no se les puede encontrar un origen fisiológico o que abarcan más allá de un origen fisiológico. Janet (Ojeda, Cesar, 2003) refiere que las funciones tendrían estratos superiores e inferiores, las funciones superiores serían una adaptación de una función a circunstancias recientes particulares y actuales externas o internas. En la neurastenia o nerviosismo fallarían estos estratos superiores de las funciones motivo por el cual surgirían los inferiores como una agitación psíquica y mental y la emotividad. Por otro lado, estaría la psicastenia en la cual agruparía las fobias y obsesiones y finalmente la histeria.

Posteriormente Littré y Robin (en Berrios, 2008) elaboran un diccionario de medicina en el cual realizan una diferenciación de dichos términos de tipo dimensional puesto que la diferencia se encontraba en la severidad de cada una siendo la angustia un trastorno más bien físico y la ansiedad, psicológico.

Otro autor, Henry Ey (2008, en Sarudiansky, 2013) no distingue entre ansiedad y angustia aun cuando utiliza angustia más específicamente en el ámbito físico. Ey (2008, en Sarudiansky, 2013) toma los postulados de Freud y los organiza en torno a la característica

principal de la neurosis, la cual sería la angustia. Ey (2008, en Sarudiansky, 2013) dividirá las neurosis en dos grandes grupos, por un lado, aquellas que denomina indiferenciadas que serían la neurosis de angustia y grandemente diferenciadas que sería la neurosis fóbica, histérica y psicosis. Dicho autor visualiza estas distinciones como un continuo en donde por un lado estaría la normalidad psicológica y por el otro extremo la psicosis, diferenciando por tanto la sintomatología en relación a su gravedad de acuerdo al compromiso observado físico y psíquico. Cabe señalar también que Ey (2008, en Sarudiansky, 2013) incorpora la noción del miedo asociada a la ansiedad y relacionada a algún peligro el cual puede ser real o imaginario.

La primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM I, fue publicado en 1952 y fue influenciado por el psicoanálisis comprendiendo los trastornos psiconeuroticos como “la ansiedad que puede percibirse directamente o ser controlada inconsciente y automáticamente empleando diversos mecanismos psicológicos de defensa” (DSM I, 1952).

En 1962, Donald Klein (1962, en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) realiza la diferenciación de la ansiedad generalizada y la crisis de pánico que hasta ese entonces se consideraba como un mismo trastorno de diferentes características.

Juan José Lopez – Ibor (1966) corrobora lo revisado previamente en cuanto a que las neurosis tendrían un componente central y común que sería la angustia. López (1962, en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) refiere que la angustia sería una respuesta ante el miedo por lo que concluye que la angustia no sería patológica, sino que correspondería a la manera de lidiar con el miedo agregando que dicha respuesta sería más bien esencial para el ser humano pues lo moviliza, sin embargo, agrega que existiría también la angustia patológica que paralizaría al ser humano, aunque no define la intensidad de ésta para que se considere patológica.

Siguiendo esta misma línea es importante señalar que el miedo correspondería a una sensación respecto a un peligro. El miedo como emoción y respuesta es común a todos los seres vivos y permite sobrevivir, ya que, pone en alerta y activa los mecanismos de huida, paralización o lucha (Cannos 1927, en Sarudiansky, 2013). Considerando que el miedo involucra distintos niveles de activación en el ser vivo y que en la literatura históricamente ha sido directamente relacionado a la ansiedad, ambas definiciones deberían incluir ciertas

semejanzas, sin embargo, existe cierta controversia al respecto las cuales se mantienen hasta la actualidad.

En el DSM II publicado en 1968, aparece la distinción realizada por Klein (DSM II, 1968) en la cual la neurosis de ansiedad no debía estar relacionada directamente a una situación u objeto necesariamente, diferenciando, por tanto, las fobias específicas de la ansiedad generalizada.

En el DSM III publicado en 1980, se observa un cambio importante en relación a que poco a poco el psicoanálisis empieza a perder peso en el mundo médico por lo que se observa una separación definitiva de sus conceptos, sustituyendo el término neurosis por trastornos de la ansiedad.

En ese mismo año Lewis (1980 en Sierra, Juan Carlos;Ortega, Virgilio e Zubeidat, 2003) realiza una definición que hasta el día de hoy se mantiene vigente y en concordancia a los manuales actuales:

... En primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas o parcialmente controladas... (Página 21).

Estudios posteriores realizan diferenciaciones en cuanto a la ansiedad describiéndola como un estado transitorio específico de algún momento y/o contexto en particular lo cual la distancia de su comprensión inicial como rasgo de la personalidad, en este punto Kristensen, Mortensen y Mors (2009, en Sarudiansky, 2013) identifican 110 síntomas corporales de la ansiedad y 77 síntomas emocionales y/o cognitivos de la misma,

evidenciándose por tanto la dificultad que existe para definir el concepto, identificarla, diagnosticarla y por supuesto, tratarla.

## **2.2 Antecedentes Epidemiológicos**

La OMS, indica que el 25% aproximado de la población mundial desarrollará a lo largo de su vida algún tipo de enfermedad mental, además indican que éstos son responsables del 14% de la carga global de enfermedad en el mundo.

Dicho organismo define la ansiedad como “estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos” (OMS, 2017).

De acuerdo a la edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – V, 2013), los trastornos de ansiedad se organizan en trastornos de ansiedad por separación, mutismo selectivo, agorafobia, trastorno de ansiedad social, fobia específica, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada. Es importante señalar que, en dicho Manual, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés post traumático que su anterior edición se encontraban asociados a la ansiedad, en esta agrupación ya no se consideran como tal.

Por otro lado, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992), los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos serían, trastorno de ansiedad fóbica, agorafobia sin trastorno de pánico y con trastorno de pánico, fobia social, fobias específicas (aisladas), otros trastornos de ansiedad fóbica, trastornos de ansiedad fóbica sin especificación, trastornos de pánico, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, otro trastorno mixto de ansiedad, otros trastornos de ansiedad especificada, otros trastornos de ansiedad no especificado, trastorno obsesivo – compulsivo, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos disociativos (de conversión), trastornos somatomorfos y otros trastornos neuróticos.

En cuanto a la prevalencia a nivel mundial, según lo señalado por la OMS y de acuerdo a lo que este organismo comprende como ansiedad, más de 260 millones de personas presentan trastornos de salud mental relacionados con la ansiedad.

En lo que respecta a nuestro país, y de acuerdo a lo indicado por el MINSAL (2018) más de un millón de habitantes padece de trastornos asociados a la ansiedad, lo cual equivale a un 6.5% de la población total, comprendiendo dicho trastorno como:

...una respuesta emocional que se presenta en un sujeto antes situaciones que percibe o interpreta como peligrosas o amenazantes, aunque en realidad no se pueden considerar como tal. Esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, tiene un carácter patológico al alterar el funcionamiento normal del sujeto, manifestándose en múltiples disfunciones y desajustes a nivel fisiológico, conductual y cognitivo... (MINSAL, 2018, Párrafo 1).

En relación a lo anterior y de acuerdo al protocolo de acción recomendado por el MINSAL de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica NO GES de Trastorno Ansioso (2018), en primera instancia se debe identificar el trastorno de ansiedad del paciente según los criterios previamente mencionados de la clasificación de CIE-10, que comprende los códigos F40 al F43. Haciendo hincapié también a realizar un adecuado diagnóstico diferencial descartando por tanto enfermedades tales como hipotiroidismo, cuadros orgánicos y demencia, síndromes vertiginosos, infarto agudo al miocardio y síndromes anginosos, feocromocitoma, síndromes depresivos, esquizofrenia, entre otros.

En cuanto a la prevalencia de vida estimada publicada por el MINSAL (2018), y en base al DSM III fue de un 16.2% considerando todos los trastornos ansiosos y en cuanto a género un 8.7% en hombres y un 23.1% en mujeres. De acuerdo a lo anterior y en relación a la estimación de prevalencia del último año llego a un 9.9% en mayores de 15 años, 3.7% en hombres y 23.1% en mujeres.

### **2.3 Salud Mental en Chile**

De acuerdo a lo publicado por MINSAL en su Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025, se registran avances en el sistema de salud público en cuanto a la detección de enfermedades de salud mental, acceso a la atención y calidad de ésta, pese a esto la prevalencia de los trastornos ansiosos, abuso y dependencia de sustancias y depresión,

siguen siendo altas, además las licencias médicas con motivo de salud mental se encuentran en primer lugar.

Chile también figura con altos niveles de desigualdad, donde la Salud Mental es un ámbito más de su reflejo, ya que, los estratos socioeconómicos más bajos presentan índices más altos de trastornos en este ámbito y no solo eso, sino que también presentan mayor severidad en ellos. En este aspecto, también se evidencia una mayor dificultad para acceder a un tratamiento siendo un factor más de vulnerabilidad para quienes se encuentran en dicha situación.

En relación al ámbito de la inversión económica que se realiza en Chile a nivel de salud, esta también resulta insuficiente tal como se indica en el Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025), donde se indica que “el gasto público en salud de nuestro país es muy bajo en relación a los países desarrollados y en salud mental llega sólo al 2,4% del gasto total en salud, muy lejos de la recomendación mínima de la OMS”.

En cuanto a la carga de enfermedad, según los últimos estudios en Chile un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte serían causa de trastornos de salud mental (Plan Nacional de Salud Mental 2017). Y en el caso específico de las mujeres los trastornos ansiosos estarían entre las primeras cinco causales de años de vida perdidos para la salud. Ello, además, se relaciona con que en la etapa adulta, la persona se encuentra expuesta diversos factores estresantes que se acarrean de etapas previas, configurándose estos elementos como factores de riesgo donde se encuentra la desigualdad en la salud, por lo que ello implica un cierto deterioro tanto en la salud física como mental. Lo anterior, se refleja en la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de vida (2011) ya que, refiere que los peores indicadores corresponden a mujeres que se dedican a actividades del hogar no remuneradas, servicio doméstico, empleos informales y del sector público. Es menester referir, además, que las licencias por salud mental ocupan el primer lugar de causa de licencia en nuestro país, desde el año 2008.

**2.3.1 Plan Nacional de Salud Mental.** A modo de respuesta ante la situación en Chile respecto a la salud mental se elabora en 1993 el Plan de Salud Mental y Psiquiatría que plantea ciertas directrices de trabajo (Plan Nacional de Salud Mental 2017):

- Un programa que incorpora contenidos de salud mental en los tres niveles de atención.

- Un soporte organizacional que pudiese llevar a cabo la implementación del plan, un consejo técnico en salud mental y un consejo intersectorial.

- Atención de salud mental en atención primaria.

- Capacitación de los equipos en salud mental y autocuidado en los trabajadores.

- Propuestas legales para la protección de los derechos de quienes se ven afectados por trastornos de salud mental.

Posteriormente y a la base de este primer plan, se elabora el segundo Plan de Salud Mental y psiquiatría que tiene como fin principal insertarse en la comunidad y entregar respuestas a las problemáticas sociales de manera efectiva indicando:

- Se instala la consultoría de salud mental en atención primaria a fin de dar respuesta a problemas de salud mental y mejorar su capacidad resolutive.

- Diversidad y mejorías en la oferta tales como hospitales y centros diurnos, hogares protegidos, clubes sociales, talleres de inserción laboral y ocupacionales, etc.

- Promoción de la desinstitucionalización de pacientes en hospitales psiquiátricos.

- Mejoras en los hospitales de corta estadía.

- Implementación de centros de salud mental comunitarios.

- Refuerzo de la participaciones de los familiares y usuarios en los tratamientos.

Pese a los esfuerzos, estos planes de salud mental no han sido suficientes para cubrir las necesidades de la población, motivo por el cual se ha realizado un tercer plan de salud mental y psiquiatría, modificando la adherencia que habrían hecho en primera instancia a la definición de salud mental establecida por la OMS (s/f en MINSAL, 2017), la cual aludía a un estado de bienestar mediante el cual una persona sería consciente de sus propias capacidades, pudiendo afrontar las tensiones normales de la vida, trabajando de forma productiva y fructífera y siendo capaz además de hacer una contribución a su comunidad,

no obstante, Chile en su Plan Nacional de Salud Mental (2017) modificaría dicha definición, elaborando una propia, a partir de la cual comprende la salud mental como:

...la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común... (Página 31).

A pesar de ser un plan nuevo, en este, nuestro país toma en consideración los planes anteriores en lo que respecta a la inserción de la salud mental en la comunidad y en la familia incluyendo la evaluación de las deficiencias con las que aún se cuenta en el sistema de salud, por lo que centra sus acciones en generar mejoras en los siguientes ejes:

1. Regulación y Derechos Humanos.
2. Provisión de Servicios de Salud Mental.
3. Financiación
4. Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación
5. Recursos Humanos y Formación
6. Participación
7. Intersectorialidad

Es importante agregar que Chile no cuenta con una ley unificada en salud mental, contando solamente con leyes no articuladas entre sí mismas, ejemplo de ello son aquellas que indican las garantías en salud, donde en el ámbito de la salud mental sólo se alude a ciertas enfermedades que contarían con coberturas siendo aquellas la esquizofrenia, la depresión y trastorno bipolar en mayores de 15 años y consumo perjudicial de alcohol o drogas en menores de 20 años, evidenciando por ende, un ámbito reducido de tratamiento e intervención.

**2.3.2 Atención Primaria.** Las orientaciones en la atención primaria se encuentran basadas en el modelo de atención integral en salud, las cuales se enfocan en cuatro puntos específicos, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (MINSAL, 2018):

1.- Promoción: se encuentra enfocada en establecer entornos saludables en la comunidad a fin de mejorar la calidad de vida y la salud de las personas, fomentando la adquisición de hábitos saludables como una alimentación adecuada, actividad física y recreación, por lo que en este ámbito cobra relevancia diseñar estrategias locales y considerar la implementación de talleres de habilidades personales que consideren temas de autoestima, autoeficacia, relaciones positivas, autonomía, autoaceptación y propósito en la vida.

2.- Prevención: Este ámbito se encuentra enfocado en la realización de cuidados continuos en cada etapa de la vida, tiene que ver con la realización de controles preventivos a fin de detectar enfermedades de manera precoz para facilitar el éxito de un tratamiento, siendo el objetivo principal de acuerdo a Mrazek & Haggerty (1994 en Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones, MINSAL) al hecho de:

...reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad... (Página 32).

3.- Tratamiento: Este consiste principalmente en brindar atención integral y de manera oportuna a las personas, realizando consultorías, colaboración con grupos de autoayuda y continuidad de cuidados. En este aspecto existen algunas guías de práctica clínica para algunos trastornos específicos, sin embargo, en el caso de la ansiedad, su tratamiento solamente se encuentra asociado para los tratamientos asociados al consumo, pero no específico para sí mismo.

4.- Rehabilitación: se encuentra relacionada principalmente con la continuidad de cuidados y la articulación de la red que permite las derivaciones solamente en el caso que se requiera una atención especializada, así como también se encuentra enfocada al seguimiento de los casos dados de alta.

## **2.4 Fundamentos Epistemológicos**

**2.4.1 Construccinismo social.** Según lo planteado por Gergen (2007), históricamente las ciencias naturales lograron explicar ciertos fenómenos mediante mecanismos exactos tales como la matemática, los experimentos logrados podían predecir lo que ocurriría, estos experimentos eran replicables en otros tiempos, años y circunstancias obteniendo los mismos resultados, considerándose por tanto que se lograba tener un acceso privilegiado a la realidad, siendo el investigador un observador objetivo, en palabras del autor:

...Desde el tradicional punto de vista positivista, la tarea inicial del científico es observar el estado de la naturaleza y documentar con exactitud la relación sistemática existente entre los observables. Se dice que, sobre la base de esta observación preliminar, el científico puede construir inductivamente las aseveraciones teóricas generales que describen y explican el fenómeno en cuestión... (Página 63).

En este aspecto, las ciencias sociales durante años han intentado acceder a los mismos resultados objetivos y poder así predecir la conducta humana lo cual significaría anticipar problemas de salud mental hasta una guerra, sin embargo, estas ciencias son históricas y no estáticas por lo que intervienen diversas variables como los sesgos del observador e inclusive el paso del tiempo. En el modernismo se plantea la importancia de la investigación sobre la mente humana, mediante la observación de un experto con conocimiento teórico mediante el cual se podría llegar a predecir la conducta humana y guiarla hacia un mejor estado mental, dado estos planteamientos, se entiende que la racionalidad se concibe como individual. Además, dicho enfoque comprende la realidad

como una cuestión objetiva que mediante la observación experta podría acceder a una realidad objetiva externa al individuo que observa (Gergen, 2007).

Otro punto importante del modernismo sería el rol que cumple el lenguaje como portador de la verdad, ya que sería el medio a través del cual el observador experto y objetivo transmite el conocimiento adquirido (Gergen, 2007).

En la posmodernidad se ha visto ampliamente criticado el método científico y los postulados enunciados anteriormente, planteando Gergen (2007) que se desprende de lo anterior, la importancia de trasladarse de la razón individual a la retórica comunal, puesto que, el ser humano no se encuentra aislado en el mundo sino más bien inmerso en la cultura en una interrelación con otros. Dicho autor además señala, que existiría un cambio en el concepto de mundo objetivo hacia uno construido socialmente, discutiendo el hecho de que exista un mundo “allá afuera” que pueda ser observado objetivamente, sino más bien este mundo sería un reflejo de lo que percibe el observador, “en este sentido, lo que tomamos como “lo real”, lo que consideramos como verdad transparente acerca del funcionamiento humano es un subproducto de la construcción comunal” (Gergen, 2007), lo que además implica que aquello que se describe, no es más que una construcción compartida por una comunidad, es decir, una convención social. En cuanto al lenguaje, agrega que no sería una construcción de la mente, ya que un lenguaje por sí mismo no sería individual, sino que más bien es un producto de procesos culturales, concibiéndose y comprendiéndose en la interacción con otros.

Por tanto, el presente estudio de caso, se enmarca desde los planteamientos del construccionismo social, el cual enfatiza el conocimiento como una construcción colectiva y donde la objetividad, no existiría per se, sino que sería un logro relacional y donde el lenguaje cobraría importancia como un medio a través del cual se construyen verdades locales, cambiando por tanto la visión del conocimiento individual y lo objetivo de los paradigmas anteriores hacia la metáfora de la construcción social.

**2.4.2 La Narrativa.** Dentro del construccionismo social, cobra relevancia el lenguaje y la narrativa, ésta última proveniente del verbo narrar es definida por la Real Academia Española como el acto de “contar, referir lo sucedido, o un hecho o una historia” (RAE, 2020). En este marco, La terapia narrativa y tal como como su nombre lo indica, trabaja

precisamente con este elemento, es decir, con relatos, narraciones, secuencias de vida, etc. y sus fundamentos son aquellos en los que se basa el presente estudio.

En relación a lo anterior, Martin Payne (2002), en las terapias tradicionales se solía entender la terapia en base a la ciencia, es decir, en base al método científico brevemente señalado con anterioridad, lo que implicaba que un terapeuta debía incorporar la máxima cantidad posible de conocimiento para poder realizar una terapia que se considerase como “buena” y para ello debía utilizar diferentes técnicas, analizaban lo que le ocurría al consultante, comprendiendo la realidad del mismo desde el conocimiento adquirido, la lectura, el entrenamiento y la reflexión, otorgando la síntesis de ello como una explicación y presunta solución a la persona que asistía a terapia, no obstante, nos refiere Payne (2002):

...desde la perspectiva posmoderna, por el contrario, se asume que no son las descripciones, múltiples y contradictorias, de las teorías de la terapia lo que puede conocerse, sino la experiencia concreta, cotidiana y personal de nuestras vidas, que se expresa en las narrativas que nos contamos unos a otros... (Página 37).

De esta manera, es a través de las narrativas que conocemos e interpretamos el mundo, las cuales además se encuentran inmersas y se elaboran a partir de factores culturales y sociales, dando cuenta con ello que no podemos conocer el mundo en sí mismo, sino que lo hacemos mediante los presupuestos que construimos respecto de éste (Payne, 2002). Desde esta misma línea de pensamiento, no obstante, no se plantea que, desde el paradigma postmoderno, se niegue el conocimiento experto, sino más bien, se entrega relevancia a las narrativas y junto con ello al pensamiento local derivado de la experiencia de las personas, el cual se considera tan genuino y respetable como el de un experto.

Zlshevsky (2003) refiere que contar y contarse historias es una de las practicas más antiguas del pensar humano, todos lo hacemos, cuando nos preguntan por un hecho solemos relatarles una historia hilada, con sentido, organizada con conectores lógicos y secuencias temporales. La vida es una historia construida en la cual el actor principal es uno mismo, según White y Epsom (1993, en Zlachevsky, 2003):

...en un esfuerzo por dar sentido a sus vidas, las personas se enfrentan con la tarea de organizar su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea. Las experiencias específicas de sucesos del pasado y del presente, y aquellas que prevé ocurrirán en el futuro, deben estar conectadas entre sí en una secuencia lineal, para que la narración pueda desarrollarse... (Página 48).

Lo que relata cada persona sería único y los significados que le atribuiría a cada suceso dependería de la manera única y particular que cada persona significa los hechos que relata. Estas significaciones de los hechos dependerían del sistema u organización de significados que la persona ha ido adquiriendo a lo largo de su vida al relacionarse y convivir con otros. De esta manera se va hilvanando una trama dramática llamada narrativa correspondiente a las redes de significación conjunta en cada contexto de nuestra vida (Zlachevsky, 2003).

**2.4.3 Modelo Sistémico Centrado en Narrativas.** La propuesta de Zlachevsky (2015), plantea que lo ontológico radica en el lenguaje y que es en éste que los seres humanos vivimos y nos construimos, por tanto, ningún fenómeno sería independiente de los sujetos que los observan, perciben e interpretan, sino que como sujetos seríamos participantes activos del conocer, es por esto que plantea que no se podría asegurar que lo observado se corresponde con la realidad. Zlachevsky (2015) plantea:

...estamos siempre inmersos en distintas redes sociales, en distintos dominios de existencia, todos co – existiendo al mismo tiempo, de manera simultánea, y que en cada uno de ellos hablamos de una forma especial. Esa forma de hablar nos lleva a comportarnos de manera distinta en nuestros distintos sistemas interpersonales y sociales... (Página 21).

Con esto se refiere a una definición del lenguaje en el cual los dominios de existencia serían los distintos sistemas relacionales y discursivos en los cuales habitamos, en los que se co-construyen narrativas de cómo distinguimos y somos distinguidos por otros en cada espacio relacional, somos diferentes como mujer, madre, hija, compañera de trabajo, amiga,

etc., en cada sistema relacional me comporto de manera distinta y comparto conocimientos y experiencias distintas en cada encuentro.

En el contexto terapéutico por tanto, el terapeuta debe de estar consciente de que se encuentra co-construyendo junto al consultante en todo momento ciertas narrativas. Según Maturana en Zlachevsky (2015) refiere que se debería cambiar la idea de objetividad por la de responsabilidad, ya que no existe una manera de acceder a un mundo objetivo independiente de quien lo observa y de esta reflexión surge el concepto de constructividad puesto que refiere que no es posible asegurar que lo que vemos y observamos del mundo son la realidad y que lo que ven y observan los demás estaría equivocado, sino más bien sólo podríamos asegurar que lo que vemos es una realidad para mí pues así la percibo, el concepto de constructividad además implica movimiento pues los significados van surgiendo a medida que se va construyendo. Al estar co- construyendo significados en el proceso terapéutico en conjunto con el consultante implica también que es el consultante quien decide lo que es doloroso para él y no el terapeuta puesto que no sabemos que le ocurre, desde este punto de vista también se acoge la idea de que todas las creencias son válidas y por lo tanto no existe necesidad de querer cambiar al otro sino solo invitarlos a reflexionar sobre sus propias creencias.

Los terapeutas definen la forma en que hacen terapia desde sus propias creencias, no existe por tanto una forma única de hacer terapia, ni siquiera una forma única de entender la narrativa; sin embargo, los terapeutas sistémicos centrados en narrativas aunque discrepan en la forma de operar, comparten ciertas premisas en común (Zlachevsky, 2015):

1.- Los seres humanos somos y existimos en el lenguaje, el mundo lo construimos en el lenguaje.

2.- El sistema psicoterapéutico se distingue por el desarrollo de un significado co-creado que sería el problema por el que consulta el paciente y que lo hace sufrir y que sólo cobra sentido en el dominio de existencia que el consultante defina como tal.

3.- El consultante es quien describe lo que le ocurre y participa en la co- construcción de estos significados, es él quien decide lo que lo trae a consultar, lo que quiere cambiar y lo que quiere mantener, el terapeuta no sabe más que el consultante.

4.- El rol del terapeuta es el de un experto en hacer preguntas que gatillen e inviten a reflexionar explicaciones alternativas en los consultantes.

5.- Las reflexiones alternativas de los consultantes permitirán la co-construcción de nuevas narrativas en las cuales reside la posibilidad de re-relatar los hechos de la vida desde un nuevo y diferente significado.

6.- El terapeuta por tanto es un experto en hacer preguntas, no asume que sabe lo que le ocurre al consultante por lo que realiza preguntas desde la perspectiva del “no saber”, puesto que no sabe lo único que puede hacer es preguntar sin intentar dar por supuesto, asumir o adivinar los significados de otro.

Desde lo anterior planteado, es preciso señalar que el presente estudio de caso, toma como punto de inicio el modelo intermedio de la Psicoterapia Sistémica Centrada en las Narrativas planteada por Zlachevsky (2015).

**2.4.4. Fundamentos onto-epistemológicos de la Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas.** Los fundamentos filosóficos de la Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativa, radican en cómo comprende al ser humano, la respuesta que las personas se hacen de ésta interrogante en cuanto a lo que define el “ser de lo humano” es fundamental porque desde esa comprensión se traducirá el actuar de esa persona en la práctica terapéutica.

Según Maturana (s/f en Slachevsky, 2015), lo que constituiría lo humano sería el lenguaje, la conversación, las palabras generarían efectos e influencia mutua. Por tanto la terapia es vista como el arte de hacer buenas preguntas y, para realizar buenas preguntas el terapeuta debe estar curioso por entender el mundo del consultante y el desafío es que la conversación en el espacio terapéutico abra la posibilidad a narraciones alternativas, a nuevos espacios de significación para lo cual en primera instancia se requiere co – construir el problema del consultante de la manera más clara posible, es por esto que el lenguaje no sería interior a cada persona, sino más bien debería entenderse dentro de lo colectivo ya que las palabras toman significado en el contexto de cada relación en particular. Los seres humanos además interpretamos nuestras vivencias de distintas maneras, todo esto conlleva a su vez un razonar sistémico, el consultante al contar su historia inevitablemente relata relaciones entre personajes, el rol que cumple cada personaje en el problema, el lugar en el

cual ocurren los hechos, que hizo cada persona en el acontecimiento, asemejándose a una obra de teatro donde cada actor cumple un rol fundamental para comprender la obra y donde los acontecimientos ocurridos van cobrando sentido en la historia (Zlachevsky, 1996). Todo este proceso se denomina razón narrativa que implica una historicidad puesto que cada persona es lo que le ocurrió en el pasado y que permite poder conectar una historia con otra y a una persona con otra. La razón narrativa por tanto no requiere ser verificada pues todos sentimos y vivenciamos de maneras diferentes según el contexto en el cual nos encontramos.

**1.- La emoción:** Cuando una persona se acerca a consultar es porque se encuentra aquejado por un problema, algo ocurrió en su vida que lo incomodó a tal manera que le produjo alguna sensación molesta para la persona, según su propio sistema de creencias, la pregunta en cuanto a cómo surge esta emoción que molesta a la persona, Zlachevsky (2015) la responde en base a los postulados de Heidegger (2002) “el ser es aquello que determina al ente en cuanto a ente, lo que condiciona a todo ente como tal” (Heidegger en Zlachevsky, 2015), por lo tanto el ser se manifestaría en el ente pero no sería el ente puesto que lo sobrepasaría, aun cuando estos se dan en conjunto. Heidegger utiliza el término *Da – sein* en lugar de hombre, que implica un movimiento ya que el significado se correspondería con *siendo ahí en el mundo*. Siguiendo su línea de pensamiento se podría afirmar que no existiría ni principio ni fin del ser ya que estaría en constante movimiento:

...El proceso es continuo. El ser está constantemente engendrándose a sí mismo. El ser se manifiesta en el ente, pero no es el ente; y si bien ente y ser son distintos, no solo no se dan separados, sino que ambos se dan en el devenir... (Zlachevsky, 2015 Página 59).

La única forma de analizar el ser por tanto que se encuentra en constante movimiento, es detenerse y pensar, desde un punto de vista meditativo y no desde el pensar técnico al cual estamos acostumbrados, desde esta postura no es necesario explicar, predecir o controlar la conducta sino más bien reflexionar sobre ésta. Los estados de ánimo estarían siempre cambiando y en movimiento, la manera que adopte el estado de ánimo es la forma como el *Dasein* va comprendiendo el mundo, interpretamos el mundo desde

nuestras emociones, por lo tanto lo que señale el *Dasein* surgirá desde una emoción que lo lleva a comprender e interpretar el mundo a través del lenguaje (Zlachevsky, 2015).

**2.- Los significados:** Las personas comprenden lo que les ocurre como recién señalamos en base a sus emociones y también desde sus significados, los significados de las personas se encuentran comprendidos en cómo uno se proyecta en el mundo, volcado hacia el futuro. Este proyecto nos lleva a tomar unas decisiones antes que otras y a realizar elecciones, de acuerdo a lo que refiere Ortega (1966, en Zlachevsky, 2015) “la vida es un yo entendido como un proyecto que debe realizarse en el mundo en el que le tocó vivir”), lo que indica que vivimos en un mundo que existía antes de que llegáramos, en una cultura pre existente en un contexto preexistente y proyectamos nuestra vida acorde a lo que nos ofrece este mundo, a nuestros significados colectivos, a lo que se espera que haga y las expectativas que otros tienen sobre mi futuro, como señala Zlachevsky (2015) “El *Dasein* caído en el *uno* no puede fácilmente desprenderse de ello y dejar de lado la cárcel invisible de los ‘deberes seres’ sociales, para así transitar hacia ser auténticamente sí mismo” esto no necesariamente debe verse como algo negativo ya que por el *uno* el *Dasein* puede integrarse y desenvolverse en el mundo que le tocó nacer.

**3.- El habla:** Siguiendo la misma línea, para poder comprender se requiere también del lenguaje, puesto que es la manera que tenemos los seres humanos de expresarnos, la comprensión afectiva se expresa en la palabra, “El sentido, que se expresa en el habla o discurso, es la expresión de la comprensibilidad afectivamente templada del estar – en – el – mundo de un *Dasein* fáctico, presente en el aquí y ahora” (Zlachevsky, 2015). El habla se manifiesta en el decir, el hablar y el lenguaje, pero también en el oír, escuchar y callar, todos éstos son diferentes ámbitos del discurso igualmente importantes sobre todo para el proceso terapéutico, ya que parte importante del proceso terapéutico consiste en saber escuchar al otro, en una escucha activa, con interés y curiosidad.

**2.4.5 La co-construcción de un problema. La triada inseparable en psicoterapia XYZ.** De acuerdo a lo previamente planteado es que la autora llega a esquematizar la forma en que se construye el problema. Las personas que acuden a terapia, acuden porque

presentan un problema, este problema suele ser producto de que ocurre un suceso el cual no era esperado y con este suceso aparece una emoción displacentera, junto con estos dos aspectos aparece un tercer punto que sería la explicación que la persona se hace respecto al suceso. Como refiere Zlachevsky (2015):

...cuando alguien asiste a terapia, llega impulsado por el hecho de que vivió alguna experiencia en alguno de los dominios de existencia en los que se desenvuelve, que trajo aparejada una emoción (temple anímico) que no esperaba sentir y que de alguna manera lo perturba. Esa emoción, por lo general inesperada, emergió desde el propio sistema de creencias de la persona y lo llevo a significar lo ocurrido, de tal manera que lo perturbo... (Página 78).

Cabe señalar también que al interpretar lo ocurrido no siempre somos conscientes de la interpretación que hacemos ya que se realiza de manera automática y al no tener siempre claridad respecto a la situación ocurrida, la pregunta de la terapeuta *¿Por qué ahora?* es primordial en el quehacer terapéutico ya que permite distinguir cuál fue el episodio que marcó la diferencia en la significación que tiene la persona y la emergencia del problema o emoción displacentera que lo trae a consultar (Zlachevsky, 2015).

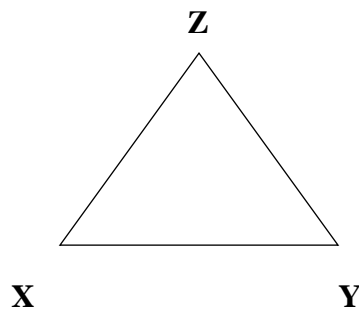
La otra pregunta clave al momento de definir el problema es *¿Desde cuándo?*, esta pregunta nos permite identificar cuando ocurrió el problema que identifiquemos y que ha hecho el sistema consultante desde ese entonces para solucionar el problema, según Zlachevsky (2003):

...Las conversaciones que mantienen el problema, son conversaciones que en algún momento fueron útiles para los actores de la narración (*¿Desde cuándo?*). Hoy dejaron de ser de utilidad en algún dominio de existencia, hoy perdieron vigencia; pero siguen actuando en forma automática (*¿Por qué ahora?*)... (Página 54).

Para comprender el por qué ocurre lo señalado, Zlachevsky (2015) retoma el concepto de “intervención ortogonal” planteado por Maturana (2005), el cual señala que existirían dos tipos de encuentros, el primero lo denomina como encuentros agonales o

confirmatorios, que es cuando existe un encuentro con una entidad externa que perturba los elementos del sistema provocando cambios estructurales que son acorde al funcionamiento actual del sistema, por ende ocurre lo esperado y mantienen la dinámica actual, sin embargo el otro tipo de encuentros serían aquellos que provocan cambios estructurales diferentes del modo de funcionamiento actual del sistema los cuales se denominan ortogonales o no confirmatorios ya que modifican la dinámica actual del sistema y lleva a la persona a generar un cambio en su forma de significar. A partir de esto, se puede trabajar en la co-construcción de relatos alternativos.

Definir el problema por tanto es primordial para el ejercicio terapéutico por lo que Zlachevsky (2015) plantea la siguiente ecuación la cual denomina la triada inseparable:



**Y:** Corresponde a la emoción, el temple anímico que trae a consulta el sistema consultante.

**X:** Corresponde a la explicación que logra entender el terapeuta producto de la comprensión/interpretación que el consultante expresó producto de su forma de significar el fenómeno.

**Z:** Corresponde al episodio crítico o el evento ortogonal que ocurrió en algún dominio de existencia y que constituye también aquello que se dijo a si misma o bien a otro frente al evento vivido.

Lo que se requiere por tanto, como se ha señalado previamente, es perturbar el sistema consultante de acuerdo a lo que nos parezca la mejor herramienta posible desde nuestro entender (Zlachevsky, 2003). Es por esto, que el terapeuta debe considerar ciertos puntos (Zlachevsky, 2003):

1.- Contacto y vínculo con el consultante, siendo conscientes que el terapeuta es experto en hacer preguntas y no en la vida del otro, considerando por tanto la objetividad entre paréntesis.

2.- Formulaciones positivas y ópticas optimistas, desde lo positivo pero sin minimizar ni trivializar el dolor del otro.

3.- Respeto por la manera de entender del consultante, es el consultante quien es experto en su vida y quien decide lo que quiere cambiar o mantener.

4.- Aceptar nuestras limitaciones en el sentido de que en ciertas cosas no podremos actuar, por ejemplo en el ámbito económico.

5.- Una de las responsabilidades del terapeuta radica en conducir la terapia enfatizando las habilidades y recursos del sistema consultante y no sus fallas. (Zlachevsky, 2003).

## **2.5 La psicoterapia como Arte.**

Keeney (1992), refiere la importancia de la creatividad en el ejercer terapéutico, indica que ésta es fundamental para el quehacer puesto que cuando se agota la terapia resulta monótona y repetitiva, en este sentido indica que las diferentes escuelas resultan muy útiles, pero a la larga se transforma en terapeutas imitando el estilo de otro a quien se le dio buenos resultados, Keeney (1992) refiere que cada terapeuta debería crear un estilo propio más que intentar amoldarse al estilo o modelo de otro.

En relación a lo anterior, dicho autor refiere que una de las cosas esenciales en psicoterapia es la improvisación que invita a actuar de forma impredecible y por tanto a utilizar la creatividad y la imaginación. Keeney (1992) ejemplifica sus planteamientos en la historia de un músico que toca una melodía, de acuerdo a lo plateado el músico tocará diferentes canciones, sin embargo, si debiese tocar siempre una y otra vez la misma melodía, se le consumiría toda su creatividad en la monotonía de la repetitivo, en este aspecto, el autor compara la terapia con canciones e indica que cada terapeuta tiene la opción de tocar siempre la misma canción tal cual fue escrita o improvisar, transformándose por tanto en un compositor terapéutico, fluyendo en la intervención junto con el consultante en cada contexto determinado.

El proceso terapéutico llevado a cabo y presentado a continuación, se ciñe en la comprensión de la psicoterapia como un arte de la conversación en el cual muchas de las intervenciones surgen desde el fluir de la experiencia en la cual tanto la terapeuta como el consultante fueron parte.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

- Describir el proceso y los efectos terapéuticos en el sistema consultante a través de una intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas en el contexto de supervisión de Magister Clínico de la Universidad de Valparaíso.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Describir las narrativas que atrapan al sistema consultante en el dolor a través del modelo ontológico XYZ.
- Describir el proceso de intervención orientado a la desconstrucción de la narrativa que atrapa al sistema consultante en el dolor.
- Reflexionar acerca de las implicancias y transformaciones de la narrativa en el contexto del abordaje de la ansiedad.

## IV. MARCO METODOLÓGICO

### 4.1 Fundamentos Onto – epistemológicos.

El presente estudio se enmarca dentro de la Metodología de la investigación Cualitativa, que a su vez se enfoca en el método fenomenológico, con un diseño de estudio de caso de tipo único y diacrónico, todo esto, por medio de la recolección de datos obtenidos mediante la grabación y registro de las sesiones psicoterapéuticas llevadas a cabo, puesto que el objetivo fue describir el proceso y los efectos de una intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, para lo cual se realizó un análisis de tipo hermenéutico, describiendo los relatos y cambios en la narrativa del problema.

La metodología cualitativa con los años fue tomando mayor reconocimiento a nivel mundial, habiendo surgido como una alternativa contrapuesta en la investigación al método empírico positivista. Existen diversos autores que se refieren a la evolución de la investigación cualitativa en los años como Bogdan y Biklen (1982) que refieren que existirían cuatro fases fundamentales en el desarrollo de la investigación cualitativa. La primera fase iría desde finales del siglo XIX hasta la década de los treinta, fase en la cual se presentan los primeros trabajos cualitativos utilizando técnicas como la observación participante, la entrevista en profundidad o los documentos personales, resultando importante en este periodo la Escuela de Chicago. La segunda fase incluiría desde la década de los treinta a los cincuenta, en el que habría ocurrido un declive por el interés en torno al enfoque cualitativo. La tercera fase sería en torno a la década de los sesenta, donde habría resurgido el interés por el enfoque cualitativo. La cuarta fase sería en la década de los setenta, en dónde las investigaciones cualitativas son realizadas por investigadores educativos y no por antropólogos o sociólogos.

Por otra parte, Vidich y Lyman (1994), indican que los comienzos del estudio cualitativo serían alrededor del 1600 con la etnografía primitiva que tendría que ver con el descubrimiento del otro, posteriormente en 1850, la etnografía colonial realizada por los exploradores en relación al indio americano, en 1900 habría surgido la que denomina como etnografía ciudadana, posteriormente vendrían los estudios sobre etnicidad y la asimilación y actualmente el postmodernismo (Ruíz Olabuénaga, 2012).

Denzin y Lincoln (1994) por su parte, refieren que habrían cinco fases de la investigación cualitativa: tradicional (1900-1950), modernista (1950-1970), géneros imprecisos (1970 -1986), crisis de la representación (1986-1990) y Postmodernidad (1990 - en adelante). De todo este proceso de evolución de la metodología cualitativa, Denzin y Lincoln (1994) concluyen en primer lugar, que cada una de las fases históricas se mantiene vigente en el presente como herencia o como prácticas que se continúan utilizando en la investigación; en segundo lugar, refieren también que la investigación cualitativa se encuentra caracterizada por un conjunto de elecciones desconcertantes ya que por primera vez en la historia los investigadores cualitativos cuentan con una importante cantidad de paradigmas, métodos, técnicas e instrumentos o estrategias de análisis para elegir; en tercer lugar estamos en un momento de descubrimiento y redescubrimiento de la manera de interpretar, describir y escribir; cuarto, la investigación cualitativa no puede considerarse como una perspectiva positivista, neutral y objetiva ya que investiga acerca de temas que no pueden reducirse simplemente a números (Ruíz Olabuénaga, 2012).

El estudio de caso que se presentará en las siguientes páginas, se encuentra basado en la metodología cualitativa, ya que la intención es perseguir los objetivos que plantea esta metodología, o sea, describir y reconstruir significados, que a su vez no intentar ser generalizables, sino datos descriptivos de las narrativas de las personas (Ruíz Olabuénaga, 2012). Como se ha indicado previamente, en la actualidad nos encontramos con que dentro de la metodología cualitativa existe una diversidad de perspectivas, enfoques y técnicas abarcadas en un solo concepto por lo que resulta complejo encontrar una definición unificadora de todas ellas, sin embargo, existen ciertas características que son compartidas en parte o en gran parte por las diferentes perspectivas. Denzin y Lincoln (1994), refieren que la metodología cualitativa sería “multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio”, por tanto, los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural interpretando los fenómenos desde los significados de quienes se estudia. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales como la entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, que a su vez describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (Ruíz Olabuénaga, 2012).

Por otra parte, Taylor y Bogdan (1986 en Rodríguez, Gil y García, 1999) refieren que la investigación cualitativa sería "aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable". Le Comte (1995), aporta con su propia concepción de la metodología cualitativa y señala que se trata de "una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y vídeo cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos", descripción que se relaciona bastante con las vistas previamente en relación a que se relaciona la metodología cualitativa con datos descriptivos obtenidos de diversas maneras con la persona o grupo de estudio directamente.

Otros autores indican que se podrían plantear algunas características que serían propias de la metodología cualitativa como:

1. Es inductiva
2. Se realiza a través de un extenso e intenso contacto con el campo o situación de vida.
3. El investigador ve al escenario y las personas desde una perspectiva holística; considerados como un todo y no reducidos a variables.
4. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos pueden causar sobre sus objetos de estudio.
5. Los investigadores cualitativos intentan comprender a las personas dentro del marco de referencia que puede tener cada uno, una tarea fundamental sería describir la manera en que las personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas.
6. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y/o predisposiciones.
7. Todas las perspectivas son valiosas para un investigador cualitativo.
8. Los métodos de investigación cualitativos son humanistas, se utilizan relativamente pocos instrumentos estandarizados. El investigador es el principal instrumento de medida
9. Los métodos de investigación cualitativos dan énfasis en la validez.

10. Todas las personas y escenarios son dignos de estudio para el investigador cualitativo.
11. La investigación cualitativa es un arte.

Rodríguez, Gil y García (1999), refieren la dificultad de definición y unificación de las metodologías cualitativas, sin embargo en base a lo señalado por Guba y Lincoln (1994 en Rodríguez, Gil y García, 1999) y Angulo (1995 en Rodríguez, Gil y García, 1999) mencionan 5 niveles de análisis que permiten establecer algunas características comunes de esta gran diversidad de enfoques, siendo: el nivel ontológico, epistemológico, metodológico, técnico/instrumental y nivel de contenido, niveles en base a los cuales se realizó el presente estudio de caso:

1. *A nivel ontológico* en este nivel se especifica cuál es la forma y la naturaleza de la realidad social y natural, considera la realidad como dinámica, global y construida en un proceso de interacción con la misma.
2. *A nivel epistemológico*, en este nivel se establecen los criterios a través de los cuales se determinará la validez y bondad del conocimiento, la investigación cualitativa asume una vía inductiva, o sea, desde una realidad concreta y los datos que ésta aporta hasta llegar a una teorización posterior.
3. *A nivel metodológico*, en este nivel se plantean las formas de investigación, los diseños cualitativos son emergentes y se van construyendo a medida que se va avanzando en el proceso.
4. *A nivel técnico*, en este nivel se refieren a las técnicas, instrumentos y estrategias utilizadas en la investigación que permitan recabar datos que indiquen la particularidad de las situaciones de las personas, favoreciendo una descripción exhaustiva y densa sobre la realidad concreta del objeto de investigación.
5. *A nivel de contenido*, en este nivel se plantea que la investigación cualitativa atraviesa todas las ciencias y disciplinas.

En este aspecto la orientación onto-epistemológica utilizada se enmarca dentro los postulados anteriores, en conjunto con la postura socio-construccionista adoptando a su vez

la propuesta realizada por Ana María Zlachevsky, respecto la teoría sistémica centrada en las narrativas.

#### **4.2 Estrategia de Investigación.**

La estrategia o método de investigación consiste en la forma característica de investigar, la cual se encuentra determinada por la decisión sustantiva y el enfoque por el cual se orienta, tal como nos indica Rodríguez, Gil & García (1999). En este aspecto, el método viene determinado por la naturaleza del problema y el propósito del estudio, por tanto, al tratarse de un estudio a partir de un proceso terapéutico que busca describir una intervención desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativa, es que se visualiza la pertinencia del uso de la metodología cualitativa como estrategia de investigación, que como ya se ha señalado previamente permite poner el centro de interés en la descripción de las experiencias vividas.

De acuerdo a lo anterior, si bien existen un entramado de metodologías utilizadas bajo esta perspectiva, el presente estudio de caso se enmarcará en el estudio fenomenológico, puesto que destaca el énfasis en lo individual y en la experiencia subjetiva, donde el sentido y las tareas de la investigación se configuran como las siguientes (Van Manen, 1990 en Mélich, 1994 en Rodríguez, Gil & García, 1999):

1. Es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida y de la cotidianidad en el sentido de no estar conceptualizada o categorizada.
2. Es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia.
3. Es el estudio de la esencia, de la naturaleza de los fenómenos, el intento de develar las estructuras significativas de la vida.
4. Es la descripción de los significados vividos, que procura explicar significados en nuestra cotidianidad.
5. Es el estudio científico – humano de los fenómenos.
6. Es la práctica atenta de las meditaciones.
7. Es la exploración del significado del ser humano.
8. Es el pensar sobre la experiencia.

Como corolario de lo anterior, podemos concluir que este tipo de método busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, resultando importante aprehender el proceso de interpretación mediante el cual las personas definen su mundo, por tanto, el fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vistas de otras personas (Rodríguez, Gil, & García, 1999).

Por tanto, la investigación cualitativa pone el énfasis en la interpretación de los fenómenos particulares que ocurren en un tiempo, lugar y espacio determinado. La base epistemológica utilizada es la fenomenología y el análisis de la información recolectada se realiza a través de la interpretación. El interpretar dice relación con la hermenéutica, palabra proveniente del griego *hermeneia* que significa el acto de la interpretación (Cárcamo, H., 2005).

Diversos autores refieren que el padre de la hermenéutica moderna sería Schleiermacher (1768-1834) quien manifestaba que la hermenéutica debía ser entendida como un arte, el arte del entendimiento a través del dialogo. Por tanto, el interpretar debe ser entendido desde la comprensión de un discurso. Para lograr interpretar de manera comprensiva se requiere necesariamente reconstruir todo lo que rodea al sujeto de estudio, sin embargo dicha labor es imposible; el reconocer esta imposibilidad implica reconocer también que el que interpreta es quien completa la información con su propio contexto e historia otorgándole y condicionando el sentido. Por tanto, la experiencia es un elemento fundamental del proceso hermenéutico ya que incorpora la temporalidad e historicidad, reconociendo la importancia de los elementos socioculturales que el autor de la investigación le entrega al proceso de interpretación, dicha interpretación debe ser de manera intencional y contextual (Cárcamo, H., 2005).

En virtud de lo anterior es posible señalar que el análisis hermenéutico se entiende desde el paradigma interpretativo comprensivo en permanente apertura puesto que está sometido a la re-interpretación constante, entrando así en lo que se ha denominado el círculo hermenéutico. En esta constante re-interpretación, la temporalidad y la historicidad son elementos cruciales ya que en el proceso de interpretación deben considerarse necesariamente las experiencias y contextos de quien interpreta y re-interpreta, es por esto, que no estamos hablando de un sujeto neutro y objetivo sino más bien aceptando nuestra propia historia al momento de realizar una interpretación (Cárcamo, H., 2005).

En el presente estudio de caso dicha interpretación es realizada a partir del Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas y específicamente a partir de la triada inseparable, el XYZ planteado por Zlachevsky (2015), pues a través de éste modelo interpretaremos el cambio en las narrativas de la consultante.

En cuanto al diseño utilizado en la investigación, será el estudio de caso único, que implica un proceso de examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso. Aun cuando existen diferentes visiones, concepciones y clasificaciones de lo que puede entenderse por estudio de caso, Merriam (1988 en Rodríguez, Gil & García, 1999) establece ciertas características que son esenciales a este tipo de estudios: son particularistas, descriptivos, heurísticos e inductivos.

Existen diversas maneras de agrupar los estudios de caso, en este caso se utilizó lo señalado por Rodríguez, Gil y García (1999), por lo tanto, se trata de un estudio de caso único de tipo diacrónico, ya que se buscó dar cuenta del seguimiento de un caso a lo largo de un proceso terapéutico observando y describiendo los cambios que se produjeron como resultado del proceso terapéutico, cabe señalar también que el autor indica que éste es el más utilizado en el ámbito psicoterapéutico (Scandar, 2014).

#### **4.3 Técnicas o instrumentos de recolección de información.**

La recolección de la información se realizó a través de un registro sistemático de las sesiones de psicoterapia realizadas, mediante la grabación y transcripción de estas, además de los apuntes de la terapeuta, la ficha clínica y los análisis de caso correspondientes a las clases de supervisión clínica de Magíster Clínico UV, además de la observación atenta de la terapeuta. Cabe señalar también, que se realizaron en el proceso de intervención psicoterapéutico, cuestionarios de resultados OQ-45.2.

La estructura de la presentación del estudio de caso único, se realizó desde una adaptación de lo propuesto por Buela-Casal & Sierra (2002) que consiste en:

1. *Identificación del caso:* en este punto debe indicarse la edad, el sexo, el estado civil, las hijas, los hijos, la profesión, el nivel de estudios y nivel sociocultural/

económico. Puede incluirse también cualquier otro aspecto que permita entender las características del consultante.

2. *Antecedentes Generales:* En este punto se elabora y explica el genograma del sistema consultante.
3. *Motivo de Consulta:* En este punto se describe el problema que el consultante plantea desde la comprensión del consultante, recogiendo los antecedentes que son relevantes para el problema, así como también la sintomatología.
4. *Historia del Problema:* En este punto se detalla el origen del problema, cuando se inició, en qué circunstancias, su evolución, cuando y porqué le resultó desadaptativo al sistema consultante. Es importante agregar también la historia del consultante como son algunos acontecimientos vitales importantes y los significados de la persona.
5. *Análisis y descripción de las conductas problema:* En este punto se definirán de manera operativa las conductas problemas y las variables relacionadas, debe especificarse si el consultante desea eliminar o disminuir, implantar o incrementar la conducta.
6. *Establecimiento de las metas del tratamiento:* En este punto se intenta establecer metas relevantes a nivel clínico, las cuales deben ser co - construidas con el sistema consultante, considerando un comportamiento adaptativo y acorde con los planes, objetivos y proyectos vitales de este mismo.
7. *Selección del tratamiento:* En este punto se explican las características de la intervención.
8. *Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos:* En este punto se señalan las técnicas y análisis de acuerdo al tipo y a las

características de la persona consultante, del problema y del tipo de selección del tratamiento.

9. *Aplicación de los tratamientos:* En este punto se explica en qué consisten las sesiones, el número y la duración, como se realizaron.

10. *Evaluación de la eficacia de los tratamientos:* En este punto se describen los resultados evaluados.

11. *Estado del proceso y Seguimiento:* En este punto se describen las acciones de seguimiento.

#### **4.4 Descripción del caso.**

**4.4.1. Identificación del caso.** El presente estudio de caso describe el proceso terapéutico de Paola, mujer de 57 años de edad, con enseñanza media incompleta, la cual ingresa a psicoterapia en la Universidad de Valparaíso como recomendación de su hijo principalmente quien habría participado de un proceso psicoterapéutico en la misma Universidad hace un año atrás. Doña Paola se define como dueña de casa, se encuentra casada hace 31 años y tienen dos hijos uno de los cuales vive con ella y es quien le recomendó solicitar un proceso de psicoterapia luego de notarla con bajo estado anímico y muchas preocupaciones.

Paola no finalizó sus estudios escolares, ya que, durante el 3° año de enseñanza media, a los 17 años, ella debe iniciar su vida laboral para así poder ayudar a sus padres económicamente, refiere que trabajó varios años en una lencería como vendedora, trabajo que dejó a los 25 años aproximadamente ya que contrajo matrimonio y junto con su marido optaron porque se dedicara a la casa y al cuidado de los hijos. Desde ese entonces Paola se dedica a su casa y a su familia, sin embargo hace un año le ofrecieron que cuidara al hijo de una vecina, pese a que el marido le indicó que no era necesario que ella trabajara, optó por aceptar el trabajo ya que pasaba mucho tiempo en la casa sola y aburrida;

su hija mayor se independizó y el hijo menor pasaba gran parte del tiempo realizando su práctica laboral y estudiando, refiere que ya no la necesitaban tanto en la casa, que se aburría y que le venía bien un dinero extra para ella, para sus cosas. Producto de todo lo mencionado es que actualmente trabaja 3 veces por semana durante 5 horas cuidando al niño de la vecina, refiere “... *son cinco horas, tres veces a la semana... y ahí estoy contenta, me entretengo hasta con el niño porque yo todavía no soy abuela, entonces el niño es de 3 años y en ese sentido estoy bien, me siento bien, no me siento que estoy... que estoy descontenta... no, me siento bien... además que son cinco horas que es una plata que tenía en el bolsillo que no... que nunca esta demás po, para las mismas cosas de una...*”

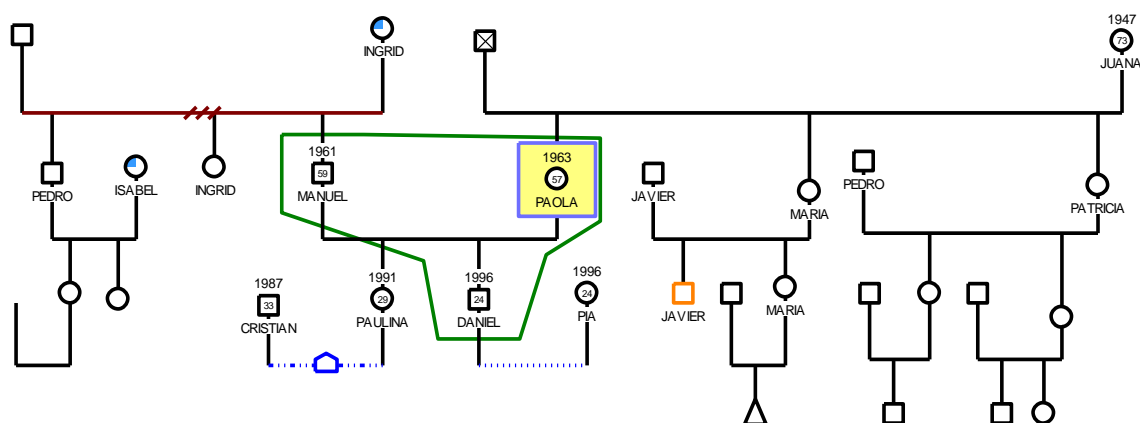
Paola refiere que su familia sería humilde, unida y cariñosa, muy de piel, refiere que si bien económicamente nunca les ha faltado nada, tampoco son de los que requieren de muchas cosas para ser feliz, han podido solventar los estudios de sus hijos y para ella la educación que les han dado tanto formal como de valores en la casa es lo mejor que les pudieron haber dado.

Tanto Paola como su marido son católicos y participan en una iglesia cercana a su residencia, refiere que sus hijos también son católicos pero que ya no participan de las diferentes instancias religiosas, no obstante para la consultante la religión es muy importante, guiando su vida mediante los valores de la iglesia católica tales como la ayuda al prójimo. De esta manera, Paola refiere que ha criado a sus hijos bajo dichos valores y principios siendo el amor un eje fundamental en su familia, significándola como un núcleo “*bien constituido*” en el sentido de que estaría conformada por padre y madre quienes estarían casados por la iglesia contando con el apoyo de Dios y preocupados por el bienestar de sus hijos tanto en lo económico como en los valores religiosos y el amor, menciona también que en alguna oportunidad con su marido participaron de unas sesiones de terapia de parejas de la iglesia pero dado que la terapeuta no pudo seguir asistiendo, se vieron obligados a abandonar el proceso psicoterapéutico que les ofrecían de manera gratuita.

En cuanto a su hija mayor, Paola refiere que convive con su pareja y que antes de hacerlo ambos solicitaron su permiso, al respecto señala que los tiempos han cambiado y que los jóvenes ya no hacen las cosas como antes y muchas veces prueban convivir antes de

casarse, ya que, el matrimonio sería para toda la vida, agregando que estuvo de acuerdo con ello, ya que, percibe que se aman y se respetan y que el motivo por el cual no se han casado aun es porque estarían juntando dinero para su casa propia y eventualmente casarse cuando tengan solvencia económica “*los jóvenes ahora son prácticos, antes uno se iba no más y no tenía ni donde vivir... ahora hacen las cosas al revés pero es mejor porque cuando lleguen los hijos no les faltará nada...*”.

#### 4.4.2. Antecedentes Generales.



Paola vive junto a su marido Manuel de 59 años de edad quien se desempeña como asistente en la corporación municipal y su hijo Daniel de 24 años de edad quien estudia kinesiología y se encuentra actualmente cursando su práctica profesional. Daniel está pololeando hace 3 meses aproximadamente, con Pía de 24 años de edad quien estaría finalizando sus estudios de matrona. Paola refiere que tendría una buena relación con Pía ya que ve a su hijo feliz, ambos viven cerca, sin embargo, Paola refiere como una anécdota que, pese a que son vecinos, sólo se conocieron hace unos meses en la práctica en que ambos coincidieron en un hospital en Quillota.

Paola y Manuel también tienen una hija, Paulina de 29 años de edad quién es profesora y vive en Santiago junto a su pareja Cristian de 33 años de edad quien se desempeña como Ingeniero en Nestlé. Ambos viven juntos en Santiago hace 8 años aproximadamente. Refiere que la familia es muy unida, tienden a reunirse en reiteradas oportunidades y tendrían una muy buena relación, en ocasiones ellos viajan a visitarlos a Viña del mar y en otras ocasiones ellos los visitan en su departamento en Santiago.

Paola escucha los consejos de sus hijos, ambos le recomendaron que participara de un proceso terapéutico, ya que ambos tenían experiencia con psicólogos y consideraban que podría ayudarle participar de un proceso terapéutico también. De acuerdo al relato de Paola, Paulina habría acudido al psicólogo derivada por un psiquiatra que le habría diagnosticado “crisis de pánico”. En cuanto a Daniel, Paola desconoce los motivos que originaron que consultara con psicólogo, sin embargo, manifiesta que posterior al proceso terapéutico habría observado cambios en la forma de relacionarse del joven con la familia, siendo actualmente más expresivo y cariñoso.

En cuanto a la historia familiar de Paola, ella proviene de una familia biparental compuesta por sus padres Francisco y Juana. Francisco falleció hace algunos años producto de un cáncer que no fue detectado a tiempo, encontrándose al momento del diagnóstico en etapa IV, Paola refiere que su padre se encontraba en situación de terminalidad y que ella dedicó gran parte de su tiempo a sus cuidados y a acompañarlo a los doctores entre otras cosas y si bien, la consultante refiere que toda su vida estuvo a su lado, especialmente en aquella época se mantuvieron juntos. Paola también agrega que ella se parece mucho a su padre tanto físicamente como en su forma de ser, refiere que a él no le gustaban los doctores igual que a ella y no solía ir a médico a menos que fuera estrictamente necesario como en sus últimos meses de vida producto de su enfermedad; en este aspecto en el desarrollo de las sesiones al hablar de su padre, Paola indica *“esto viene de familia... por lo que yo me acuerdo siempre que él iba al médico y yo sabía que no le gustaba, no le gustaba ir a medico... entonces por eso digo yo jajaja no habré sacado algo de él, porque me pasa lo mismo o algo parecido...”*. Cabe señalar que el padre de Paola, resulta ser una figura muy importante para ella, lo cual es posible de visualizar no sólo en lo que refiere respecto de él, sino que también en lo evidenciado en lo actitudinal en las sesiones de trabajo. Por otro lado, su madre Juana de 73 años se mantiene activa y saludable.

Además de sus padres, Paola tiene dos hermanas con las cuales mantiene una buena y unida relación. Una de las hermanas de Paola se llama María y está casada con Javier, tienen dos hijos en común, Javier y María. Javier durante los años se ha transformado en el foco de atención de todo el grupo familiar puesto que desde la adolescencia presenta consumo problemático de pasta base, toda la familia se muestra

preocupada por el futuro de Javier ya que es adulto y se mantienen sus problemas de consumo. Por otro lado, la sobrina de Paola, también de nombre María, se encuentra actualmente embarazada, situación que tiene a toda la familia muy feliz, Paola refiere que no podían tener hijos y estaban juntando dinero para realizar un tratamiento de fertilidad, Paola agrega que se trata de su sobrina “*regalona*” y que cuando ella nació Paola aún era soltera por lo que vivía con su madre y participó activamente en los cuidados de la niña cuando era pequeña.

La otra de las hermanas de Paola se llama Patricia y está casada con Pedro, tienen dos hijas, ambas se encuentran casadas, una de las sobrinas de Paola tendría un hijo y la otra un hijo y una hija. Paola refiere que le gustan mucho los niños y que ella es la única de sus hermanas que aún no sería abuela por lo que espera que pronto su hija Paulina decida tener hijos, aun cuando manifiesta que sería la voluntad de Dios.

Paola refiere que su familia extensa es unida, que todos se mantienen al tanto de lo que le ocurre a cada uno, refiere tener buenas relaciones con todos y que serían “*muy cariñosos y muy de piel*”. Indica que su familia realiza reuniones una vez al mes, se van turnando en las distintas casas y realizan una cuota de cooperación, además todos aportan con algo, de acuerdo a lo que indica, lo importante es poder reunirse todos.

Paola también refiere tener una muy buena relación con la familia de su yerno, Cristian, refiere que si bien su familia es del sur por lo que no los ve muy seguido, en ya varias ocasiones se han reunidos con ellos e indica sentirse muy identificada con la manera de ser de ellos, su humildad especialmente y cariño recibido.

En cuanto a la familia extensa de Manuel, Paola refiere que su vivienda se ubica en el mismo terreno que la vivienda de la madre de Manuel con la cual tuvo una muy mala relación. Paola define a su suegra Ingrid como “*mala leche*”, ya que refiere que le hizo mucho daño, en ese sentido refiere que comúnmente la ignoraba y la pasaba a llevar al momento de tomar decisiones puesto que no la consideraba en nada, además realizaba comentarios que a su parecer eran desubicados, todo esto refiere que le traían discusiones constantes con su marido quien defendía a su madre puesto que no percibía los tratos a los cuales ella era sometida o tendía a minimizarlos, refiriéndole que “no era para tanto” o “no lo debe haber dicho en ese sentido”. La señora Ingrid actualmente ya no vive en dicha vivienda, sino que la arriendan para poder pagar la institución en la cual se

encuentra internada puesto que tendría Alzheimer. Paola indica también que tendría un cuñado llamado Pedro con el cual no tendrían una relación muy cercana y con el cual desde que Ingrid ya no vive al lado de ellos ya prácticamente no lo ven, Pedro está casado con Isabel quien fue diagnosticada con un Alzheimer precoz y quien también se encuentra en una institución especializada para sus cuidados.

Por otro lado, Manuel tiene también una hermana Ingrid, con quien Paola tendría una mejor relación que con el resto de su familia, en cuanto a su cuñada refiere que siempre tuvo problemas con su madre motivo por el cual no quiso dedicarse a sus cuidados ahora que está enferma y decidieron en conjunto trasladarla a una casa de reposo.

#### **4.4.3. Motivo de Consulta.**

Paola solicita ayuda psicológica refiriendo en la Ficha de Información General que Motiva la consulta de CAPSI, los siguientes elementos *“por el tema de mi salud me produce angustia y preocupación”*, además agrega en el apartado de evaluación de la severidad del problema que la lleva a consultar como *“severo”*.

Indica Paola en la primera sesión, que su problemática radica en los problemas de su salud que le producirían angustia y ansiedad.

Paola señala que su hijo el año pasado habría participado de un proceso terapéutico y le habría recomendado que ella también lo hiciera. Cuando se le consulta para qué le habría recomendado su hijo que ella participara de un proceso terapéutico, Paola manifiesta *“el cuerpo ya no me acompaña como antes, siento angustia de verme así... antes era como activa y ahora hago las cosas y me canso”*.

Posteriormente Paola señala que hace 10 años aproximadamente estaría diagnosticada con artrosis y tomaría medicamentos para los dolores, sin embargo, menciona *“el mes pasado los remedios ya no me hacían nada, el tramadol..., además ya no tenía ganas de hacer lo de siempre, pensé que podía ser como una pequeña depresión y siento angustia por eso”*.

Paola manifiesta que estaría preocupada porque el malestar físico y emocional estaría aumentando, pero aun no tendría ningún diagnóstico confirmado *“siento angustia y*

*rabia, es mucho para una sola persona” y agrega “mi forma de ser es exagerada, lo veo todo como muy terrible”.*

La sintomatología que refiere Paola alude a una preocupación que ella considera como exagerada, refiere también que esa preocupación le produce angustia, ansiedad y rabia. Señala también que se encuentra más cansada que antes, que su cuerpo no le permite hacer lo mismo que hacia hace algunos años y que se ha sentido desmotivada para realizar las cosas que le gustan hacer.

En cuanto a lo que espera del proceso terapéutico dice *“me gustaría preocuparme lo normal... ni siquiera es para tanto”*, menciona también *“me gustaría tomarme las cosas con más calma y no preocuparme tanto”*.

#### **4.4.4. Historia del problema.**

Paola refiere que tiene el diagnóstico de artrosis, hace 10 años aproximadamente. Está acostumbrada a que esos dolores la acompañen hace algún tiempo, sin embargo, en los últimos meses se han intensificado y serían diferentes. Además, los remedios ya no le hacen el mismo efecto que antes. Señala que si bien ya no es tan joven ya no puede hacer las cosas, se cansa y cree que puede ser por alguna enfermedad. Está preocupada porque no podría realizar las mismas actividades que solía realizar *“antes era como activa”*.

Paola manifiesta preocupación por los cambios en su salud. Además, señala que ya no le interesan las cosas que solían interesarle, ejemplificando que le gustaba ver los matinales pero un día se dio cuenta que no le interesaba verlo, señalando *“pensé que podía ser como una pequeña depresión y siento angustia por eso”*. La angustia la describe como *“ganas de llorar”* y a su vez esa angustia le produciría mayor preocupación.

Paola refiere que lleva un año trabajando y que no trabajaba desde que se casó, indica que el hecho de trabajar también ha significado que ya no puede hacer las cosas que acostumbraba a hacer *“ físicamente como le digo, ya no estoy como antes... yo también lo digo yo para mi bueno a medida que uno va avanzando en la edad ya no es lo mismo que antes, activa, porque yo siempre he sido activa, soy de esas que, del aseo que siempre esté todo limpio en mi casa, siempre ando como preocupada de eso y eso a mi hijo también le*

*molesta que sea tan... ehh... como se llama cuando uno es demasiado exagerada en la limpieza ...”*

Al indagar *¿Por qué ahora?* Paola refiere que recientemente una conocida nutricionista le habría realizado un escáner que tiene como objetivo detectar anomalías funcionales en todo el cuerpo, utilizado como diagnóstico preventivo y complementario, indica que en dicho escáner se visualizaban problemas a los huesos, lo cual para ella tenía sentido puesto que, ya cuenta con dicho diagnóstico confirmado, pero además habría indicado posibles problemas a la memoria y al corazón *“lo otro también que arrojó este examen, es algo pero muy leve al corazón, pero como demasiado leve, me dijo que no me preocupara, pero yo igual ya tengo una hora para examen de electro... electrocardio... para quedar más tranquila...”*, agrega en este aspecto que su padre tenía problemas a los huesos y al corazón y que habría fallecido por cáncer asociado probablemente a alguna de esas enfermedades, sin embargo manifiesta que nunca ha tenido claridad respecto del tipo de cáncer que tuvo su padre, recordando que en aquella época optó por preocuparse del cuidado de él, de acompañarlo e incluso en ocasiones convencerlo de ir a sus citas médicas, ya que no le gustaba ir al doctor, motivo por el cual en ese entonces no le pareció importarle demasiado la causa de lo sucedido, sino más bien el cómo poder ayudarlo. Sin embargo, el que el escáner haya arrojado las dificultades indicadas, generó preocupación en la consultante, siendo recurrente los pensamientos en torno a tener una enfermedad grave, lo cual, desde lo visualizado por la terapeuta, hacía que Paola relatará principalmente historias en relación con la enfermedad de su padre.

En cuanto a la situación que la llevo a aceptar la recomendación de su hijo y decidirse a consultar refiere *“yo les conté aquí la primera vez... ehh... que yo me veía que estaba angustiada... ¿Porqué? Decía yo, que me tenían preocupada tantas cosas que me están pasando en mi cuerpo... eh... que me cansaba más luego y todas esas cosas como que me empezaron a deprimir y llego el cuento que ya de siempre estaba sintiendo eso y de un día para otro en la noche estábamos tomando té y ya no aguanté más y ahí solté el llanto y me puse a llorar...”*

A partir de lo anterior es que es posible construir dos problemas psicológicos, correspondientes a:

Problema psicológico N°1:

---

*X: Ya no puedo hacer  
las cosas que hacía  
antes y me tendrán  
que ayudar.*

*Y: Ansiedad*

*“De ahí que su acción fue  
pedir ayuda”*

*Z: Llanto  
descontrolado, No me  
interesa ver televisión.  
No me hacen efecto  
los medicamentos.*

---

Problema psicológico N°2:

---

*X: Tengo cáncer igual  
que mi papá, me voy a  
morir.*

*Y: Miedo*

*“De ahí que su acción fue  
pedir ayuda”*

*Z: Diagnóstico  
nutricionista*

---

**4.4.5. Análisis y descripción de las conductas problema.**

Paola crece en un contexto sociocultural en el cual se espera que la mujer dedique su tiempo a la casa y al cuidado de sus hijos lo que significó que en su momento ella dejase de trabajar y se dedicara al hogar, como dueña de casa se espera que mantenga el hogar impecable y lo que le ha significado dificultades con el pasar de los años ya que refiere que no tendría la misma energía de antes. Si bien Paola no recibe críticas en su núcleo familiar

por no poder hacer todas las cosas de la casa, ella misma se autocritica contantemente ya que espera poder lograr lo que últimamente no ha podido.

Por otro lado, Paola proviene de una familia de un estrato económico medio – bajo lo que implica que debe atenderse en el sistema público y con dificultad puede acceder al sistema de salud privado por el costo económico que este implica. El sistema de salud público en Chile presenta ciertas deficiencias que preocupan de sobremanera principalmente a sus usuarios, tales como que en Chile menos del 50% de los médicos trabajan efectivamente en el sector público (Goic, 2015) lo que implica la falta de médicos sobretodo especialistas en el sistema público, por tanto la dificultad para acceder a estos y los tiempos de espera en la atención luego de obtener el acceso. Tanto el gasto de bolsillo en Salud (4.6%) como el costo de los medicamentos en Chile es elevado (Goic, 2015) lo que implica en la práctica que enfermarse en Chile es costoso económicamente. La cantidad de hospitales y de camas hospitalarias es insuficiente, además presentan precarias condiciones (Goic, 2015), lo que implica nuevamente tiempos de espera altos para una solución precaria. El acceso de la población a la atención médica en los consultorios suele ser complejo, las personas madrugan para conseguir un número de atención para tiempo después, suelen existir listas de espera para la realización de exámenes y para atención con especialista éstas son restringidas o inexistentes (Goic, 2015). Todos estos puntos son conocidos por quienes deben utilizar el sistema público de salud en Chile, motivo por el cual cualquier indicio de enfermedad significa inmediatamente preocupación, como podemos ver en el caso de Paola.

Por lo anterior planteado, es que las principales variables existentes en el presente estudio de caso aluden a variables sociales, culturales y económicas del espacio en el cual la consultante se desenvuelve, es decir, las narrativas familiares y sociales que comienzan a ser ortogonales con la expectativa en relación a su salud y calidad de vida, quien además al solicitar horas de atención debe esperar meses para obtener las interconsultas que espera y más aún para los resultados de los exámenes, generando por tanto el temple anímico de ansiedad, angustia, rabia y miedo durante todo este proceso.

Junto con lo anterior Paola desconoce la causa de la muerte de su padre y sostiene que podría ser similar a lo que le ocurre a ella actualmente puesto que, ambos comparten la negativa a acudir a médicos y realizarse exámenes preventivos.

Desde el proceso terapéutico lo que se busca es aliviar el dolor y que Paola encuentre caminos y narrativas diferentes ampliando los significados que la mantienen en la visualización del problema como una historia dominante, lo cual se pretende lograr desde los propios recursos de la consultante y de la terapeuta y, desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas que permite un acercamiento ético y respetuoso hacia los consultantes.

Paola refiere *“mi forma de ser es exagerada, lo veo todo como muy terrible”*. Sus metas por tanto en relación al proceso terapéutico no consisten en eliminar la preocupación sino en disminuirla *“me gustaría preocuparme lo normal... ni siquiera es para tanto”*, agregando *“me gustaría tomarme las cosas con más calma y no preocuparme tanto”*.

#### **4.4.6. Establecimiento de metas de la intervención, foco, objetivos y/o lineamiento de trabajo.**

Las metas de la Intervención desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas se van negociando, co-construyendo con el sistema consultante, entendiendo que Paola es experta en su propia vida y es ella quien decide lo que quiere cambiar o bien mantener. En este caso es Paola quien señala desde un comienzo que su intención es disminuir su preocupación en diferentes aspectos, pero especialmente en relación a su salud.

Del modelo terapéutico utilizado se desprende también el objetivo de aliviar el dolor, se entiende que el consultante se presenta con un problema que le produce una o varias emociones displacenteras por tanto el objetivo principal es cooperar para aliviar ese dolor mediante la ampliación de narrativas alternativas que no se encuentren saturadas de problema.

La línea de trabajo por ende consistió en una actitud curiosa con el relato de la consultante, la realización de preguntas que abrieran las posibilidades a nuevas explicaciones y narrativas procurando no trivializar ni minimizar el problema de la consultante y siendo consciente de los significados propios de la terapeuta a fin de respetar los significados de la consultante y trabajar con ellos.

#### 4.4.7 Selección del tratamiento más indicado

Los modelos utilizados comúnmente para tratar angustia y ansiedad y de los cuales existe mayor cantidad de literatura dicen relación a modelos cognitivos conductuales principalmente, si bien los modelos tradicionales han evidenciado cierto éxito, presentan también algunas limitaciones: (Schaefer y Rubí, 2015)

“Un tercio de los sujetos no se benefician con los tratamientos señalados, ya sea por abandonos o bajas. Asimismo, utilizar técnicas de control respiratorio y relajación puede ser problemático, ya que estas pueden significar estrategias de reaseguramiento, las que son sobre utilizadas en sujetos fóbicos y que son en buena medida responsables de la mantención del problema. Por otra parte, los tratamientos manualizados se apegan excesivamente a la técnica, con gran deterioro de la alianza terapéutica, la participación del cliente y sus expectativas, elementos que son cruciales en los buenos resultados...” (Página 36).

Como bien se señala, en este proceso terapéutico resultaba importante la relación entre la consultante y la terapeuta, que le pudiese brindar un espacio cómodo a la consultante que le permitiese expresarse de manera tranquila contrastando la emoción que presentaba de ansiedad y angustia.

En el proceso terapéutico resulta esencial la co- construcción de un vínculo terapéutico, si bien es importante que quien consulta pueda sentirse cómodo y comprendido, también es necesario reconocer la asimetría de dicho vínculo puesto que es el consultante quien debe sentirse comprendido, valorado, respetado, contenido y ayudado y el terapeuta es quien debe realizar los esfuerzos para que así sea y cultivar la esperanza en que encontrará una ayuda genuina (Safrán & Muran, 2005 en Szmulewicz, T, 2013).

En este mismo sentido es importante señalar también que en el proceso terapéutico el terapeuta no es neutral sino que está constantemente interviniendo desde sus prejuicios y convicciones, desde sus propias creencias y desde su propia biografía, por tanto en este vínculo no solo se transforman las creencias del consultante, sino también las creencias del terapeuta en esta constante danza entre ambos (Aron, 1996 en en Szmulewicz, T, 2013).

Uno de los planteamientos centrales en el modelo utilizado tiene relación con la importancia del vínculo terapéutico, en el cual el consultante es el protagónico, nos menciona Zlachevsky (2003) que los consultantes suelen otorgar el poder de la experticia al terapeuta, razón por la cual la postura del terapeuta, desde este modelo, es más bien horizontal, ya que intenta devolver el poder al consultante comprendiendo que es el consultante quien es experto en su vida. En esta misma línea de pensamiento es que potencia la escucha activa y atenta, respetando su historia y no juzgando sus creencias, es decir, se intenciona que el consultante se sienta validado como un legítimo otro. Además se dirige la atención a los recursos y habilidades del consultante, los cuales en el presente estudio se permiten la apertura hacia otras significaciones y narraciones alternativas que no se encuentren cargadas o saturadas del problema.

El modelo narrativo además permite a través de la práctica lingüística, deconstruir y destrabar el problema (Schaefer y Rubí, 2015), la importancia del enfoque narrativo radica en sus fundamentos epistemológicos evidenciándose una postura democrática, crítica, reflexiva y ética frente al consultante. Los problemas se construyen en los significados compartidos con otros por tanto es a través de la conversación con otro (terapeuta) que estos significados pueden transformarse (Medina, 2011, en Schaefer y Rubí, 2015).

Por otra parte la consultante presentaba un problema que era necesario ser tratado con respeto y comprenderlo desde sus propios significados y no desde la experticia de un terapeuta, y que le permitiera realizar cambios a través de sus propios recursos para visualizar que el cambio en su estado anímico era logrado por ella y no por un terapeuta. Desde este enfoque se plantea también la importancia del respeto hacia la vida del consultante, donde no podemos mirar a nuestros consultantes desde nuestros propios preconceptos, sino que debemos considerar la vida del consultante como él la está relatando. Este proceso es artístico en el que el mundo del consultante se integra a mi mundo y se van creando redes de significado en común (Zlachevsky, 2018).

Esto tiene relación con el operar desde la objetividad entre paréntesis, con una postura curiosa de no dar nada por sentado, considerando en todo momento que lo que se busca comprender son los significados del consultante en aquello que nos relata, esto es relevante en el presente estudio, ya que lo que se busca es no trivializar el dolor del

consultante, su preocupación por su futuro, por su salud, por las cosas que solía hacer y que hoy ya no las puede hacer ya sea por enfermedad o por el propio paso de los años.

Dado lo anterior planteado es que el presente estudio de caso se llevó a cabo desde el Modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

Como plantea Zlachevsky (1996) el cambio consistiría en narrar los problemas de diferente manera logrando diferentes acuerdos y por tanto diferentes consecuencias, por tanto el cambio en los significados y explicaciones que se da el sistema consultante trae como consecuencia el alivio del dolor.

Continuando con lo señalado, la visión ontológica del modelo permite que la terapeuta pueda detenerse y reflexionar sobre su quehacer terapéutico, sus formas de comprender terapia, no sólo guiar o proponer una manera de hacer psicoterapia, sino que además permite una reflexión de la comprensión del ser humano y es esta comprensión del ser humano, como lo plantea Zlachevsky (2015), define la forma de hacer psicoterapia, ya que nuestras propias creencias se develan en nuestro quehacer.

En este aspecto, la visión ontológica responde a lo propuesto por Heidegger en relación al Dasein y sus existenciales que se traducen en los postulados de Zlachevsky (2003) al formular el XYZ para definir el problema.

Es importante en el estudio de caso entender el Dasein como uno-mismo, ya que, implica un ser que está siendo de la manera que aprendió a vivir la vida, sin embargo el Dasein sufre porque no logra ser como se “debe ser” o bien no se logra sentir como “se debe sentir”, razón por la cual muchas veces se acude a terapia y esto tiene relación con el motivo por el cual Paola solicita atención terapéutica ya que no puede hacer las cosas que espera poder hacer ni puede preocuparse de la manera justa en que debe preocuparse, lo que le genera una sensación de desajuste y anormalidad.

Además, Paola como Dasein, se encuentra arrojada a la vida, a las circunstancias que le tocaron vivir, en la época que forma parte, a las creencias de nuestra sociedad y momento histórico. El ser humano se encuentra inserto en un mundo de creencias pertenecientes a la época histórica que le toca vivir, época a la cual fue arrojado y de la cual no puede salir simplemente por el hecho de desear hacerlo, es necesario por tanto que la terapeuta se encuentre consciente y respete las creencias de la época, el momento histórico, político y económico en el cual vivimos y cuáles serían las creencias de la consultante dentro de su

contexto social propio, en este caso en particular es necesario considerar en primer lugar las creencias de Paola en cuanto al concepto de enfermedad, en términos generales el cáncer es considerado una enfermedad mortal y un diagnóstico cómo este suele asociarse a la muerte, más aun considerando su propia historia de vida dado que su padre falleció de cáncer. También es necesario considerar sus creencias religiosas, ya que aun cuando pueden no ser compartidas por la terapeuta, para la consultante son muy importantes, mediante las cuales confía en la ayuda de Dios y le hace sentido en su propia historia seguir los pasos que la Biblia indica, finalmente se debe considerar su situación socioeconómica y las dificultades que implican en Chile el acceso a la salud y a una buena calidad de vida para aquellos que pertenecen a estratos socioeconómicos medios – bajos. Los elementos contextuales indicados son importantes de considerar, ya que, desde su comprensión y desde el sentido que le otorgan a la consultante, las intervenciones realizadas pueden tener un impacto positivo en la ampliación de narrativas y significados que actualmente atrapan a Paola en el dolor.

#### **4.4.8. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase.**

Para la evaluación del proceso se aplica al inicio del proceso “El Cuestionario de resultados OQ-45.2” comparando sus resultados con otros cuatro cuestionarios que se realizan durante el proceso terapéutico además de un último cuestionario que se realiza al final de las sesiones.

Junto con lo mencionado, la evaluación se realiza también mediante los cambios en la narrativa del propio consultante, donde se puede observar el cambio en la narrativa de Paola hacia explicaciones y significaciones más funcionales y adaptativas para sí misma.

#### 4.4.9. Aplicación de los tratamientos

El proceso terapéutico con Paola que se describirá a continuación comprendió 9 sesiones en total. En una primera instancia según solicitud de la consultante se acordó que las sesiones fueran de manera quincenal por lo que a la segunda sesión se presentó a los 15 días de ocurrida la primera. En la segunda sesión la consultante cambió de parecer y solicitó que fueran semanales por lo cual las siguientes sesiones fueron realizadas de manera semanal exceptuando vacaciones y festividades. La última sesión se prolongó en el tiempo y tuvo como objetivo el realizar un seguimiento respecto a los cambios logrados por la consultante.

Con la finalidad de registrar lo acontecido en las sesiones para el posterior análisis se acordó con Paola tomar apunte de las sesiones y realizar grabación del audio para posterior transcripción y supervisión, además se acordó consentimiento para publicar el tratamiento resguardando su anonimato y privacidad. (Ver Anexo 1)

##### 4.4.9.1 Sesión 1 y 2.

- a) **Fecha:** 8 de Agosto y 22 de Agosto de 2016 respectivamente.
- b) **Lugar:** Dependencias de CAPSI-UV.
- c) **Duración:** 60 minutos y 51 minutos respectivamente.
  
- d) **Descripción general de la sesión:** La entrevista de ingreso es realizada por la terapeuta que escribe en conjunto con psicólogo ayudante de supervisión. En una primera instancia se le explica a la consultante que nos encontramos en un contexto académico por lo que la sesión transcurrirá en una sala espejo donde estarán la profesora y otros 3 compañeros al otro lado aportando en la sesión. Doña Paola señala que estaba al tanto de la situación, sin embargo, menciona que estaría en desacuerdo tanto en ser observada tras el espejo como en que se grabara la sesión, ante lo cual, se le informa que se respetará su decisión y no será observada ni grabada la sesión. A continuación, se explicita el marco terapéutico de trabajo de la terapia narrativa, mostrándose Paola en acuerdo con lo que se le plantea, se

acuerdan los horarios de atención y frecuencia de las intervenciones, además se le aclara que en las siguientes sesiones sólo trabajará con quien escribe, encontrándose como participe de la misma, solo en la presente ocasión, el psicólogo ayudante. Una vez referido lo anterior se procede a indagar el motivo por el cual Paola asiste a la presente sesión y solicita ayuda en el ámbito psicológico. En lo que respecta a la segunda sesión, Paola se encuentra sola con la terapeuta que escribe, instancia en la cual refiere encontrarse más cómoda con una sola persona e indica encontrarse de acuerdo con la grabación de las sesiones interventivas, además solicita que éstas puedan realizarse de manera semanal y no quincenales como se acordó en la primera sesión lo cual es acogido por la profesional. Agregar a lo anterior que la segunda sesión se enfoca en profundizar el motivo de consulta, explorando en los significados de la consultante respecto de si misma y del mundo, además se indaga principalmente en los antecedentes de salud de Paola a fin de comprender los significados históricos que ha construido respecto de dicho ámbito.

- e) **Hipótesis de trabajo:** Desde la TSCN la hipótesis de trabajo consiste en la construcción del XYZ.

---

**Z:** Llanto descontrolado, No me interesa ver televisión. No me hacen efecto los medicamentos.

**X:** *“Ya no puedo hacer las cosas que hacía antes y me tendrán que ayudar”*

**Y:** *Ansiedad.*

---

- f) **Por qué ahora:** Paola refiere dos episodios recientes que la hicieron darse cuenta que requería de atención psicológica, indicando en primera instancia un episodio de llanto durante la hora del té en el cual relata que estaba muy preocupada por su salud por lo que “explotó”, agregando además que no sentía ganas de ver televisión cosa que a ella comúnmente le interesaba. Por otro lado, el llanto descrito como fuera de su control, también corresponde a un aspecto que nunca había visualizado en sí misma, por lo que ambos aspectos eran ortogonales a su realidad cotidiana. Junto con esto señala que los medicamentos ya no le hacían el mismo efecto.

**g) Dominio de existencia en el que habita el problema:** en la relación consigo misma.

**h) Intervención/es y/o acción/es terapéutica/s:** En los apuntes en relación a la primera sesión, es posible visualizar que se intenta conocer el motivo de consulta, sin embargo la consultante presenta dificultad para expresar lo que le ocurre, indicando encontrarse nerviosa, explicando dicho nerviosismo desde la inexperiencia de un proceso terapéutico, siendo la primera vez que solicita ayuda psicológica.

-Terapeuta: *Cuénteme Paola ¿recuerda desde cuándo siente esa angustia que me comentó?"*

-Paola: *No sé, pero no soy así, es que es diferente a cómo yo soy, pero no sé, es que igual estoy nerviosa.*

-Terapeuta: *Ya, pero tranquila, mire la idea es que juntas podamos ver cómo hacerlo para que se sienta mejor, a veces uno no se acuerda desde cuándo se sintió mal, no tiene que saberlo, la idea es que juntas vayamos viendo y explorando ¿le parece?.*

-Paola: *Ya, yo pensé que tenía que saber todo, como que usted me preguntara y yo responder todo.*

-Terapeuta: *No tranquila, vamos de a poquito.*

En la segunda sesión se procura fortalecer el vínculo terapéutico, desde la curiosidad, el respeto y sin juzgar, procurando comprender los significados de la consultante sin dar por obvio lo que relata. A su vez se trabaja en la generación de un espacio más cómodo para la consultante, aspecto que se lleva a cabo desde el espacio de intervención, realizando la sesión en una sala de consulta sin espejos y sin el profesional guía que acompañó la primera sesión. Además, se procura sostener una actitud empática por el dolor de la consultante y por sus creencias, pudiendo de esta manera, identificar con mayor claridad el problema que la lleva a solicitar atención psicológica.

-Terapeuta: *Entiendo entonces, que para ustedes es muy importante la religión ¿cierto? ¿Puede contarme más de ello?*

-Paola: *Si, mire yo creo que hay que tener fe, desde niña yo creo en Dios y mi familia toda es católica, siento que uno debe tratar de ser buena persona y la religión es como mi guía para estar bien y ayudar, porque así debe ser.*

Desde lo referido, es posible acceder a los significados y valores que guían y otorgan sentido a la vida de Paola, donde la religión se configura como un aspecto en torno al cual construye su vida y guía sus acciones, siendo el valor de ayudar un aspecto importante en su vida, tanto así que sus narrativas giran en torno al cómo se siente feliz y satisfecha ayudando a sus hijos, su esposo y amigos, realizando actos de caridad de manera general con las personas. En este aspecto, se comienza a visualizar que para Paola el hecho de que se podría encontrar enferma, podría entorpecer el que pueda seguir realizando estos actos de ayuda y poder concretar, por ende, sus valores católicos.

Junto con lo mencionado, Paola además refiere que para ella los exámenes médicos resultan importantes y válidos para diagnosticar enfermedades. El escáner que se realiza Paola, se conoce como Bioscanner y da cuenta de posibles enfermedades, sin embargo, se utiliza sólo como método preventivo y no como un método confirmatorio puesto que no reemplaza los exámenes médicos, por lo cual se conversa con Paola la necesidad de realizarse los exámenes médicos que permitirían confirmar o descartar el diagnóstico realizado por la nutricionista, dicha conversación a Paola le hace sentido puesto que desde su sistema de creencias los exámenes médicos serían confiables, además refiere que la nutricionista no le explicó que el escáner no realizaba diagnósticos confirmatorios.

-Terapeuta: *Considerando lo que hemos hablado de que es importante hacer acciones de autocuidado para tener una mejor calidad de vida y viendo que el escáner es sólo preventivo y no confirmatorio de ninguna enfermedad, ¿le parece*

*que sería importante realizarse los exámenes médicos que pudieran confirmar o descartar lo que le salió en el escáner? ¿Qué piensa usted?*

*-Paola: Yo me asusté cuando me dijo lo de las enfermedades y después no sé si no escuché o no me acuerdo que no era nada seguro... tengo que ir a pedir hora no más para hacérmelos pero si po, tiene razón porque el médico me va a decir lo que me está pasando a mí en mi cuerpo en la realidad...*

- i) Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:** En la primera sesión resulta difícil identificar claramente el problema por el cual consulta Paola por lo que en supervisión se acuerda trabajar en la construcción de vínculo terapéutico y profundizar en el motivo de consulta en las sesiones siguientes. Cabe señalar no obstante, que a partir de la segunda sesión, es posible identificar el problema que aqueja a la consultante, quien, de acuerdo a lo referido anteriormente, da cuenta de mayor satisfacción con el setting terapéutico, logrando explorar en el motivo de consulta, ya que, Paola se explaya emocionalmente en éste, indicando que la dificultad que la aqueja se relaciona con su salud, encontrándose preocupada por ello tras realizarse un escáner en el cual se indicaba que podría tener algunos “problemas de salud”, además agrega que los medicamentos con los cuales se trataba ya no le estarían haciendo efecto, sintiéndose cansada y adolorida de manera general, aspecto que, dado lo expresado por la consultante, le impediría realizar las tareas y actividades que solía realizar en su vida cotidiana.

En virtud de lo expresado por Paola y su sentir a nivel físico y mental ha debido realizarse diferentes exámenes de salud como acciones preventivas de la presencia de alguna enfermedad, cuestión que le ha generado una alta sensación de malestar general, encontrándose preocupada, describiendo su sentir como “angustia y ansiedad”, lo cual además la desorienta, refiriendo no tener claridad respecto de las acciones que debe realizar a nivel de salud y respecto de su vida en general, afectando todos los ámbitos de su vida.

-Terapeuta: *Paola, ¿me podría contar cómo es esa angustia que me dice que siente? ¿Quizás suena obvio, pero quisiera saber cómo usted la sientes, si me podría decir cómo es, en qué parte del cuerpo la siente...?*

-Paola: *-mmmm a ver, es cómo... mire como que yo siento que es como en la garganta y mi pecho, yo siento que se me acelera el corazón, pero me pesa...eso es... algo que me pesa y que no se va, a veces yo siento que me mareo, pero eso me preocupa, porque no sé, yo pienso que puedo estar enferma.*

-Terapeuta: *¿Usted piensa que esos como síntomas físicos son por una enfermedad?*

-Paola: *No sé, eso me preocupa, quizás me siento así porque estoy enferma y ahí me viene... yo me preocupo, siento que me pesa el pecho, además cómo que no puedo hacer nada de lo que yo hacía, eso que le conté.*

#### **4.4.9.2 Sesión 3.**

a) **Fecha:** 29 de Agosto de 2016

b) **Lugar:** Dependencias de CAPSI-UV

c) **Duración:** 1 hora 06 minutos.

d) **Descripción general de la sesión:** Se da inicio a la presente sesión explorando el sentir y significaciones de la consultante en relación a la sesión desarrollada con anterioridad. Cabe señalar en este aspecto, que dicha acción se instala como parte del proceder de la terapeuta al inicio de todas las sesiones terapéuticas.

En relación a lo anterior Paola indica

-Paola: *“yo le he conversado sobre lo que a mí me pasaba que me angustiaba, que el médico, que mis molestias, las cosas que tengo yo digamos de mis huesos... la artrosis... entonces eso a mí me angustiaba y ahora no sé me siento como más tranquila...”*

-Terapeuta: *¿Cómo es eso de estar más tranquila?*

-Paola: *Es que como que yo me siento más tranquila, como que ese peso que le conté, como que no lo siento tanto...*

-Terapeuta: *Y Paola, ¿ese cambio cuándo lo notó o cómo lo notó?*

-Paola: *A ver... como que después que vine...*

-Terapeuta: *¿Después de la última sesión?*

-Paola: *Sí, no sé, venir aquí y conversar las cosas a uno la hace reflexionar y decirte que en el fondo uno tiene que irse con tranquilidad y haciendo las cosas...*

Posteriormente Paola refiere que ha comenzado a pedir las horas médicas para realizarse los controles preventivos.

En la presente sesión además, se utiliza como estrategia interventiva la construcción de genograma familiar, mediante el cual se explora y profundiza en las relaciones establecidas por parte de la consultante con cada uno de los miembros de su sistema familiar.

-Terapeuta: *Paola, me podría contar más de usted, es decir, de su familia, hemos hablado de su padre, madre y hermanas, pero me gustaría saber más de ellos, recuerdo que me comentó en la primera sesión, algo de su padre, como que se parecía a él....*

-Paola: *Sí, sí, es que, con todo esto, me acuerdo mucho de él, porque yo soy como él, no sé, me acuerdo que no le gustaban estas cosas médicas, a mí tampoco, pero como usted me dijo, que era mejor hacerse controles y ver qué pasa.*

-Terapeuta: *Claro, mejor verse, ¿pero cómo era su padre, cómo era eso de no querer ir al doctor? ¿nunca iba?*

-Paola: *No, él no iba, no sé por qué no le gustaba, nunca se hizo un control médico, mi mamá le decía, pero nunca fue problema, pero pienso yo que él iba sí era muy necesario, recuerdo un par de veces que fue, bueno hasta que se enfermó y ahí nada que hacer.*

-Terapeuta: *¿cómo nada que hacer?*

-Paola: *Es que se enfermó y como tenía cáncer, murió, se lo detectaron cuando ya estaba avanzado*

- e) **Hipótesis de trabajo:** Desde la TSCN la hipótesis de trabajo consiste en la construcción del XYZ.

---

**Z:** Llanto descontrolado, No me interesa ver televisión. No me hacen efecto los medicamentos.

**X:** *“Ya no puedo hacer las cosas que hacía antes y me tendrán que ayudar”*

**Y:** *Ansiedad.*

---

- f) **Dominio de existencia en el que habita el problema:** en la relación consigo misma.

- g) **Intervención/es y/o acción/es terapéutica/s:** Tal como se indica anteriormente, mediante una actitud curiosa y sin juzgar a la consultante, se busca explorar en las significaciones y narrativas construidas por Paola en relación al problema que la trae a consultar, así como también se indaga en la construcción de significaciones respecto de las relaciones establecidas con su sistema familiar a fin de conocer en mayor profundidad, las narrativas y discursos sociales que construyen su cotidiano y en las cuales habita y otorga sentido a su realidad. De esta manera, el motivo de consulta de Paola, conlleva a que ella tomara la decisión de acudir a médico y realizarse, dada indicación de dicho profesional, diferentes exámenes a fin de detectar alguna dificultad a nivel de salud, acción que se busca re-significar con la consultante, desde un discurso saturado de enfermedad y baja agencia personal, hacia acciones responsables, adecuadas y pertinentes, de esta manera Paola refiere *“tenía como angustia, que estaba preocupada, que mi cuerpo, que de repente estoy como más lenta y todas esas cosas se me empezaron a juntar y yo lo tenía como callado y de repente estaba bien, de repente estaba mal... que raro decía yo, porque me está pasando esto y un día así en la noche estábamos tomando té y yo me pongo a llorar, pero por lo mismo, yo sabía por qué estaba llorando porque como que se me acumuló eso y ahí reventé...”*, posteriormente agrega *“ya el hecho como de haber ido ya a la doctora como que siento que ya estoy dando como un paso que voy a lo que yo quiero que es tener una mejor calidad de vida”*.

En este aspecto, se interviene reforzando en Paola el poder visualizar la atención médica como un acto necesario y poder ampliar los significados en torno al visualizar dicha acción más positiva.

Posteriormente se trabaja en relación a las creencias religiosas de Paola. La TSCN plantea la importancia de identificar el dominio de existencia en el cual el comportamiento le está siendo útil para posteriormente perturbar el sistema (Zlachevzsky, A, 2003). En este sentido se logra identificar mediante el curiosear constante en los significados de la consultante, la importancia que la religión tendría para ella. Paola señala que el motivo por el cual consulta tiene relación con la preocupación que tendría ella por su salud; indagando en sus significados se logra identificar que la preocupación le sería útil en el dominio de existencia religioso y familiar puesto que dedica parte importante de su tiempo a ayudar a su familia y se preocupa constantemente porque ellos estén bien, al recibir la sospecha diagnóstica Paola manifiesta preocupación de que quizás necesitará ayuda y todos deberán preocuparse por ella dificultándosele su intención de ser ella quien se preocupe por los otros.

Considerando todo esto, se trabaja con Paola en relación al versículo Mateo 22 de la Biblia que plantea “Ama a tu prójimo como a ti mismo”, se utiliza esta estrategia puesto que a la consultante le hace sentido la religión y dicho versículo refiere que el cuidarse a sí mismo es tan importante como cuidar a los demás.

*-Terapeuta: Señora Paola, estaba pensando en lo que me está contando, ¿usted conoce el mandamiento que dice “Ama a tu prójimo como a ti mismo”? ¿Qué piensa al respecto?*

*-Paola: Si, claro que lo conozco es muy importante porque hay que ayudar a las personas... a mí me gusta ayudar a los demás, me siento bien, contenta.*

*-Terapeuta: Y respecto a lo de sí mismo.*

*- Paola: Si, eso también es importante obviamente.*

*-Terapeuta: Le pregunto porque como hemos hablado, me ha dicho lo importante que es para usted ayudar, yo creo que siempre puede hacerlo, pero también puede ser que es importante ayudarse a uno mismo también, como demostrar amor y*

*demostrarse amor, entonces hacerse controles de salud son como actos de amor que todos debiésemos tener, para estar bien, como emocionalmente.*

*-Paola: claro, no lo había pensado de esa manera... yo pensaba como que era un poco egoísta andar más pendiente de uno que de los demás, pero claro Dios lo dijo para que no nos pase esto que como que nos olvidamos de uno mismo... y... yo ahora empecé a hacer las cosas, al final tengo que hacerme los exámenes, quiero hacerlo, como que ya siento que puedo hacerlo, entonces lo que usted me dice, claro po', yo no lo había pensado así...pero yo también tengo que darme amor...claro, claro...*

Dado lo anterior y en razón de que Paola refiere que ahora ella lleva a cabo los controles, se busca indagar en este aspecto y el que motiva a la consultante a hacer estas acciones, refiriendo: *“Yo creo que el hecho de conversarlo, conversarlo con usted me hace bien porque lo estoy botando y lo estoy diciendo y aceptando y a la misma vez como yo le conté que yo fui ahora donde la doctora, entonces estoy dando pasos que como que esa ansiedad con la que yo venía ya como que está bajando un poco, por lo mismo, porque en el fondo era como una preocupación que tiene uno conmigo mismo... o sea, usted se da cuenta que yo ese día cuando le hablaba de mi enfermedad y que me tenía esto y acá, estaba angustiada y ahora que lo estoy conversando yo no siento que estoy angustiada...”*

Cabe señalar que intervenir desde la religión en este caso tuvo que ver con buscar lo que a Paola le hace sentido desde sus creencias y fue lo que ocurrió en esta sesión, considerando también que el quehacer terapéutico es creativo y es un arte; tiene relación también con lo que Zlachevsky (2003) refiere:

Elegimos la mejor herramienta que desde nuestro buen entender tengamos a la mano para ofrecérsela a quienes nos consulten de modo que su propio sistema reflexivo de creencias les permita una nueva explicación, y así puedan dejar de sufrir a la brevedad (Zlachevsky, 2003 Página 60).

En virtud de lo indicado por Paola y a fin de re-significar las acciones realizadas en torno a la propia salud es que se visualiza en su narrativa, la ampliación de los significados magros hacia narrativas más positivas y enfocadas en los propios recursos de la consultante.

- h) Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:** Paola se encontraba con la problemática que denominaba como “*angustia y ansiedad*”. Al presentarse en la primera sesión solo se había realizado un escáner preventivo que le había indicado problemas en los huesos, memoria, cardíaco y presión arterial, resultados que habrían interferido en su autopercepción de salud, saturando de problema las significaciones personales en torno a dicho ámbito, generando en ella, alta sintomatología vinculada a elementos ansiosos y depresivos, desde lo descrito por la propia consultante. De esta manera, Paola habría estado experimentado preocupación constante, estado de alarma que se potenciaba con la sensación de baja eficacia de los medicamentos que consumía, desorientándola respecto de las acciones que debía desplegar, sin embargo en la presente sesión Paola, comienza a evidenciar narrativas que podrían dar cuenta de un cambio en las significaciones que habría construido, indicando que sus acciones en realidad corresponden a “*dar pasos*”, es decir, pasa de una significación pasiva sin control del medio a una posición activa y agencia personal, siendo ejemplo de ello que relata que asiste a su primera sesión con reumatóloga debiendo realizarse algunos exámenes, indicando “*pero ahora es de mí no más porque yo tengo que ir a sacar las horas y hacerme los exámenes, depende de mí*”. Se observa una ampliación en su narrativa desde que comienza a encontrar espacios para tomar el control de su propia vida. En este aspecto, la terapeuta le hace notar el cambio en su narrativa a fin de co-construir los nuevos significados en torno a su agencia personal, ya que si bien, no es posible predecir o controlar completamente el que uno padezca o no una enfermedad, sí es posible realizar acciones preventivas y/o desplegar acciones tendientes a dar tratamiento a un determinado malestar y/o enfermedad, dichos cambios en sus narrativas se relacionan principalmente con el concepto de preocupación, el cual le era útil en el dominio de existencia familiar y religioso enfocado hacia otro y deja

de serle útil al direccionarse esa preocupación a sí misma, sin embargo desde sus mismas creencias religiosas las narrativas se amplían incorporando el amarse a sí mismo como a los demás, incluyendo por tanto la preocupación por su salud en un significado más amplio de amor propio.

-Terapeuta: *¿Cómo explicaría usted el cambio en estos pasos que usted está dando ahora?*

-Paola: *“O sea es que yo misma trato de darme más tranquilidad y no estar así porque en el fondo me voy a estar haciendo yo misma un daño y para qué si todo tiene solución mientras se pueda... y como hablamos delante me estoy amando a mí misma como a los demás...”*

#### **4.4.9.3 Sesión 4 y 5.**

- a) **Fecha:** 5 de Septiembre y 13 de Septiembre de 2016 respectivamente
- b) **Lugar:** Dependencias de CAPSI-UV
- c) **Duración:** 1 hora y 2 minutos y 56 minutos respectivamente.
- d) **Descripción general de la sesión:** En relación a las sesiones 4 y 5, se trabaja especialmente en de-construir el problema identificado por la consultante al solicitar ayuda psicológica, ello mediante la ampliación de los significados buscando diferentes interpretaciones al problema con un foco puesto en los recursos y diferentes alternativas y posibilidades de solución. De esta manera, se aborda el concepto de “preocupación” al cual se refiere la consultante, buscando la visualización de ésta acción como un elemento positivo desde su propio sistema de creencias, ya que, la “preocupación” da cuenta de un acto de amor en torno a los otros (su familia) y por ende también, un acto de amor propio (“el deseo de estar bien”). Se trabaja también en la metáfora señalada por la consultante en sesiones anteriores respecto a “*dar pasos*”, donde se co-construye una nueva metáfora “*dar pasos hacia una mejor calidad de vida*”. Cabe señalar que en el desarrollo de las sesiones también se obtiene información médica relevante para la consultante,

Paola en la sesión 4 ya se había realizado dos exámenes y uno de ellos habría arrojado un resultado negativo en relación a padecer alguna enfermedad (presión arterial). Ya en la sesión 5, habría avanzados en la realización de otros exámenes, obteniendo también nuevos resultados, siendo uno de ellos también negativo de enfermedad (mamografía).

A nivel general, en ambas sesiones se logran cambios importantes en la narrativa y significación del problema por parte de la consultante, lo cual se refleja en lo que ella indica como una mejora en su sentir.

- e) **Hipótesis de trabajo:** Desde la TSCN la hipótesis de trabajo consiste en la construcción del XYZ.

---

**Z:** Llanto descontrolado, No me interesa ver televisión. No me hacen efecto los medicamentos.

**X:** *“Ya no puedo hacer las cosas que hacía antes y me tendrán que ayudar*

**Y:** *Ansiedad.*

---

- f) **Dominio de existencia en el que habita el problema:** en la relación consigo misma.

- g) **Intervención/es y/o acción/es terapéutica/s:** En ambas sesiones se trabaja en la de-construcción del problema y en la ampliación de las narrativas en torno a ello a través de la co-construcción de significados alternativos al problema desde las propias creencias y valores de la consultante. De esta manera, en una primera instancia Paola refiere que se encuentra mucho mejor, atribuyendo éste sentir al proceso terapéutico llevado a cabo, señalando *“yo pienso que puede ser el hecho de que uno comente las cosas a otra persona es como que a uno le da como más tranquilidad y como que saca algo que... que sabe que no es tan terrorífico las cosas que uno le está pasando...entonces lo que usted me dice de porque yo estoy más tranquila, pienso yo que el hecho de que uno conversa estas cosas, como que*

*uno las saca y a la vez al sacar estas cosas se va dando cuenta que no es tan extremo como yo creía antes”.*

En lo que respecta al motivo de consulta, Paola agrega, *“es que para mí... fue como que uno dice ya que tengas una cosa esta bien, pero ya dos, tres, cuatro cosas es como que para mí se me hizo como muy grande”* aclarando que le provocó angustia y ansiedad la cantidad de exámenes que debía realizarse viéndose atrapada en la sensación de ansiedad sin poder llevar a la acción lo que le preocupaba. En este aspecto, Paola indica que ir conversando sus preocupaciones la hicieron cambiar de pensamiento en relación a que debía realizarse los exámenes. ya que, *“quizás no era tan terrible”* como ella podía pensar, además, al visualizar dichas acciones como actos de amor propio y hacia los demás, le facilita la movilización y concreción de éstas acciones, realizándolas ya no desde la preocupación como un sentir negativo. En este aspecto, cabe señalar que también la concreción de acciones conllevó que Paola visualizara que ante preocupaciones, debía llevar a cabo acciones, ya sea indicadas o acciones autoimpuestas, ya que, la movilización facilitaría la disminución de su sentir angustioso, lo cual logra en este caso, al ir poco a poco, realizando los exámenes de salud indicados por profesionales.

Terapeuta: *¿Me podría explicar de otra manera qué es lo que estaba usted acumulando?*

Paola: *Ehh... las cosas que me estaban pasando a mí, que estaba como más lenta, que me sentía mal con las dolencias de los dedos, de aquí de la parte de la cadera... ehh...*

Terapeuta: *¿Y todas esas cosas que significan para usted?*

Paola: *son ehh motivos de preocupación...*

Terapeuta: *o sea, podríamos decir que estaba acumulando ¿preocupaciones? Preocupaciones por distintas cosas...*

Paola: *si, eso...*

Terapeuta: *Y cuando usted dice que venir a conversar acá y hablar sus cosas está como botando lo que tendría acumulado... sería como que estaría botando esas preocupaciones*

Paola: *si, si, ¡sí!, porque ahora me lo estoy tomando con más calma... veo que no es tan terrorífico a como yo me lo estaba tomando hasta antes de venir acá...*

Terapeuta: *¿Y cómo cree usted que logró eso? Porque yo veo que igual es un cambio importante, que no debe haber sido fácil...*

Paola: *si po... yo creo que el desahogo... el desahogarse, el desahogarse... por ejemplo ahora se lo converso a usted y yo no había pensado que quizás no tenía algo de enfermedad, yo había pensado solamente que eran muchas cosas y ahora al hablarlo me doy cuenta que quizás me estaba preocupando de más y no había hecho nada aun pero cuando uno lo habla como que va pensando y dándose cuenta de otras cosas...*

Terapeuta: *¿cómo de cosas?*

Paola: *Bueno por ejemplo que uno tiene que preocuparse de uno mismo para poder tener una mejor calidad de vida y poder ayudar a los demás... porque... yo nunca me hago controles y eso porque uno siempre cree que no le va a pasar nada a uno pero Dios dijo que había que amar al prójimo como a uno mismo porque yo creo que para todos, bueno, no todos... para la mayoría quizás es fácil amarse a sí mismo pero quizás para mí no lo era tanto... yo creo que a mí me nace amar a mis hijos, a mi marido y preocuparme por ellos pero no tanto por mí y me he dado cuenta de eso ahora que también tengo que pensar en mí porque si yo estoy bien... mejor voy a poder ayudar a los demás también...*

Respecto de la ampliación del significado en torno a la “preocupación” como un acto de amor desde las creencias y valores religiosos de la consultante, se otorga el siguiente diálogo como ejemplo de las conversaciones sostenidas en torno a ello

Terapeuta: *¿Usted dijo que prefería guardarse las cosas?*

Paola: *Ehhh si po, es que yo... o sea, lo que a mí me estaba pasando yo se los contaba pero no sabían hasta donde era el extremo de lo que yo estaba tan*

*preocupada porque yo se los contaba así como pucha tengo que ir a médico me da lata pero bueno hay que hacerlo y así y después otra cosa, que las molestias, que los dolores, que la calidad de vida que estoy teniendo y que eso me bajoneaba, esas cosas, pero así no más, como no demostrando que estaba más allá de la preocupación...*

Terapeuta: *¿para que usted lo contaba de esa manera?*

Paola: *ehh... para no preocuparlos a ellos, a mi marido, a mi hija, a mi hijo...*

Terapeuta: *¿qué significaba el preocuparlos para usted?*

Paola: *o sea, el no darles motivos de preocupación más de la que yo tenía por dentro, para no sé, para al final no angustiarlos a ellos porque donde son tan apegados entonces no quería preocuparlos como yo estaba... no quería traspasar eso...*

Terapeuta: *¿qué cree que pensaría su familia si supieran eso? Que usted no quería preocuparlos...*

Paola: *o sea, yo creo que al final igual entenderían porque en el caso de mi hija por ejemplo fue así po, por ejemplo cuando tuvo esa crisis de pánico ella lo contaba, pero no todo, todo 100% realmente lo que le estaba pasando y yo creo que tiene que haber pasado por lo mismo que yo hice de tratar de no preocuparnos demasiado a nosotros porque ella ahora me dijo no quería preocuparlos tanto porque pensé que se iban a urgir y toda la cosa...*

Terapeuta: *¿y usted que le contesto cuando ella le comentó eso, de que no quería preocuparlos?*

Paola: *jajaja si po, uno dice lo que no hace... yo decía, le decía que no po, que ella tenía que contar sus cosas, nosotros siempre te vamos a apoyar tu sabi...*

A continuación Paola refiere que para ella no preocupar a su familia fue un acto de cariño, sin embargo indica que habría estado reflexionado respecto a esta situación y que ahora era consciente de que se había estado haciendo daño a si misma por lo que debía empezar a preocuparse por ella “yo ya me di cuenta que tengo que pensar en mi misma para no hacerme daño a mí misma, al final soy yo la que tengo que preocuparme de estar bien, estar tranquila, de salir delante de a paso a

*paso como he estado yendo y veo que no es tan terrorífico como yo lo estaba mirando, lo estaba mirando como muy demasiado al extremo y eso es lo que yo no me había dado cuenta”.*

Al finalizar la quinta sesión, Paola menciona que había estado pensando y sentía que quizás su preocupación estaba relacionada con su historia paterna, refiere que su padre falleció de cáncer y que en aquella época ella no averiguo mucho porque se dedicó a cuidarlo y acompañarlo evitando hacerle muchas preguntas que pudiesen afectar su estado anímico, agrega que al igual que su padre ella no se realizaba muchos controles preventivos ya que no le gustaba ir a los doctores y que con su padre lo que ocurrió es que por no controlarse el cáncer fue detectado ya en estado de terminalidad sin poder hacer mucho, Paola indicó que quizás le había sucedido lo mismo a ella. Al respecto se indaga en la historia de Paola sin dar nada por sentado, sin embargo Paola se da cuenta de que existiría un vacío en relación a su propia historia de vida de algunas cosas que nunca preguntó y rellenó esos espacios con lo que a ella le pareció que podría haber sido, por este motivo sin poder indagar más al respecto se le realiza a Paola la invitación de poder completar su propia historia de vida puesto que dichos antecedentes serían importantes para poder conocerla mejor y entender su entorno familiar e historia de vida ya que se visualiza esto como una acción necesaria a fin de abordar de manera íntegra éste ámbito al cual alude constantemente la consultante, Paola accede a la invitación y refiere que preguntará a su familia que fue lo que ocurrió con su padre ya que indica *“en ese entonces no quise preguntar nada pero en realidad siempre he tenido la duda porque él tenía problemas a los huesos y yo también”*.

- h) Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:** En ambas sesiones se observan cambios importantes en la narrativa de Paola por ejemplo los referidos en el apartado anterior en relación al cambio en la narrativa en cuanto la preocupación no es vista ya como algo negativo, sino como una manifestación de amor. De esta manera, la problemática indicada por la consultante, comienza a

disiparse, integrando y ampliando los significados personales en torno al concepto de salud, enfermedad, preocupación y amor, mediante los cuales van surgiendo nuevas narrativas más positivas que llevan a la consultante a encaminar su vida hacia otros horizontes.

Terapeuta: *¿y cómo logró todo eso que usted me dice, que la llevo a pensar así?*

Paola: *yo misma convenciéndome, yo misma me fui convenciendo... diciéndome otras cosas... como que cambié el chip*

Terapeuta: *eso no debe haber sido nada de fácil...*

Paola: *ehhh... no porque como que uno está en la cuestión como así, como que no ve, no ve ni para allá ni para acá yo creo que así algo me pasó y yo digo pero para que estoy haciendo esto, para que si me estoy haciendo un daño y no vale la pena porque ni siquiera es una preocupación no se po digamos una enfermedad más terminal no sé*

Terapeuta: *¿cómo es eso de que no ve?*

Paola: *como uno que va así como los caballos de carreras que no ven para ningún lado... y yo no me estaba dando cuenta que yo misma me estaba haciendo daño a mí misma, eso.*

Terapeuta: *¿y cuáles características tuyas le permiten lograr todo este cambio de chip del que me habla?*

Paola: *que me quiero a mí misma jajaj que tengo que quererme más, si, de no hacerme daño a mí misma, si en el fondo quien me lo está haciendo si soy yo sola que me lo estaba haciendo, yo sola me lo estaba haciendo, porque tengo una familia que se preocupa por mí, tengo mi hija, mi hijo, mi esposo, tenemos una familia constituida, bien, entonces... y gracias a dios de tranquilidad porque nuestro hijo ya está por titularse y nuestra hija ya está viviendo su vida y está bien, está contenta, entonces digo yo qué onda estoy haciendo conmigo mismo... esa cosa que yo le estoy contando a usted yo nunca se lo he dicho a mi marido y a él se lo... pero cuando a él le pasa algo, a él, lo que yo siento se lo digo a él... como yo aconsejándolo y mire po imagínese y yo no me daba cuenta cuando yo me estaba lastimando a mí misma.*

Cabe señalar también que Paola menciona antecedentes ante los cuales no se habría referido antes respecto a su historia familiar y reflexiona en relación a que quizás su preocupación que para ella era excesiva, tenía relación con el fallecimiento de su padre, ya que ella pensaba que podía ser lo mismo que le estaría ocurriendo a ella ahora *“igual yo sé que son cosas que independiente de si salgan buenos o malos pero que tienen tratamiento y eso es lo más importante, yo creo que al principio lo veía como algo como, lo veía como con miedo como de un cáncer a los huesos porque yo decía esta cuestión como va a ser artrosis esta molestia que tengo en los huesos entonces para mí ese era un miedo que tenía o que tengo porque a lo mejor lo tengo todavía pero porque mi papa tuvo un problema a los huesos”*

#### **4.4.9.4 Sesión 6.**

- a) **Fecha:** 26 de Septiembre de 2016.
- b) **Lugar:** Dependencias de CAPSI-UV
- c) **Duración:** 1 hora y 1 minuto.
  
- d) **Descripción general de la sesión:** En esta sesión Paola recibe el resultado de otros 3 exámenes siendo todos los resultados negativos de enfermedad, sin embargo aún le quedarían otros dos exámenes pendientes (colesterol y electrocardiograma). La consultante además indica recibir una llamada de la Doctora que revisa sus exámenes y le señala que estarían buenos y que no tiene nada de qué preocuparse en relación a su salud. Posteriormente en la sesión se trabaja en torno a la ampliación de los significados de la consultante y al cambio en la narrativa en relación a lo abordado en sesiones anteriores respecto de la preocupación y la responsabilidad tanto consigo misma como con otros. En este aspecto se invita a la reflexión y profundización en torno a la re-significación respecto a que preocuparse no estaba mal, puesto que ella tenía una enfermedad crónica y el preocuparse le permitiría también detectar enfermedades a tiempo y poder tratárselas de manera adecuada. En la misma línea, Paola resalta lo manifestado anteriormente en torno a que presentar

preocupación respecto de sí misma en el ámbito de la salud, implica un acto de autocuidado y por ende de la mantención de una relación consigo misma vinculada al amor propio, en palabras de la consultante “quererse a sí misma”. Finalmente, se profundiza en la percepción subjetiva de cambio indicada por la consultante, donde refiere que ha presentado cambios positivos no solamente en lo que respecta a sí misma sintiéndose con mayor agencia personal, sino que también ha podido situarse en un rol de cambio en torno a los demás a fin de que ellos puedan llevar a cabo acciones de autocuidado. Sin embargo, es menester referir que en la presente sesión se trabaja en torno a una segunda hipótesis de trabajo, ya que, si bien Paola refiere que se encuentra realizándose todos los controles médicos necesarios y que ello es un acto de amor propio, la relación de temor con “la enfermedad” se mantiene latente, por lo que se busca explorar en torno a ello.

- e) **Hipótesis de trabajo:** Desde la TSCN la hipótesis de trabajo consiste en la construcción del XYZ.

---

**Z:** Diagnóstico nutricionista.

**X:** *“Tengo cáncer igual que mi papa, me voy a morir”*

**Y:** *Miedo.*

---

- f) **Dominio de existencia en el que habita el problema:** en la relación con el padre.
- g) **Intervención/es y/o acción/es terapéutica/s:** En esta sesión se busca continuar ampliando los significados de la consultante mediante la co-construcción de narrativas más positivas. Se continúa revisando con la consultante desde la curiosidad en aquellos dominios de existencia en los cuales la preocupación le ha sido útil y explorando en torno a los significados que Paola ha construido respecto de la “enfermedad”.

Terapeuta: *¿En qué momentos usted siente que le ha servido esa preocupación de la que me habla?*

Paola: *bueno es que la gente no va al doctor nunca... le dio en el clavo ahí porque lo que me pasa que yo tengo esta dolencia conmigo siempre y por eso me preocupo y está bien que lo haga, lo que si ahora no me quedo ahí sino que yo voy haciendo cosas, dando esos pasos y voy al doctor y me hago los exámenes o sea me preocupo y lo soluciono también que era lo que me había pasado antes que yo no estaba haciendo porque era mucho y no sabía qué hacer...*

Observándose también un cambio en la narrativa de la consultante quien reconoce que preocuparse no necesariamente estaría mal ya que le permite responsabilizarse por su enfermedad y no sólo eso sino que además Paola percibe un cambio en sí misma en cuando es capaz de accionar y solucionar sus problemas. Además refiere en relación al proceso de intervención:

Paola: *a mí el hecho de venir acá a mí me sirvió porque por ejemplo uno como que de repente no se da cuenta pero cuando uno empieza a conversar las cosas que a uno le ha pasado, que ha sentido, lo que ha tenido como que uno se da cuenta que como se llama que estaba como encerrada en una cuestión como que no miraba para ningún lado entonces como que uno despertó... como que al contar las cosas uno descansa y bien po sobre todo cuando uno es escuchada bien... eso me paso a mi*

Terapeuta: *¿Y a qué se refiere con eso de no miraba para ningún lado?*

Paola: *como que yo me enfocaba y no miraba para ningún lado, como que no me daba cuenta de lo que me estaba pasando, de hasta dónde estaba llegando yo porque estaba llegando a los extremos*

Terapeuta: *¿en que se enfocaba?*

Paola: *como en la preocupación de mis dolencias y la angustia y yo pensaba que esa era como la única manera como que no veía más que eso no veía otra manera y yo les contaba las cosas a mi marido y a mi hijo pero para no preocupar les contaba como la mitad no más en cambio acá con usted yo siento que como que al fin pude decir lo que realmente me estaba pasando entonces aquí me ha servido hartito, hartito... o sea como que veo las cosas de manera diferente ahora*

Se intenta acoger los relatos de Paola y se le escucha atentamente guiando la conversación hacia los cambios positivos que ha podido realizar en relación al problema.

Respecto a las exploraciones en torno de los significados construidos por Paola en torno a la “enfermedad”:

-Terapeuta: *Paola, ahora que está haciéndose todos los exámenes y éstos han sido buenos ¿antes recuerda por qué no le gustaba asistir al doctor?, me dijo que en eso era como su padre, pero ¿nunca le gustó ir?*

-Paola: *he.... No, es que nunca le he dado importancia, nunca me ha preocupado hacerme exámenes preventivos, como se dicen, pero ahora es como diferente...*

-Terapeuta: *¿Cómo diferente?*

-Paola: *no sé, es que nunca me ha preocupado, ahora me preocupaba, pero está bien preocuparse, hay que preocuparse por uno...*

-Terapeuta: *claro, como lo hemos conversado, está súper bien, entonces digamos que no es como que no le guste ir al doctor...*

-Paola: *claro, no es que no me guste ir, es que me da miedo no sé, que me digan que tengo algo malo...*

-Terapeuta: *¿algo malo como qué?*

-Paola: *no sé, me da miedo que me digan que tengo algo grave, que me voy a morir, si yo pensé al tiro que tengo cáncer.*

-Terapeuta: *¿Por qué pensó en el cáncer?, no sé, de pronto uno puede pensar en cualquier cosa...*

-Paola: *no sé, como que yo sentí que era lo mismo que mi papá, si él no se hacía exámenes y yo tampoco....*

-Terapeuta: *claro, comprendo, pensó que le iba a ocurrir lo mismo, como todo igual que su padre...usted me contó que de pronto se hizo exámenes y le dijeron que tenía cáncer ¿cierto?*

-Paola: *sí, es que yo no sabía mucho de lo que había pasado pero él tenía un problema a los huesos y como yo también tengo y los remedios sentía que no me*

*hacían el mismo efecto entonces yo pensé pucha la mala suerte, es lo mismo que mi papa y me lo van a pillar tarde también por no ir al doctor...*

*-Terapeuta: Y en relación a lo que conversamos... ¿usted pudo averiguar lo que había pasado con su padre y así completar la historia?*

*-Paola: siii, fíjese no me va a creer... pregunté en la reunión familiar porque en verdad yo siempre tuve la duda y nunca había preguntado, si usted no me decía como que no se me había ocurrido en verdad... y pregunté y nah que ver lo que yo creía al final era por fumar lo de mi papa por el tabaquismo...*

*-Terapeuta: ahh mire, pero usted no fuma no cierto?*

*-Paola: No po, yo nunca he fumado, así que a mí no me puede pasar lo de mi papá...*

*-Terapeuta: Que sintió al enterarse de la historia?*

*-Paola: Me sentí bien porque siempre uno puede saber cosas que no sabía y yo tenía esa duda hace tiempo... y también me sentí como aliviada porque no tiene nada que ver con lo mío, entonces en mi caso yo tengo que cuidarme no más y hacerme los controles porque así puedo pillar lo que sea a tiempo que es lo más importante.*

- h) Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:** Dado lo indicado, es posible referir que en la sesión se observa un importante cambio en la narrativa de Paola, quien refiere hacerse cargo de la preocupación, la cual además la reconoce como un elemento que le permitiría hacerse responsable de su enfermedad crónica, mediante la cual, visualiza que además logra generar acciones tendientes a dar respuesta a este acto responsable, realizando acciones concretas de carácter preventivo en torno a su salud, ejemplificando ello desde el hecho que soluciona sus problemas acudiendo al doctor y realizándose los exámenes pertinentes, significando esto como “tomar las riendas de su propia vida” y siendo ella misma su propio agente de cambio. Además Paola reflexiona en relación a que cuidarse también implica quererse, cambiando completamente el significado de “preocupación es malo, no es normal” a “preocupación es quererse a sí mismo” *“uno tiene que cuidarse y el cuidarse es quererse entonces si uno no se quiere, no se preocupa por uno y después si tiene algo le avanza más rápido, es para peor porque no ayuda a estar mejor...”* evidenciándose por tanto significados y

narrativas más positivas que contrastan la narrativa cargada de dolor con la cual inicia el proceso terapéutico.

-Terapeuta: *¿qué es lo que la preocupa entonces?*

-Paola: *que pueda tener algo como lo que tuvo mi papa, pero eso era lo que me preocupaba antes, ahora ya no... siento que tengo que estar alerta pero ya no asustada porque ese miedo es lo que no me dejaba avanzar... o sea yo sé que tengo algo con mis huesos y tengo que estar alerta y eso es súper importante pero ya bien, estamos por un camino bueno, positivo...*

Dado lo anterior, es posible, desde la información que pudo recabar la consultante, ampliar las alternativas y posibilidades que existen en torno a una enfermedad, en su caso, mediante lo cual, si bien realizarse exámenes es un acto de amor propio, también es una acción preventiva de muchas alternativas que pueden existir, donde la enfermedad y la muerte son una alternativa más entre muchas otras. De esta manera se acoge el temor que Paola refiere sentir ante los exámenes médicos, ya que, se relacionan con el duelo en torno a la muerte de su padre, ello desde la interpretación que puede otorgar la terapeuta que suscribe, no obstante, la intervención facilita que la consultante amplíe las alternativas que pueden resultar respecto de los resultados obtenidos mediante dichos exámenes, favoreciendo la mejoría en el sentir de la referida.

#### **4.4.9.5 Sesión 7.**

- a) **Fecha:** 3 de Octubre de 2016.
- b) **Lugar:** Dependencias de CAPSI-UV
- c) **Duración:** 1 hora y 1 minuto.
  
- d) **Descripción general de la sesión:** En la presente sesión, Paola refiere que se habría realizado el examen del colesterol encontrándose aun en espera de sus resultados, agregando además que en dicho mes tendría hora para el último examen que le

quedaba por realizarse. En lo que respecta al sentir de la consulta, Paola indica sentirse mucho mejor, reflexionando en torno a su posición actual en relación a la percepción de sus cambios, señalando que se encontraba atascada en sus preocupaciones por el futuro, pero que el espacio terapéutico le habría permitido poder conversar y reflexionar respecto a diversos temas, por lo que actualmente su narrativa se centra en el que uno no puede vivir en el pasado ni en el futuro sino que debe situarse en el presente, significando ello como que hay que aprovechar el día a día, llevando esto a la práctica. La consultante, además refiere que sus cercanos han comenzado a notar sus cambios, visualizando éstos como positivos, ya que, le habrían indicado que han podido observar que se encuentra más alegre y menos preocupada.

Respecto a lo conversado la sesión anterior Paola refiere:

-Terapeuta: *¿siente que le ha servido entender mejor lo que ocurrió con su padre, ahora que pudo consultar sobre lo que pasó?*

-Paola: *sí, como que ahora entiendo...como que no fue tan así como lo pensé yo, habían más cosas...*

-Terapeuta: *quizás Paola, no todo es tan causa y efecto, hay como varias explicaciones o mejor dicho, hay como hartas variables que influyen en algo, en una enfermedad en este caso y puede que, por ende, existan más alternativas de lo que puede pasar... como con usted...*

-Paola: *así es, antes no lo veía muy claro, no veía más opciones pero siento que ahora se me han abierto muchas puertas*

Al finalizar la sesión se le solicita que realice una receta sobre cómo vivir el día a día de manera que ella pueda compartir su experiencia con otra persona que se encuentre en la misma situación que la lleva a consultar e iniciar el presente proceso psicoterapéutico, siendo dicha propuesta acogida por Paola. Además, se acuerda que la próxima sesión pueda llevarse a cabo en quince días más a fin de permitir un mayor espacio de reflexión entre sesión y sesión.

- e) **Hipótesis de trabajo:** Desde la TSCN la hipótesis de trabajo consiste en la construcción del XYZ.

---

**Z:** Diagnóstico nutricionista.

**X:** *“Tengo cáncer igual que mi papa, me voy a morir”*

**Y:** *Miedo.*

---

- f) **Dominio de existencia en el que habita el problema:** en la relación con el padre.
- g) **Intervención/es y/o acción/es terapéutica/s:** En esta sesión se busca integrar narrativas positivas a la conversación *“Es increíble que yo siento que he cambiado, que a mí él me lastima cuando él piensa negativo, siento una cuestión como que me tiran un balde de agua fría, porque como que me siento tan bien así como estoy ahora y lo que he descubierto porque uno dice nunca es tarde para aprender y eso es verdad, nunca es tarde, entonces eso yo le digo a mi marido, nunca es tarde para aprender y para cambiar cosas que uno a lo mejor en el momento no está bien lo que estás haciendo o no estás pensando bien lo que estás haciendo o quizás no es que estés mal pero puedes estar mejor”*.

En la presente sesión y tal como se indica anteriormente, se trabaja en torno a la ampliación de alternativas en torno a los significados construidos por Paola respecto de la enfermedad, asociándola únicamente con la muerte, ello debido a su historia vital.

-Terapeuta: *puede ser entonces que así como un examen puede revelar salud o enfermedad, como los resultados que ha tenido, dado lo que pudo conocer de su padre, podemos decir que el que tengamos una enfermedad tampoco es sinónimo de muerte ¿puede ser?*

-Paola: *mmm, claro... la verdad es que yo pensé que al tiro uno se muere, pero claro, no tiene por qué ser así...son muchas cosas las que pasan o pueden pasar... si en algún momento estoy enferma, y si alguna vez tengo algo grave, no quiere decir que muera, yo pensaba que sí, al tiro cáncer, al tiro todo...*

Además, es importante señalar que habiendo abordado lo anterior, es posible hablar en la sesión de otros ámbitos de la vida de la consultante, por ejemplo se conversa en relación a los tiempos que se da a sí misma para reflexionar ya que estaba viviendo su vida en función a su marido y sus hijos y no se daba el tiempo para sí misma “o sea con el tiempo para mí también, por ejemplo antes yo no me daba el tiempo, era tanto que no me daba cuenta, o sea eso si me he dado cuenta que no ando acelera como antes” por lo que se reflexiona en relación a la importancia que tiene el dedicarse tiempo a uno mismo.

-Terapeuta: *Usted había hablado hace un rato de disfrutar el día a día, por ejemplo usted ¿cómo se lo podría explicar a otra persona?’ ¿Qué le recomendaría a alguien que no está disfrutando el día a día?*

-Paola: *Que si le está pasando algo malo que trate de cambiar el switch y que piense que eso que le está pasando va a pasar y se fue ,o sea que tome más luego lo otro, algo positivo, que siga adelante viviendo el presente*

- h) Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:** En la presente sesión se observa una narrativa positiva, cuestión que se refleja además en lo actitudinal de la consultante, visualizando un semblante animado y entusiasta en Paola, además la referida se muestra cómoda en la sesión y sonriente. Cabe señalar que en lo relativo al motivo de consulta, impresiona la consultante aludiendo a éste en tiempo pasado “yo a mi marido siempre le estoy comentando ahora último porque le hablo sobre la energía que intentemos de transmitirnos energía positiva porque es muy bueno, muy bueno pa cualquier ser humano o sea, aprovechar bien a concho la vida sea joven o no, pero siempre porque uno nunca sabe porque el ángel de la muerte siempre está al lado de uno y uno no sabe, uno algunas veces... es decir puede ser una persona bien sana y decir oh pero si esa persona no estaba enferma ni na entonces son cosas así sorprendidas que uno no se imagina, entonces hay que vivir el día a día y vivir siempre con energía positiva no más po y yo se lo dije a él, le dije yo ahora no sé cómo, pero yo igual estoy súper contenta porque siento que

*estoy cambiando mi forma de pensar a mi edad, no solamente por mi edad sino que por vivir más feliz, más contenta...*” Se observa también como sus relatos se enfocan en vivir el día a día y disfrutar de éste y de cada momento, así como también en relación a recibir y transmitir “energías positivas”, visualizando que el discurso ya no se centra en el problema, ampliando su visión en torno al mundo y a la realidad, facilitando el foco en otros ámbitos y aspectos de su vida. En relación a lo anterior, cabe señalar que Paola comenta que sus cercanos también comienzan a notar sus cambios:

*-Paola: mi marido le hablaba algo a la Pamela, le dijo; oye sabí que tu mami he notado cambios en tu mami, anda como más contenta le dijo y cosas así, entonces para mí eso que estoy escuchando está bien porque se está dando cuenta que yo estoy actuando de otra manera, incluso yo misma se lo dije, le dije oye sabi que yo me siento súper contenta con lo que me está pasando si yo que rico que me está pasando a mí*

*-Terapeuta: Y ¿Qué significa para usted esto que le está pasando?*

*-Paola: Es que yo no sé cómo explicarlo, lo único que sé es que yo me siento contenta, o sea llegó mi momento de estar bien, estar más contenta, no bajearme con las cosas que me pasaban en el tema salud, en esas cosas y eso po, es eso lo que a uno le hace sentirse bien y me está pasando a mi*

*-Terapeuta: ¿Y eso la lleva a hacer qué cosas por ejemplo?*

*-Paola: que es lo que me lleva eso... a transmitir más mi energía positiva hacia los demás y andar más contenta, ando súper contenta.*

#### **4.4.9.6 Sesión 8.**

- a) Fecha:** 17 de Octubre de 2016.
- b) Lugar:** Dependencias de CAPSI-UV
- c) Duración:** 59 minutos.

**d) Descripción general de la sesión:** En un comienzo de la sesión se trabaja en relación a la “receta” que se le solicitó a la consultante a fin de poder ayudar a otros que pudiesen estar en su misma situación, de esta manera se visualiza experta en sí misma, refiriendo lo siguiente, *“al escribirlo igual veo que di un paso no sé si gigante, pero es que a mí no me había pasado esto y el hecho de venir acá y más encima escribir lo que uno está sintiendo es como que realmente se da cuenta que si se puede cambiar cosas que uno a lo mejor las tenía muy erradas, en el sentido de lo que a mí me pasaba de cuando llegué acá”*. Posteriormente se reflexiona en relación a los cambios percibidos en sí misma y en la molestia en relación a una situación que relata en torno a su marido, el cual no habría “tomado en serio” lo indicado por ésta sin embargo, impresiona la solución que otorga a éste imponderable, refiriendo que da solución a éste sin problema y sin mayor dificultad, significando éste hecho como haciéndose cargo de su vida.

**e) Hipótesis de trabajo:** Desde la TSCN la hipótesis de trabajo consiste en la construcción del XYZ.

---

**Z:** Diagnóstico nutricionista.

**X:** *“Tengo cáncer igual que mi papa, me voy a morir”*

**Y:** *Miedo.*

---

**f) Dominio de existencia en el que habita el problema:** en la relación con el padre.

**g) Intervención/es y/o acción/es terapéutica/s:** En esta sesión se busca reflexionar en torno a los cambios logrados por Paola y reforzarlos mediante la elaboración de una “receta” para aquellas personas que pudieran estar pasando por su misma situación, ejemplo de ello es el siguiente párrafo:

*“- El día a día se puede vivir tomando las herramientas que uno va descubriendo en nuestra vida.*

- *Pensar de una manera positiva para así ser feliz y vivir el día a día que Dios nos regala plenamente.*
- *Valorizar también lo que tienes a tu lado que es la familia, amistades, todo tu entorno para vivir el día a día y disfrutarlo al máximo.*
- *Proponerse siempre de entregar energías positivas y no negativas.*
- *Pensar siempre en el presente y no en el antes ni en el futuro, ya que sería un daño que se hace la persona al adelantarse a los hechos que podrían afectar tu salud, tu ánimo y etc.”. (Ver Anexo 2)*

Respecto a la actividad realizada Paola refiere que nunca es tarde para aprender a vivir mejor, además indica que al verlo escrito nota que ha dado “un paso gigante” mediante lo cual la terapeuta refuerza las nuevas narrativas y significados co-construidos en el proceso terapéutico.

**h) Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:** En la sesión se observa una narrativa positiva llena de nuevos significados, en la cual se visualiza que se disuelve el problema por el cual Paola consulta, motivo por el cual, de común acuerdo se realiza cierre del proceso llevado a cabo:

*-Paola: usted me preguntaba qué lograba con esta terapia, que... estoy súper contenta, súper, súper bien y hasta me emociono porque no sé, es demasiado bueno lo que me ha pasado*

*-Terapeuta: Ha pasado por muchas cosas...*

*-Paola: Sí... pero es una emoción... cómo se llama, de felicidad...*

*-Terapeuta: ¿Qué le diría usted ahora a usted misma, pero de hace unos meses atrás?*

*-Paola: ¿Cómo? ¿Qué le diría?*

*-Terapeuta: Sí*

*-Paola: ¿A mí misma?*

-Terapeuta: *Sí, cuando usted llegó la primera vez por ejemplo, ahora que usted ha avanzado todo esto ¿qué le diría?*

-Paola: *Que nunca más volver atrás po jajaj sí po, porque en realidad afecta harto muchas cosas, en la parte emocional, en la parte salud, todo eso y es increíble que uno no se da cuenta, o sea uno está viviendo el día a día y no se está dando cuenta de muchas cosas*

-Terapeuta: *Claro, como usted decía que iba como caballo de carrera así sin mirar...*

-Paola: *Claro, o sea yo podía vivir todos los días vivirlos, vivirlos, pero no me estaba dando cuenta de lo que me estaba pasando, increíble o sea, con uno mismo que diga no me estoy dando cuenta qué es lo que me está pasando y porqué estoy pasando por esto que ni siquiera debería estar pasando, entonces igual bien*

-Terapeuta: *¿Qué piensa hacer ahora? De ahora para adelante*

-Paola: *Eeeh... seguir el camino que estoy llevando ahora po jajaja... la receta...*

Por otra parte, refiere haber tenido una discusión con su marido ya que él le habría dicho un comentario que no le habría agradado mientras ella le relataba de su proceso terapéutico, refiere que antes probablemente habría estado enojada mucho tiempo y no le habría dicho nada pero después se le habría juntado con otras cosas, sin embargo esta vez optó por decirle inmediatamente y señala que le habría funcionado bien ya que su marido se habría dado cuenta y le habría pedido disculpas.

-Paola: *yo le decía yo o sea, todo lo hablaba yo así como bien entonces que a mi me gustaría así como que yo le hablaba le hablaba le hablaba todo bien po, o sea que yo estoy bien, que me siento bien y todo lo que yo he vivido y que pucha no me acuerdo bien el motivo, pero ya, la cuestión que después me dijo cómo fue.. parecí canuta, la cuestión que me hizo sentir mal entonces le dije yo, y de hecho no lloré, pero se me llenaron los ojos con lágrimas, le dije yo por favor*

*que respetara lo que yo estoy viviendo y lo que a mí me está pasando porque no me agrada esa actitud de que tuvo en hacer ese comentario*

*-Terapeuta: ¿y él que le contesto?*

*-Paola: llegó y me abrazó cuando me vió que estaba mal, me abrazó y me dijo ya disculpa dijo fue un momento de no sé, de rabia puede haber sido, y después ya me dijo olvídalo y disculpa por lo que te dije, no me acuerdo el motivo, pero fue algo no tan grave, pero igual me molestó, o sea no me calló bien*

*-Terapeuta: ¿En qué sentido no le calló bien?*

*-Paola: En que... él como que no le daba mucha importancia a lo que yo estaba viviendo y como que se burló de mí pero ya no le doy mucha importancia porque igual uno como está bien y como está tranquilo con uno mismo, entonces como que a uno le afecta, no sé si usted me entiende, o sea, yo estoy tranquila, entonces que otra persona me diga algo no sé cómo algo así como pa aguantar o algo, no no no me llega, no me afecta.*

Como puede observarse en este extracto de la sesión Paola, logra solucionar sus conflictos de manera autónoma, se observa segura de sí misma y conforme con su propia experiencia terapéutica, plenamente capaz de continuar con su vida y por ende, dar por finalizado el presente proceso terapéutico desde el acuerdo sostenido en la relación de terapia, es decir, desde la apreciación de la profesional y desde la percepción subjetiva de la consultante.

#### **4.4.10. Evaluación de la eficacia de los tratamientos.**

La eficacia del proceso terapéutico de acuerdo al modelo con el que se trabaja en el presente estudio de caso, tendría relación con que el problema por el cual Paola consulta, se disuelve en el transcurso de la terapia, y junto con ello el dolor que el problema generaba en la consultante, dando pie a nuevas narrativas y nuevas comprensiones de los acontecimientos por parte de Paola, las cuales fueron más positivas y adaptativas a su propia realidad.

En relación a lo anterior, es menester referir que Paola ingresa a la primera sesión indicando que su motivo de consulta correspondía: *“por el tema de mi salud me produce angustia y preocupación”*, agregando además *“el cuerpo ya no me acompaña como antes, siento angustia de verme así... antes era como activa y ahora hago las cosas y me canso”*.

A medida que transcurren las sesiones la narrativa de Paola cambia hacia una comprensión distinta respecto a lo que le ocurre, ejemplo de ello es el siguiente extracto *“me di cuenta yo, que yo venía con la preocupación y con todo lo negativo en la cabeza y me estaba haciendo daño a mí misma, entonces lo que yo tenía que hacer era cambiar eso negativo por lo positivo y aprovechar la vida, el día a día las cosas simples disfrutarlas ¿me entiende? Y sabe que a mí me tiene contenta de cómo soy yo ahora con mis cosas de mis actitudes o sea con mi manera de pensar más positiva, yo misma me estoy transmitiendo mi energía para estar bien y hace bien po”*.

Además, durante el proceso terapéutico, la consultante amplía sus significados indicando a finalizar el proceso interventivo que la preocupación que tenía por su salud no estaba mal, que a parte del quererse a sí misma preocuparse por su salud, que debía estar alerta ya que eso le permitía detectar enfermedades a tiempo para poder tratarlas pero que no debía tener miedo ya que el miedo la paralizaba y no le permitía hacerse cargo de su propia vida, cambiando completamente el significado de la preocupación por una comprensión positiva y responsable con su propio cuerpo, además se activa en el ejercicio de su propia calidad de vida reconociendo que el miedo la paralizó, pero que como enseñanza para sí misma, indica que debe mantenerse alerta y llevar sus preocupaciones a la acción, reflexionando en torno a la importancia de vivir en el presente en el aquí y ahora que es en el momento en el cual se pueden realizar acciones *“siento que tengo que estar alerta pero ya no asustada porque ese miedo es lo que no me dejaba avanzar... o sea yo sé que tengo algo con mis huesos y tengo que estar alerta y eso es súper importante pero ya bien, estamos por un camino bueno, positivo...”*.

Además Paola logró ampliar su propia historia de vida al comprender lo que había ocurrido con su padre y este acto de conocer le permitió además separar su propia historia de la de su padre puesto que una de las principales razones que la llevaron a solicitar ayuda psicológica tuvo relación con su relación con su padre y con su creencia de que podría estar pasándole lo mismo que a él le había ocurrido.

En virtud de lo anterior, la eficacia del tratamiento, no solamente se midió desde los cambios de narrativa y ampliación de significados que fue manifestando Paola a lo largo de las sesiones, sino que también a través de la aplicación de la Escala OQ-45.2.

La escala OQ-45.2 es un instrumento que propone medir, la experiencia subjetiva de la persona y como esta funciona en el mundo, desarrollado por Lambert (1996) en Estados Unidos y utilizado comúnmente para medir resultados en psicoterapia (von Bergen & de la Parra, 2002). Por lo que puede ser utilizado en la primera y en la última sesión o durante todas las sesiones; en el presente estudio de caso se realizó la primera forma de utilización señalada por lo que se aplicó el instrumento previo a la primera sesión y al finalizar la última sesión del proceso terapéutico llevado a cabo.

Dado lo anterior, la primera aplicación se realiza previo al ingreso de Paola a psicoterapia y no es realizada por la terapeuta, sino que por quienes realizan los ingresos en CAPSI .

**a) Tabla N° 1. 1° Aplicación, 08 de Agosto de 2016 (Ver Anexo 3).**

<b>ESCALA</b>	<b>SD</b> <b>(Sintomatología)</b>	<b>IR</b> <b>(Relaciones Interpersonales)</b>	<b>SR</b> <b>(Rol Social)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Puntaje Obtenido por Paola</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>34</b>
Puntaje de Corte	43	16	14	73

El PC o puntaje de corte es lo que diferencia a una población funcional de una disfuncional (von Bergen & de la Parra, 2002), en este caso se puede observar que Paola obtiene un porcentaje de 34, es decir, Paola tendría un nivel de discomfort no mayor que el de la población general.

A nivel de subescalas, se puede observar que éstas se encuentran bajo el PC siendo la más alta la SD que indica principalmente sintomatología ansiosa y depresiva como también desórdenes de ajuste y estrés (von Bergen & de la Parra, 2002).

Por otra parte, las subescalas de Relaciones Interpersonales y de Rol Social se obtienen puntajes más bajos considerando que estos no tendrían relación con el motivo de consulta de Paola.

La segunda aplicación del instrumento se realiza al finalizar el proceso, en esta aplicación se revisa el ICC o Índice de Cambio Confiable, el ICC es la diferencia de puntaje entre el inicio y final del tratamiento que indicaría si el cambio es estadísticamente significativo o no. El puntaje de corte del ICC es de 17 puntos lo que significa que si el consultante reduce su PC en 17 puntos o más, implicaría que el cambio es clínicamente significativo. (von Bergen & de la Parra, 2002).

**b) Tabla N° 2. 2° Aplicación 17 de Octubre de 2016 (Ver Anexo 4).**

<b>ESCALA</b>	<b>SD</b>	<b>IR</b>	<b>SR</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Puntaje Obtenido por Paola</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
Puntaje de Corte	43	16	14	73

**c) Tabla N° 4. Comparación de puntajes de índice de Cambio Confiable normativos y puntajes de índice de Cambio Confiable obtenidos por la consultante.**

<b>ESCALA</b>	<b>SD</b>	<b>IR</b>	<b>SR</b>	<b>TOTAL</b>
Puntaje de Índice de Cambio Confiable de Corte	12	9	8	17
<b>ICC Obtenido por Paola</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>29</b>

Como se aprecia en la Tabla N° 4, la diferencia de puntaje que obtiene Paola en el PC es de 29 puntos lo que es mayor a los 17 puntos de corte sobrepasando por tanto los índices

de Cambio Confiables normativos. Se aprecia también una importante mejoría en la subescala SD que tendría relación con la sintomatología ansiosa y depresiva. En las otras dos subescalas se observa una disminución de sus puntajes que no alcanza a ser significativa puesto que el puntaje de ingreso en ambas escalas era bastante bajo resultando imposible la disminución del puntaje de corte. A nivel general se puede establecer que la consultante “*Se recuperó*” respecto del malestar al iniciar las sesiones.

#### **4.4.11. Estado del proceso y seguimiento.**

El proceso terapéutico finaliza el 17 de octubre de 2016, realizándose a modo de seguimiento y de triangulación de datos, el 19 de Noviembre de 2016 el cuestionario de Historias de Psicoterapia de Adler, Skalina, y McAdams (2008):

- 1. El problema:** una escena específica en la cual el problema presente fue especialmente claro o vívido.

*Esa vez que exploté con mi familia y me puse a llorar porque yo estaba pensando en mis preocupaciones por mi salud y todo eso.*

- 2. La decisión:** la escena específica en la cual decidió que iría a terapia para abordar el problema.

*Cuando mi hijo me lo recomendó y después mi hija también me dijo que me haría bien yo dije bueno quizás tengan razón y no se pierde nada intentándolo.*

- 3. Sesión más importante:** una sesión que reconozca como la más significativa o importante, describiendo en detalle qué de la sesión fue lo importante, por qué y cómo lo significa.

*La segunda sesión cuando estaba sola con usted porque yo había llegado muy nerviosa, muy nerviosa y ahí yo me sentí bien sentí que usted me escuchó y me sentí acogida y cómoda ahí yo pude ir hablando mis cosas con más tranquilidad.*

- 4. Otra sesión importante:** otra sesión diferente de la anterior que también reconozca como importante.

*Cuando hicimos lo de la receta porque yo lo anote primero en un papelito y después lo puse más bonito para dárselo pero me quede con lo que anote yo en mi libreta entonces a veces cuando me siento desmotivada lo vuelvo a leer y me acuerdo de cómo me sentía en ese momento y me vuelve toda la motivación y al tiro me siento mejor.*

- 5. Un final:** una escena específica que describa el final de la terapia o después cuando los logros de la terapia fueron claros o quedaron demostrados.

*No sé muy bien en que momento pero yo me fui dando cuenta que no estaba mal preocuparme por mi salud solo que no tenía que tener miedo antes de que pasaran las cosas y al ir haciendo los exámenes me fui sintiendo más tranquila ahora ya tengo todos los resultados y al final salieron todos buenos asique me estaba preocupando por nada al final.*

- 6. Efectos de estos cambios, hacia el presente y futuro.**

*Seguir así como voy pensando en positivo y disfrutando el día a día.*

#### **4.4.12. Vínculo terapéutico y persona del terapeuta.**

El vínculo terapéutico es la relación que se da en el espacio de la psicoterapia entre terapeuta y consultante, en el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas implica poner los recursos del terapeuta a disposición del consultante a fin de aliviar el dolor por el cual consulta para esto se requiere perturbar el sistema a través de diversas estrategias. Cada terapeuta elegirá la mejor herramienta de la que disponga a fin de ofrecérsela al consultante para que su sistema de creencias le permita una explicación diferente y con eso termine su sufrimiento (Zlachevsky, 2003)

Para lograr esto por tanto se requiere realizar una intervención ortogonal que amplíe los significados del consultante, en el presente caso tiene relación con los significados que Paola va construyendo en el proceso terapéutico, en un comienzo refiere sentir angustia, ansiedad, rabia y preocupación por su salud, y señala como objetivo terapéutico que quisiera “preocuparse lo normal”, sin embargo estas explicaciones cambian con el tiempo cuando Paola refiere que estaba preocupada, ya que, su padre habría fallecido de cáncer y pensaba que podía padecer la misma enfermedad en ese momento su narrativa se modifica al señalar que al tener una enfermedad crónica preocuparse no sería algo “malo”, sino que sería un “acto de amor a sí misma y responsabilidad” ya que le permitiría detectar cualquier enfermedad y poder tratarla a tiempo, como lo indica en el siguiente diálogo “*uno tiene que cuidarse y el cuidarse es quererse entonces si uno no se quiere, no se preocupa por uno y después si tiene algo le avanza más rápido, es para peor porque no ayuda a estar mejor...*”.

En este caso se trabajaron con dos problemas psicológicos, el primero de estos parecía más evidente al inicio del proceso terapéutico, en este caso se buscó en los significados y creencias de Paola para así identificar el dominio de existencia en el cual ocurría el problema y el dominio de existencia en el cual le estaba siendo útil para así poder plantear una intervención ortogonal que perturbara el sistema, en este caso fue presentar a Paola el segundo mandamiento de la Biblia puesto que se relacionaba directamente con las creencias religiosas de Paola haciéndole sentido el preocuparse de sí misma tanto como de los demás. El segundo problema psicológico se identificó con el transcurso de las sesiones y tenía relación con cierta información que Paola desconocía respecto a la enfermedad de

su padre, en esta instancia se le invitó a completar su historia de vida, esta información nueva le permitió a Paola distenderse de la historia de su padre y trabajar en su propia historia desde sus propios recursos.

Junto con lo mencionado, Zlachevsky (2003) señala algunos puntos cruciales para el operar terapéutico

- **Contacto y vínculo:** Entendido como “objetividad entre paréntesis”, tendría relación con el hecho de que no somos expertos en la vida del otro y por tanto no podemos ser expertos en lo que le sucede y entregar una receta para solucionar los problemas de quien consulta, esto es muy importante en el presente caso ya que el cambio efectivamente para Paola es percibido como realizado por ella misma, si bien ella agradece el espacio y el ser escuchada en las sesiones y respetada, entiende que es ella misma quien realiza un cambio en su vida y refiere estar orgullosa de lo que ha logrado como se observa en el siguiente párrafo “*yo siento que estoy bien, o sea, me siento sobre todo lo más importante que a mí me pasaba era mi ansiedad que yo tenía por lo mismo mío de mi salud y que ahora yo lo veo de otra manera, lo veo con más tranquilidad, no con ansiedad, entonces eso a mí me tiene más tranquila y por lo mismo me ha hecho bien venir para acá*”. Además, en este aspecto, cabe señalar que no cobran prioridad las propias creencias de la terapeuta, sino que, de la consultante, aspecto que se genera en la segunda sesión, donde Paola refiere que ya no se siente incómoda y puede desahogarse con la profesional. Este aspecto es fundamental en el presente modelo y en la psicoterapia porque permite hacer sentir a nuestros consultantes, como lo indicado anteriormente, es decir, expertos en sus propias vidas sin ser juzgados por otro, por ende, logran explayarse emocionalmente y llevar a cabo un proceso de co-construcción con énfasis en sus recursos y habilidades.
- **Formulaciones positivas y ópticas optimistas:** Durante el proceso este punto también resulta crucial, Paola al ingresar refiere que mantiene una postura negativa en relación a su futuro por lo cual resulto importante trabajar desde lo positivo, desde sus recursos y no desde sus carencias como refiere Paola en el siguiente párrafo “*Eso, increíble, es increíble si yo le pongo ese tema de mi marido lo que pasó, con lo que me está pasando a mí, es totalmente dos polos opuestos totalmente diferentes y ahí yo me doy cuenta que... que rico,*

*que rico que uno dice que nunca es tarde para, para cómo se llama... vivir cosas nuevas o pensar mejor más positivo, porque obviamente que pensando positivo uno sabe que va a estar mejor, se va a sentir mejor todavía, de ánimo y de todo”.*

- **Respeto por la forma de entender del sistema consultante:** El consultante es el experto en su vida y sabe lo que quiere mantener o cambiar, el terapeuta por tanto toma la postura de experto en hacer preguntas desde una postura del “no saber”, saber escuchar y respetar la postura del consultante como refiere haberlo percibido Paola en el siguiente extracto *“En una palabra, yo súper agradecida con usted porque usted me ha escuchado y eso también se agradece, así que... por ese lado yo igual yo le doy las gracias también porque igual por mucho que uno venga aquí por una terapia, lo que sea, como quieran llamarle, pero igual es súper importante que a uno la escuchen sin conocernos y al final uno se siente como que estoy con una parte como una familia que me ha dado confianza usted, entonces todo eso, más que feliz, más que contenta y agradecida...”*, y como refiere Zlachevsky en relación a lo previamente señalado *“El único objeto de que el paciente encuentre en su propio sistema reflexivo de creencias una significación alternativa que le permita desentramarse del sufrimiento por el que vino a consultar”* (Zlachevsky, 2003) ha sido fundamental en el presente estudio de caso.
- **Aceptamos humildemente nuestras limitaciones:** Este punto también es relevante dado que tiene relación con que existen ciertos dominios de existencia en los cuales no podremos actuar, en el presente caso Paola se encontraba preocupada por su salud y se realizó diversos exámenes los cuales resultaron negativos, en este sentido se podía realizar un acompañamiento a fin de trabajar junto a Paola respecto a la preocupación en este proceso que en su caso conllevaba a ansiedad y angustia, sin embargo no podemos actuar en relación a los resultados en su salud y estos exámenes bien podían ser positivos para Paola o negativos en ese aspecto se podía trabajar.
- **Nuestra responsabilidad:** La responsabilidad del terapeuta narrativo en este caso tiene relación con llevar el proceso terapéutico poniendo énfasis en los recursos y no en las

debilidades. La psicoterapia apunta a la disolución de las narrativas en la co-construcción de nuevos significados como puede verse en el siguiente extracto de Paola que refiere que se quiere a sí misma y que su cambio dice relación con no hacerse daño a sí misma “*el quererme a mí misma me ayuda a mí misma a no hacerme daño a misma al crearme algo que no debe ser*”.

#### **4.4.13 Criterios de rigor en la investigación cualitativa.**

Los criterios de calidad en los estudios cualitativos, han generado debate entre los investigadores puesto que se acepta que no pueden ser evaluadas en los mismos parámetros que los estudios cuantitativos ya que se ubican en paradigmas diferentes en cuanto a lo epistemológico, ontológico y metodológico (Noreña, Alcaraz – Moreno, Rojas, Rebolledo – Malpica, 2012).

Puesto que el proceso cualitativo suele ser dinámico y flexible y no guiarse necesariamente por un proceso lineal sino interactivo, resulta importante cuidar la calidad del estudio cualitativo a través de los criterios de rigor (Noreña, Alcaraz – Moreno, Rojas, Rebolledo – Malpica, 2012).

*“El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos” (Página 265)*

**a) Criterio de verdad o Credibilidad:** Los criterios de credibilidad se relacionan con el hecho de que exista una relación entre los datos que se obtienen por quien investiga y la realidad que efectivamente cuentan los relatos, por tanto no se plantea una objetividad positivista sino más bien un consenso entre quienes participan (Rodríguez, Gil, & García, 1999).

En este aspecto, el presente estudio de caso se llevó a cabo por un tiempo prolongado, realizándose siempre en el mismo lugar. A su vez, a la consultante se le explicó respecto a la manera de trabajar en este tipo de terapia, realizando durante todo el proceso diferentes acuerdos y explicitando que la investigadora sería también activa en el estudio.

Por otro lado, las intervenciones se sometieron a criterio de compañeros, profesor guía y ayudante de la cátedra de Magister Clínico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Las sesiones además fueron grabadas, transcritas y existen documentos del proceso adjuntos en el apartado de Anexos.

**b) Transferibilidad:** La transferibilidad alude a la posibilidad de aplicar los resultados a otra investigación o a otros contextos (Rodríguez, Gil, & García, 1999). Si bien la investigación cualitativa responde a contextos únicos por lo que no se puede generalizar, el termino acordado es transferibilidad para lo cual resulta importante la recolección de datos. (Noreña, Alcaraz – Moreno, Rojas, Rebolledo – Malpica, 2012).

En el presente estudio de caso, la recogida de antecedentes se realiza mediante los apuntes y grabaciones realizadas por la terapeuta, la Ficha de atención de ingreso a CAPSI y la aplicación del Cuestionario de Resultados OQ-45.2 al ingreso y al final del proceso psicoterapéutico.

**c) Criterio de Dependencia:** El criterio de dependencia alude a la estabilidad de los datos para lo cual se utilizan procedimientos tales como la triangulación de investigadores, de métodos y de resultados, un evaluador externo y la descripción detallada de los procesos de recogida, análisis e interpretación de los datos (Noreña, Alcaraz – Moreno, Rojas, Rebolledo – Malpica, 2012).

En el presente estudio de caso se ha definido el proceso de recolección de datos mediante apuntes y grabaciones, además se explicitan los procedimientos seguidos, las características de la consultante, el contexto del cual forma parte, la forma de interpretación de los datos por parte de la terapeuta, de tal manera que se intenta hacer explícita cada una de las secuencias seguidas.

**d) Criterio de Confirmabilidad:** El criterio de confirmabilidad alude a que el investigador debe comunicar los supuestos epistemológicos que le llevan a formularse las preguntas y/o lo que lo lleva a presentar los descubrimientos de una manera determinada (Rodríguez, Gil, & García, 1999).

Esto se lleva a cabo mediante la elaboración del Marco Teórico, donde se explicitan las teorías y posturas ontoepistemológicas que guían el operar terapéutico llevado a cabo en el presente estudio de caso, explicitando por tanto el posicionamiento de la investigadora.

#### **4.4.14 Consideraciones éticas.**

El presente estudio se encuentra normado por el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile, específicamente en relación al Artículo 15: Aspectos Relativos a la Investigación en Psicología. Por tanto, se contó con la autorización, apoyo y supervisión de profesores y director de Magíster Clínico de la Universidad de Valparaíso, puesto que el proceso terapéutico, grabación y toma de apuntes fue realizado en contexto de atención CAPSI.

Además se solicitó autorización a la consultante para llevar a cabo el estudio de caso a través de un consentimiento informado, el que toma en consideración los puntos del Artículo 15 del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile. El documento se puede revisar en el Anexo 1, resguardando la privacidad de la consultante.

## V. RESULTADOS

### 5.1 Del Modelo Sistémico Centrado en Narrativas.

A continuación se procederá a describir los resultados del proceso terapéutico de Paola a través del Modelo Sistémico Centrado en Narrativas. Desde el presente modelo el resultado esperado en un proceso terapéutico es el alivio del dolor a través del cambio en las narrativas de quien consulta.

En el presente caso Paola se presenta indicando que sus hijos le recomendaron asistir, al indagar respecto al motivo por el cual ella accede a la recomendación de sus hijos refiere que tendría un problema, dicho problema lo define como “*tengo ansiedad y angustia por mi salud y calidad de vida*”, se asume desde el modelo que cuando hay un problema, éste suele ser producto de un suceso ocurrido que no era esperado por Paola y que le produjo una reacción afectiva molesta o *displacentera* y a su vez esta emoción es interpretada en busca de una explicación en su propio sistema de significados. (Zlachevsky, 2015).

En relación a lo recientemente mencionado es que Zlachevsky (2015) plantea la triada inseparable en la co-construcción del problema, esta es la base para iniciar el proceso terapéutico y como refiere la autora cuando una persona acude a terapia, lo hace porque alguna experiencia que vivió en algún dominio de existencia trajo consigo alguna emoción inesperada y que le provocó dolor al interpretar desde su propio sistema de creencias dicha experiencia ocurrida (Zlachevsky, 2015).

En el presente caso la triada inseparable se configura de la siguiente manera:

Problema psicológico N°1:

---

*X: Ya no puedo hacer las cosas que hacía antes y me tendrán que ayudar.*

*Y: Ansiedad.*

*Z: Llanto descontrolado, No me interesa ver televisión. No me hacen efecto los medicamentos.*

---

Problema psicológico N°2:

---

*X: Tengo cáncer igual que mi papá, me voy a morir.*

*Y: Miedo.*

*Z: Diagnostico nutricionista*

---

Una vez identificado el problema con claridad y co-construido con Paola, además de acordado aquello que ella quería cambiar o modificar, es que se puede continuar con el proceso terapéutico en búsqueda de, principalmente aliviar el dolor de Paola.

Paola indicó en un comienzo que se encontraba preocupada por su salud, aparentemente debía realizarse diversos exámenes sin embargo indicó que se vio abrumada y no supo qué hacer, refirió que todo esto le produjo angustia y ansiedad por lo que la intervención se enfocó primeramente en realizar intervenciones ortogonales de modo de normalizar los sentimientos de Paola, sin llegar a trivializarlos, en relación a la preocupación, angustia y ansiedad; a través de la conversación se logró identificar que la preocupación era vista en su grupo familiar como “*algo malo*” y por tanto todo su grupo familiar intentaba “*guardarse las cosas*” para no preocupar a los demás.

Es así como los significados de Paola comienzan a ampliarse, identificando la preocupación como un acto de amor en el sentido de que se estaría “*sacrificando*” para que su familia no tuviese que cargar con la preocupación que cargaba ella. Sin embargo, esta explicación aun no aliviaría el dolor puesto que continuaba llevando ese peso sobre ella por lo que posteriormente se trabaja en relación a sus recursos a través de los cuales Paola comienza a dar cuenta que debía empezar a “*ocuparse*” y quererse a sí misma por lo que no podía continuar “*haciéndose daño a sí misma*”, observándose un nuevo giro en cuanto a las creencias en torno a su preocupación.

Se trabaja también en relación a las creencias de Paola profundizando en sus narrativas se logra identificar la importancia que tiene para ella la religión por lo que se interviene desde ésta a fin de que lograra ampliar los significados en relación a la preocupación por sí misma, puesto que Dios dice que debemos amarnos a nosotros mismos

como a los demás, dicha intervención a Paola le hace sentido puesto que surge desde sus propias creencias a las cuales les da mucha importancia, tal como se plantea en la TSCN, que es importante que el consultante “*desde sus propias coherencias, desde sus propias significaciones, reflexione en su propio sistema de significados*” (Zlachevsky, 2003). En este caso, quien escribe pese a no tener relación con la religión católica, la utilizó como recurso puesto que tendría conocimientos previos en su propia historia de vida familiar que permite poder recurrir a la religión como estrategia en este fluir artístico y creativo que es el proceso terapéutico.

Posteriormente se indaga profundamente en la historia de vida de su padre, especialmente en el fallecimiento de éste puesto que se trataba de una historia desconocida para Paola, la intención de dicha intervención tuvo relación con completar la historia de vida de Paola para así poder juntas comprender su historia, Paola logra completar su historia de vida gracias a relatos de sus familiares y con esto logra diferenciar su propia historia de la historia de su padre lo cual le produjo un gran alivio, de acuerdo a la percepción de la terapeuta.

Finalmente Paola reflexiona en relación a su enfermedad preexistente y llega a la conclusión que por esto ella debe estar alerta y que preocuparse sería algo “*positivo*” puesto que le permitiría detectar cualquier tipo de enfermedad a tiempo para así tratarla de la manera correcta. Observándose un cambio en los significados de Paola desde “*la preocupación es mala a la preocupación es buena dado que me permite detectar enfermedades y responsabilizarme por éstas*”.

En ese entonces aparecen nuevas creencias y narrativas en contraposición con las explicaciones agonales que la mantenían atrapada en el dolor, en cuanto a que entendía la ansiedad, angustia y preocupación como algo que no debiese estar o que debiese estar en menor cantidad, y la significación de su experiencia como mayormente negativa imposibilitando el descubrir recursos y distintas maneras de conceptualizar la experiencia.

Cabe señalar también que se trabajó profundamente en que Paola “*tomara las riendas de su vida*” como que ella consideró que tenía relación con llevar a la acción sus pensamientos específicamente puesto que refirió que se estaba preocupando en vez de ocupando y cuando fue recibiendo los resultados de los exámenes descubrió que eran todos negativos de enfermedad lo cual efectivamente reafirmo posteriormente sus nuevas

creencias de que realizarse dichos controles y exámenes le permitirían eventualmente detectar enfermedades a tiempo para poder tratarlas que no fue lo que sucedió con su padre a quien le diagnosticaron cáncer en etapa terminal precisamente porque no se realizaba los controles necesarios de prevención.

## **5.2 De la Percepción del Consultante.**

Es importante referirse también en este apartado a la percepción de la propia consultante quien manifiesta su agradecimiento por el proceso terapéutico e indica que le sirvió mucho y que estaría orgullosa de los cambios conseguidos y quien además en la sesión de seguimiento indico como significativa *“la segunda sesión cuando estaba sola con usted porque yo había llegado muy nerviosa, muy nerviosa y ahí yo me sentí bien sentí que usted me escucho y me sentí acogida y cómoda ahí yo pude ir hablando mis cosas con más tranquilidad.”*, que dice relación a algunos aspectos relevantes en la TSCN relacionados con la empatía, respeto por el consultante y su historia y la capacidad de escuchar y no dar nada por sentado. Paola refiere también al finalizar el proceso terapéutico *“primero, súper agradecida, súper contenta, igual me emociona porque no sé po, es una cuestión que me costó, pero lo logré... es que yo no sabía que... nunca supe que... nunca pensé que me iba ir bien, o sea, venía con igual un poco de... como que venía no sé si nerviosa, pero igual no se po yo en una sola palabra súper agradecida, nada más, súper agradecida... ojalá alguna vez nos volviéramos a ver, pero me llevo el mejor recuerdo de usted, así que por ese lado muy agradecida”*. Evidenciándose también con esas palabras que Paola se siente bien y conforme con su proceso terapéutico, habiéndose disuelto por completo el problema que un comienzo la llevo a consultar.

## **5.3 Comparación del OQ-45.2.**

A fin de analizar los resultados del proceso terapéutico, se utiliza también el Cuestionario de resultados OQ-45.2, en el cual al inicio del proceso psicoterapéutico Paola obtiene un PC (Puntaje de Corte) 34 puntos totales y, al egreso obtiene un PC de 5 puntos, observándose por tanto una disminución considerable del malestar, existiendo una

diferencia entre ambos de 29 puntos. Los índices de cambio confiable normativos indican que el puntaje sería de 17 puntos de diferencia o más, superando Paola estos indicadores.

Por tanto, a nivel general se puede establecer que la Paola “*Se recuperó*” respecto del malestar al iniciar las sesiones.

## VI. REFLEXIONES FINALES

Desde el presente modelo y no sólo desde lo expuesto en el presente estudio de caso, sino que también desde mi aprendizaje en torno a él, puedo indicar que me he encontrado con un marco epistemológico que considero, nos permite tener un acercamiento ético y profundamente respetuoso de las creencias y significaciones de nuestros consultantes, este hecho es fundamental, ya que, permite situarnos no solamente como terapeutas, sino que también como personas, dentro de un entramado social que lleva en sí mismo un sin número de creencias, costumbres, culturas, exigencias, etc que nos llevan, muchas veces, a sentir malestar y por ende, a alterar nuestra vida y desenvolvimiento en cada uno de los roles que representamos. Esto último es crucial en el presente estudio de caso, porque desde el modelo y desde inicio del proceso terapéutico con Paola, pude visualizar a la consultante como parte de este entramado social y comprenderla desde ello y desde lo que ella fue construyendo como “salud” y “enfermedad” vinculado por un hecho no menor, que en nuestra sociedad toma central importancia, esto es, la etapa evolutiva en la cual nos encontramos. En este marco, Paola, ofuscada y temerosa por padecer una enfermedad, también se vinculaba con su propia historia de significados, es decir, con la vivencia ya de una enfermedad dentro de su grupo familiar.

Lo anterior toma un rol central en el acercamiento respetuoso de nuestros consultantes, ya que, podríamos evaluar el malestar de Paola desde aspectos solamente clínicos, conocer su sintomatología y recomendar y llevar a cabo el tratamiento más adecuado, que como psicólogos y psicólogas, sabemos que podemos recomendar o diagnosticar desde ellos, sin embargo aun cuando, esto puede ser válido para el proceder de algunos terapeutas, desde el presente modelo, podemos situarnos en un plano más profundo, en lo que Zlachevsky (2012) indica como la pregunta ontológica. En estas reflexiones finales, quisiera manifestar que no quiero plasmar que un modelo es mejor que el otro, sino que más bien que nos detengamos a reflexionar, a analizar cuál es mi concepción de ser humano y desde ella analizar y conocer o crear aquella forma de psicoterapia que se relaciona más con esa forma de comprendernos. La pregunta ontológica me lleva a situar a Paola como una persona dentro de un entramado social, como una persona con historias producto de sus vivencias situadas socialmente, en este aspecto, cobra

absoluta relevancia por ende, comprender y conocer cuál es la historia de la consultante, dónde nació, con quienes creció, etc, sino que también comprender y reconocer dónde la consultante se encuentra inmersa, la cultura de la cuál es parte, la sociedad en la cual vive, por ende, también implica tener presente que ese sistema de la cual la consultante es parte, yo como terapeuta también lo soy y tengo un rol en él.

Desde lo anterior es que cobra relevancia lo indicado en el marco teórico del presente estudio de caso, ¿qué es salud? ¿bajo qué narrativas y significados se construye el concepto de salud?, ¿bajo qué narrativas y significados se construye el concepto de salud en nuestro país? ¿qué se comprende como enfermedad y qué implica ello?. Esta última pregunta es un aspecto clave, puesto que podemos comprender y reconocer que el sentir de la consultante no solamente implica un conjunto de síntomas, sino que también implican una serie de síntomas que se generan en un contexto social donde el temor a la salud cobra relevancia en cuanto la cobertura es desigual, los gastos de salud son elevados implicando muchas veces no poder costear un tratamiento pertinente para lo que estemos padeciendo, los tiempos de espera muchas veces son extensos, caracterizándose generalmente por una alta burocracia en su funcionamiento, además de estos elementos nos encontramos con diferencias por raza, sexo y estrato social, por ello reitero que es necesario mantener un acercamiento terapéutico que integre todas éstas dimensiones del ser humano situado histórica y socialmente, pero no por ello, crear o contar con una “guía de técnicas para éste u este otro caso”, sino que entrelazarlo con la propia historia de nuestros consultantes, puesto que “ellos son los expertos en sus vidas” . En este aspecto, puedo mencionar otra reflexión que inundaba mi accionar en el quehacer psicoterapéutico con Paola y en el conocimiento que iba adquiriendo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, el cual corresponde a la aceptación humilde de nuestras limitaciones. Muchas veces en nuestro rol y dados los propios discursos sociales que rondan nuestra profesión, el rol de poder que ejerce el psicólogo, conlleva que sin darnos cuenta tanto nosotros/as mismos/as comenzamos a tener una carga sobre nuestras espaldas de “ser expertos”, expertos en psicoterapia y por ende expertos en los otros; este elemento puede generar muchas dificultades y muchas posturas que a mi parecer pueden ser anti-éticas posicionándonos como entes más válidos que nuestros consultantes, pero también conllevando una carga emocional que al querer “ayudar” nos sentimos responsables de “recetar una cura efectiva” para el malestar de

nuestros consultantes, sin embargo no podemos estar más errados en estas trampas que conllevan las concepciones y significados en torno a nuestra profesión, ya que, los postulados básicos del modelo nos vuelven a recordar por ende a ejercer, “las personas son expertos en sus vidas”, “aceptamos humildemente nuestras limitaciones” y “validamos al otro como legítimo otro”. Todo lo referido se encuentra entrelazado, en el quehacer terapéutico desarrollamos todos los principios, no podemos ejercer un principio y negar los otros, puesto que son parte de un mismo entramado, he ahí lo fundamental del modelo, ya que nos invita a dicha reflexión que he referido anteriormente, es decir, la invitación a la pregunta ontológica y a ejercer nuestra profesión desde ella, sin embargo el profundo respeto que plantea el modelo, no me permite más que decir, que me permitió ejercer el presente proceso terapéutico desde una reflexión constante a mi accionar, cuidando por sobre todo, validar a Paola como legítima otra y todo lo que espiritualmente y en el accionar, ello implica.

Dado lo anterior, las contribuciones del proceso terapéutico presentado, aluden a reconocer el malestar de nuestros consultantes como un malestar que se sitúa no solamente a nivel individual como un conjunto de síntomas clínicos, puesto que comprenderlo de esa manera, implicaría mantener una visión sesgada o por lo menos incompleta del malestar que implica un entrelazamiento entre lo individual y social. En el presente estudio de caso, quisiera dar relevancia al “poner nuestra objetividad entre paréntesis” y llevar a cabo “la curiosidad”, que no es más que ir a conocer y explorar la historia de nuestros consultantes sin dar nada por sentado.

Como proyección de investigaciones futuras, no obstante y en virtud de lo referido es que cobraría relevancia contar con investigaciones que permitan explorar en los propios terapeutas sus creencias y significaciones en torno a las diferentes problemáticas que traen consigo nuestros consultantes a fin de evaluar las interferencias o implicancias que ello puede generar en el proceso terapéutico llevado a cabo en especial en la temática del presente estudio de caso, ya que, de manera general en muchas ocasiones la sintomatología ansiosa-angustiosa se lleva a cabo en el sistema de salud, por un tratamiento médico que en pocas ocasiones se deriva a un tratamiento psicológico que se lleve a cabo con la importancia que para la persona tiene, ya que, además, de manera general, es una sintomatología que tiende a ser naturalizada por la población, pero que, sin embargo,

conlleva diversas consecuencias afectando considerablemente en el desarrollo normal de la vida cotidiana de las personas, por lo que cobra relevancia el cómo los profesionales estamos significando dichos síntomas y por ende cómo los estamos abordando en el ámbito terapéutico y en todos los espacios en los cuales debemos llevar a cabo nuestra profesión, que como es bien sabido, muchas veces no responde al imaginario ideal de ello y con esto me refiero principalmente a que existen espacios que debido al colapso del sistema, las atenciones psicológicas es posible de llevarlas a cabo en tiempos acotados y de manera distante, como lo es la atención en el sistema público. Lo anterior cobra relevancia en cuanto el presente estudio logra dar cuenta de una alternativa de intervención en precisamente esos contextos, los que no son ideales para nuestra profesión, pero que, desde una práctica genuina con real sentido para nuestros consultantes, se amplía la mirada, re-significan sus vidas y crean alternativas de lectura y comprensión de su realidad, hacia marcos de entendimiento más positivos y que conllevan mayores posibilidades, otorgando herramientas transversales a su vida, de modo tal, que la persona consultante pueda llevar a cabo un proceso realmente significativo, dadas las posturas bases de este tipo de terapia validando principalmente al sujeto consultante, aun cuando ello se lleve a cabo en tiempos distantes o tiempos acotados, como es la realidad en nuestro país.

. En esta misma línea cabe señalar también, un aspecto fundamental en relación al presente estudio, ya que, tal como se indica, el tratamiento de la ansiedad se desarrolla de manera habitual con tratamiento farmacológico, además se instala como uno de los mayores motivos de consulta en salud mental, ello debido a las diversas vicisitudes de la vida que implican que en ocasiones nos sintamos sobrepasados y solicitemos ayuda solamente cuando se empieza a generar sintomatología física, tal como ocurre con Paola, además, el género de la consultante también cobra relevancia, ya que, de acuerdo a lo planteado en la presente tesis, quienes consultan más y en mayor medida, debido a aspectos socioculturales, son las mujeres. Sin embargo y a pesar de lo referido y el cómo habitualmente se tratan los síntomas ansiosos, es menester resaltar que en el presente estudio, la consultante logra generar un estado de bienestar a partir del proceso llevado a cabo, el cual no se desarrolla con tratamiento farmacológico. Dado lo anterior, se considera pertinente señalar que la Terapia Centrada en Narrativas, puede plantearse como una alternativa más eficiente frente a otros métodos, ya que no conllevó el tener que movilizar

otros recursos y medios de la consultante, por lo que el poder llevar a cabo un proceso terapéutico desde esta mirada, cobra relevancia en los casos referidos, pudiendo ser un estudio a replicar y a establecerse como una alternativa terapéutica a llevar a cabo por los y las profesionales, en consideración, a las características comunes que representa la consultante respecto de la población (en función del género, del motivo de consulta, sintomatología, etc), salvaguardando las particularidades de todas las personas, tal y como lo plantea en sus bases, la Terapia Centrada en Narrativas.

Con lo anteriormente indicado, se pretende plantear, que la terapia utilizada, logra sobreponerse a los contextos adversos, y con ello no me refiero principalmente a la adversidad de la vida per se, sino que a la adversidad de nuestra profesión y los ámbitos en los cuales nos desempeñamos, considerando ser una real alternativa de intervención que no se realiza desde el profesional mismo y sus pre-concepciones de la realidad, sino que pone al otro que está frente a ti como un legítimo otro que requiere de explicaciones y alternativas de comprensión desde su propio marco de entendimiento, lo cual solo podemos lograr, conociendo a nuestros consultantes, que son el centro de la atención, indagando respecto del cómo comprenden su sufrimiento y las causas de éste, a fin de otorgar no solamente una mirada alternativa, sino que una mirada que se crea desde sí mismos y que viene a ampliar su marco de entendimiento de lo que los hace sufrir, lo cual amplía además sus márgenes de acción y le devuelve la agencia personal, como en el caso de Paola y que considero que se podría replicar en otras atenciones tan solo si nos regimos mediante esta forma de hacer terapia, es decir, desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

A nivel general también cobra relevancia el cómo los terapeutas estamos concibiendo la psicoterapia, siendo esta una reflexión central que desarrollé en el presente trabajo, por lo que considero de importancia que también se pudiesen generar investigaciones en torno a ello, respecto del cómo los terapeutas comprendemos al ser humano y por ende a nuestros consultantes, siendo ello clave en la forma que llevamos a cabo la terapia.

Finalmente quisiera agregar y junto con ello compartir a mis colegas y futuros profesionales, que no solamente tengamos una actitud curiosa a la hora de hacer psicoterapia, sino que tengamos siempre una actitud curiosa con nuestra profesión, abrimos a nuevas posibilidades de interpretación y comprensión sin considerar excluir unas técnicas

de otras y de no integrar elementos de todos los enfoques que puedan ser útiles para nuestro ejercicio profesional, ya que, ello implica manejar una gama de diversos conocimientos al servicio de nuestros consultantes, llevando por ende este enfoque a nuestra vida profesional “ampliando siempre nuestros significados” y nuestra forma de concebir la psicoterapia, no tratando de tener una forma “superior o inferior de ejercer nuestra profesión” sino, que de buscar siempre una forma de llevarla a cabo que respete profundamente a las personas con las cuales trabajamos.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anderson H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Bergen, A. & De la Parra, G. (2002). *OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación*. Revista terapia psicológica, Vol. 20, N°38, 161-176.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva del siglo xix*. México.
- Buela-Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). *Normas para la redacción de casos clínicos*. Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud, 525-253.
- Capafons, A. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada*. Revista Psocothema, Vol. 13, N° 3, 442-446. España.
- Cárcamo, H. (2005). *Hermenéutica y Análisis Cualitativo*. Cinta moebio 23:204-216. Chile.
- Gergen, K. (1996) *Realidades y Relaciones*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Paidós
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad*. Paidós Ediciones.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo Social. Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: UNIANDES.
- Goic, A. (2015). *El sistema de salud en Chile: una tarea pendiente*. Revista Med Chile, 143, 774-786.

- Heidegger, M. (1972/2015). *Ser y Tiempo* (5° Edición ed.). (J. E. Rivera, Trad.) Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Keeney, B. P. (1991). *Estética del cambio*. España: PAIDOS.
- Keeney, B. (1992). *La improvisación en psicoterapia. Guía práctica para estrategias clínicas creativas*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P. & Melis, F. (2012). *Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad*. Revista PSYKHE, Vol. 21, N°2, 133-147. Chile.
- Maturana, H. (2005). *Del ser al hacer: Los orígenes de la biología del conocer*. Santiago, Chile: J.C.SAÉZ.
- Méndez, P (2012). *Estudio exploratorio del uso de la técnica de Externalización (Terapia Narrativa) para el Tratamiento de Trastornos de Ansiedad Fóbica*. Memoria para optar al título, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2017). *Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025*. Unidad de Salud Mental, Chile.
- Ministerio de Salud. (2018). *Salud Mental en la atención primaria de salud: Orientaciones. Dirigido a los equipos de salud*. Subsecretaría de Redes Asistencias, División de Atención Primaria, Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud. (s/f). *Guía de Práctica Clínica – No GES. Trastorno Ansioso*. Rescatado de <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-salud-mental/trastorno-ansioso/descripcion-y-epidemiologia/>, Santiago, Chile.

- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. & Rebolledo-Malpica, D. (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. Aquichan, Vol. 12, N° 3, 263-274. Colombia.
- Olabuénada, R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. 5ta Edición. España.
- Ojeda, C. (2003). *Historia y redescrición de la angustia clínica*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, Vol.41, N°2, 95-102. Chile.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. España: PAIDOS.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metdología de la Investigación Cualitativa* (Segunda Edición ed.). Buenos Aires: Aljibe.
- Ruíz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la Investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sarudiansky, M. (2013). *Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos*. Revista Psicología Iberoamericana, Vol. 21, N° 2, 19-28. México.
- Scandar, M. (Junio de 2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, 14(1), 69-84.
- Schaefer, H. & Rubí, G. (2015). *Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social*. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, Vol. 53, N°1, 35-43. Chile.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal-estar e Subjetividade, Vol. III, N°1, 10-59. Brasil.

Szmulewicz, T. (2013). *La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico*. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría. 51(1), 61-69.

Von Bergen, A., & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2. Cuestionario para la Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*, 20(38), 161-176.

White, M. (2002). *El Enfoque Narrativo en la Experiencia de los Terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

White, M., & Epston, D. (2002). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

Zalachevsky A. M. (1996). Una Mirada Constructivista en Psicoterapia. Revista Psicológica Clínica. Año XIV Vol. VI, N°26. Chile

Zlachevsky, A. M. (2003). *Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas: una aproximación*. Revista Límite, N° 10, 47-64.


Zlachevsky, A. M. (2012). Constructividad y Razón Narrativa: bases para un operar en Terapia Narrativa. *Revista de Psicología*, 21(2), 237-259.

Zlachevsky, A. M. (2015). *Relatos clínicos: Filosofía y Terapia Narrativa*. Santiago de Chile: Ediciones Mayor, Universidad Mayor.

## VIII. ANEXOS

### 8.1. Anexo 1 Consentimiento para la utilización de información del proceso psicoterapéutico para la docencia. Contrato Terapéutico. Consentimiento informado. Información General que motiva la Consulta.

Escuela de Psicología  
CAPSI  
Universidad de Valparaíso



**CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO PARA LA DOCENCIA**

El siguiente documento informa sobre el uso que el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso dará a la información producto del proceso de Psicoterapia del que usted participará (o del que el/la menor de edad que usted representa participará). Por favor lea detenidamente este documento y realice todas las consultas específicas que le parezcan pertinentes:

**1. Grabación de Sesiones:**  
Tanto la entrevista de ingreso como las sesiones posteriores de Psicoterapia podrían ser grabadas tanto en audio como en imagen. La utilización de esta información quedará reservada especialmente para la docencia dirigida a estudiantes de pregrado en Psicología y postgrado que siguen cursos de especialización en psicología clínica. Se justifica en este contexto la grabación de sesiones como forma de favorecer una mayor eficacia y eficiencia de la atención psicológica que el CAPSI ofrece al ser utilizada esta información tanto para la supervisión de casos como para el ejercicio de la docencia.

**2. Observación de sesiones en sala espejo:**  
Tanto la entrevista de ingreso como las sesiones posteriores de Psicoterapia podrían ser observadas en vivo por docentes supervisores y estudiantes de IV año, V año y postgrado que siguen un proceso de formación en Psicología Clínica, quienes acompañarán el proceso. La participación de supervisores y observadores externos, favorece la eficiencia y efectividad de la atención, en cuanto se constituyen en un equipo que permite reflexionar sobre la intervención, entregando información que puede complementar favorablemente la psicoterapia.

**3. Confidencialidad de la información:**  
En todo momento se velará por la confidencialidad de la información que surgirá durante las sesiones se encuentra contenida en fichas clínicas o grabada en audio/video. Sin embargo ésta podría perder el carácter de confidencial en caso de que se evidencie riesgo a la integridad física y psicológica del consultante o de éste hacia terceros; o bien, sea solicitada en un contexto judicial.  
Toda esta información será guardada de manera segura en un lugar que quedará bajo llave y será utilizada solamente por personas relacionadas al CAPSI.

**4. Investigación:**  
La información recogida a través de las atenciones realizadas en CAPSI e incorporada en bases de datos del centro podría ser utilizada para realizar investigación. En todo caso se utilizará la información de forma anónima y quienes la manipulen no tendrán acceso a datos que permitan la identificación de los consultantes.

Yo, **Confidencial**

.....rut. **Confidencial**

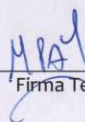
, he sido claramente informado/a sobre la utilización que se dará a los datos producto del proceso de psicoterapia del que participaré/del que participará la persona que represento y estoy:

	De acuerdo	En desacuerdo
Grabación de sesiones en audio o video para su uso para actividades de docencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención en sala de espejo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilización de información de bases de datos para la investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finalmente, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte la continuidad del proceso de psicoterapia del que participo.

Observaciones del/la consultante: (señale aquí si el/la consultante tiene observaciones específicas sobre aspectos señalados en este consentimiento informado)

**Confidencial**

  
Firma Terapeuta

Valparaíso, \_\_\_\_\_ 2016.-

N° de Ficha :

## CONTRATO TERAPEUTICO

El siguiente documento describe las características de funcionamiento del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso como forma de especificar los compromisos inherentes al proceso de atención psicológica que usted o la persona que usted representa está a punto de iniciar.

### CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

1. El proceso de intervención psicológica estará a cargo de estudiantes de pregrado, postgrado o psicólogos voluntarios, quienes contarán con la supervisión de un docente especializado en psicoterapia.
2. El proceso se inicia a través de una entrevista de ingreso que es realizada en una sala de espejo. Esta primera entrevista, además de recoger información sobre el motivo de consulta, permitirá decidir si el caso se adecúa al nivel de complejidad al que el centro se orienta. En caso contrario, se entregarán indicaciones sobre las alternativas que existen para seguir el tratamiento.
3. La información que surja a propósito del proceso de atención psicológica será de uso confidencial, no obstante, podrá ser entregada al docente que supervisa al terapeuta a cargo del caso, como forma favorecer la efectividad del proceso que se lleva a cabo.
4. La frecuencia de las sesiones generalmente será semanal y cada una tendrá una duración de 45 minutos. La frecuencia se acordará junto al terapeuta.
5. Cada vez que el/la consultante falte a una sesión, deberá justificarla informando a la Secretaría de CAPSI. La falta a dos sesiones consecutivas sin aviso será causal de alta administrativa. Las faltas reiteradas, aun cuando sean justificadas, podrán ser igualmente causal de alta administrativa.
6. Cada paciente cancelará un monto acordado al inicio del proceso según tabla de valores del Centro de Atención Psicológica, éste deberá ser pagado al inicio de cada sesión. En caso de que, por motivos horarios u otros, no sea posible cancelar la sesión, deberá cancelar el monto adeudado durante la próxima sesión. El monto a cancelar por cada sesión, de acuerdo a tabla de precios de CAPSI es de: \$ \_\_\_\_\_
7. Cada paciente, podrá optar a una rebaja del arancel en caso de que, a través de un formulario que se encuentra en secretaria, justifique dificultades para cancelar el total de la atención. Éste deberá ser aprobado posteriormente por el Coordinador de CAPSI.

Con fecha: \_\_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_  
Declaro estar en conocimiento de la \_\_\_\_\_ miento del centro de atención psicológica.

**Confidencial**

(o representante de éste en caso de ser menor de edad)

## Consentimiento Informado para la participación en investigación de praxis clínica a través de estudio de caso

Yo, **Confidencial** RUT **Confidencial**

DECLARO que la psicóloga María Pía André Justiniano, estudiante de postgrado de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ubicada en Avenida Brasil N°2140 de la ciudad de Valparaíso, me ha informado en forma completa en qué consiste el Estudio de Caos que llevará a cabo en CAPSI y en qué consistirá mi participación.

De acuerdo a lo explicado en el consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1.- El objetivo de la investigación es conocer la coherencia de las intervenciones utilizadas por la terapeuta con un modelo de psicoterapia específico y el impacto de éstas en el proceso llevado a cabo.

2.- Mi participación es voluntaria y consistirá en la autorización de la grabación de las sesiones de psicoterapia y la utilización de registros escritos, electrónicos y de audio para supervisión clínica en contexto académico.

En caso de que mi proceso resulte ser el seleccionado para llevar a cabo el Estudio de Caso, la autorización de la publicación de la descripción del proceso terapéutico en trabajo final de Magister en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso. Adicionalmente, se me podrá solicitar responder preguntas con respecto al proceso de psicoterapia llevado a cabo, en contexto de entrevista con terapeuta.

3.- Comprendo que estos procedimientos ni significan riesgo para mi salud física ni psicológica, ni tampoco beneficios garantizados, salvo colaborar en el desarrollo de conocimiento científico.

4.- Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un nombre ficticio, y solo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.

Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico – científico, resguardando mi identidad. Además entiendo que tendré acceso al trabajo final, si yo lo requiriera.

5.- No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.

6.- Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.

7.- Si me surgiera alguna duda, podre consultarla al investigador principal, en cualquier momento de la investigación, a quien podré contactar en el teléfono 974974250 y/o mail [mpia.andre@gmail.com](mailto:mpia.andre@gmail.com).

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Confidencial

Nombre y firma Participante

### INFORMACIÓN GENERAL QUE MOTIVA LA CONSULTA

Estimado/a consultante, a continuación le pido que por favor pueda responder a las siguientes preguntas que tienen relación con las razones que lo/la motivaron a consultar a CAPSI. La información que usted entregue a continuación será de uso confidencial solamente para las personas implicadas en la atención de su caso.

**1. Señale brevemente las razones que lo/la han traído a consultar**

Por el tema de mi Salud me produce angustia y Preocupación

**2. La decisión de consultar en esta oportunidad fue (puede marcar todas las opciones que requiera):**

- a. Por iniciativa propia  
 b. Por sugerencia de familiares  
 c. Por sugerencia de amigos  
 d. Por presión familiar  
 e. Por sugerencia de otro profesional:  Psicólogo  
 Psiquiatra  
 Neurólogo  
 Médico de otra especialidad  
 A propósito de proceso judicial  
 Otro \_\_\_\_\_  
 g. Otros

**3. ¿Cómo evalúa Ud. La severidad del problema que lo/la lleva a consultar?**

- a. Muy poco severo  
 b. Poco severo  
 c. Severo  
 d. Muy severo  
 e. Incapacitante

4. Por favor señale si ha estado o se encuentra en la actualidad en tratamiento por algunos de los siguientes profesionales (refiérase al consultante, si usted completa esta ficha como adulto responsable de un menor de edad)

**Tratamiento psicológico:**

Ha estado en tratamiento psicológico? No  si   
Se encuentra en tratamiento en la actualidad? No  si   
Motivo del tratamiento \_\_\_\_\_

**Tratamiento por psiquiatra:**

Ha estado en tratamiento psiquiátrico? no  si

Se encuentra en tratamiento en la actualidad? no  si

Motivo del tratamiento \_\_\_\_\_

**Tratamiento por neurólogo**

Ha estado en tratamiento neurológico? no  si

Se encuentra en tratamiento en la actualidad? no  si

Motivo del tratamiento Tramadol y Ibuprofeno

**Consumo de medicamentos:**

Consume algún medicamento en la actualidad no  si

Cuál/es: Tramadol y Ibuprofeno

**Proceso judicial**

Se encuentra en medio de algún proceso judicial? No  Si

Si respondió sí, explique brevemente los motivos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Relate lo que en su opinión han sido los momentos o las experiencias más difíciles que ha vivido en el último tiempo y que usted considere que son importantes que conozca el terapeuta con el que trabajará:**

Tengo ansiedad y angustia por mi salud y calidad de vida

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Durante o al término de este proceso de atención en CAPSI se requerirá un informe para ser enviado a:**

- a.  Colegio
- b.  Tribunales
- c.  Centro de salud
- d.  Otro/s Cuál/es \_\_\_\_\_
- e.  No se requerirá elaborar informe

Agradezco mucho el tiempo que se ha tomado para responder estas preguntas.

Nombre: **Confidencial** \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

N° de ficha: \_\_\_\_\_

## 8.2 Anexo 2 "Receta como vivir el día a día".

### Receta cómo vivir el día a día

- ① El día a día se puede vivir tomando los herramientas que uno va descubriendo en nuestra vida
- ② Pensa de una manera positiva para así ser feliz y vivir el día a día que Dios nos regala plenamente
- ③ Valorizar también lo que tiene a tu lado que es la familia, amistades, todo tu entorno para vivir el día a día y disfrutarlo al máximo.
- ④ Proponerse siempre de entregar energía positiva y no negativa
- ⑤ Pensar siempre en el presente y no en el antes ni en el futuro, ya que hacer un daño que se hace la persona al adelantarse a los hechos que podrían afectar tu salud, tu ánimo, etc.

### 8.3 Anexo 3 Cuestionario OQ-45.2. Resultados Pre-test.

**Cuestionario de resultados OQ-45.2**

Nombre: **Confidencial** Edad: 57 Sexo:  M  F

Nº Ficha: \_\_\_\_\_ Sesión Nº \_\_\_\_\_ Fecha: 8-8-2016

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básiense en los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En este cuestionario el término "trabajo" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "x" en el cuadro que corresponda.

	Nunca nunca	Casi nunca	A veces frecuentemente	Con frecuentemente	Casi siempre	SD	IR	SR
1. Me llevo bien con otros		4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	0	
2. Me canso rápidamente.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4	2		
3. Nada me interesa	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4	0		
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4			0
5. Me siento culpable.	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4	0		
6. Me siento irritado, molesto.	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4	0		
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0		0	
8. Pienso en quitarme la vida.	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4	0		
9. Me siento débil.	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<del>2</del>	3	4	1		
10. Me siento atemorizado.	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2	3	4	1		
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4	0		
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0			0
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0	0		
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	3	4			2
15. Me siento inútil.	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4	0		
16. Me abruma (angustian) los problemas de mi familia.	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4	3		
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0	0		
18. Me siento solo.	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1	2	3	4	0		
19. Discuto frecuentemente.	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	2	3	4	1		
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 0	0		
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	<input checked="" type="checkbox"/> 1	0			1
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	<del>2</del>	<input checked="" type="checkbox"/> 3	4	3		

	Nunca	Casi	A veces	Con	Casi	SD	IR	SR
	nunca	frecuenci siempre						
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	X 0	1	2	3	4	0		
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	X 0	0		
25. Me perturba o molesta pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	X 2	3	4	2		
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. ( No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	X 0	1	2	3	4	0		
27. Tengo malestares estomacales.	0	X 1	2	3	4	1		
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	4	3	X 2	1	0		2	
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	X 2	3	4	2		
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	X 0	1	2	3	4	0	0	
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	X 0	0		
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. ( Si esto no le ocurre marque nunca).	X 0	1	2	3	4			0
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	X 1	2	3	4	1		
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	X 4	4		
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	X 2	3	4	2		
36. Me siento nervioso.	0	1	X 2	3	4	2		
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	X 0	0		
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	X 0			0
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	X 0	1	2	3	4			0
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	X 2	3	4	2		
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	X 1	2	3	4	1		
42. Me siento triste.	X 0	1	2	3	4	0		
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	X 0	0		
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	X 0	1	2	3	4			0
45. Me dan dolores de cabeza.	0	X 1	2	3	4	2		
						25 + 4 + 5		
						Total=	34	

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D. Para mayor información contactarse con:  
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.  
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.  
 Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Guillermo de la Parra C.  
 E.MAIL: gdelap@vtr.net  
 Alejandra von Bergen R.  
 E.MAIL: avonbergen@terra.cl

**RESULTADOS OQ-45 PRETEST**

NÚMERO DE FICHA:

FECHA DE APLICACIÓN: 8-8-2016

**ESCALAS GENERALES**

ESCALA	SD (síntomatología)	IR (relaciones inter- personales)	SR (rol social)	TOTAL
PUNTAJE OBTENIDO	25	4	5	34
PUNTAJE DE CORTE	43	16	14	73
RIESGO (marcar con "x" solamente si existe riesgo)				

**ESCALAS ESPECÍFICAS**

		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
ITEM 8	POTENCIAL SUICIDA	X				
ITEM 11	ABUSO DE SUSTANCIAS	X				
ITEM 26	ABUSO DE SUSTANCIAS	X				
ITEM 32	ABUSO DE SUSTANCIAS	X				
ITEM 44	POTENCIAL VIOLENCIA HACIA OTROS EN EL TRABAJO	X				

**OBSERVACIONES:**

### 8.4 Anexo 4 Cuestionario OQ-45.2. Resultados Post Test.

**Cuestionario de resultados OQ-45.2**

Nombre: Confidencial Edad: 57 Sexo:  M  F

Nº Ficha: \_\_\_\_\_ Sesión Nº \_\_\_\_\_ Fecha: 17-10-2016

\* Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básiense en los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En este cuestionario el término "trabajo" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "x" en el cuadro que corresponda.

	Nunca    Casi    A veces    Con    Casi				SD	IR	SR
	nunca	frecuenci	siempre				
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me canso rápidamente.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	2
3. Nada me interesa	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
5. Me siento culpable.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
6. Me siento irritado, molesto.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
8. Pienso en quitarme la vida.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
9. Me siento débil.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
10. Me siento atemorizado.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	0	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	1
15. Me siento inútil.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
16. Me abruma (angustian) los problemas de mi familia.	0	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	1
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
18. Me siento solo.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
19. Discuto frecuentemente.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
22. Tengo dificultades para concentrarme.	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	0

	Nunca nunca	Casi nunca	A veces frecuenti	Con siempre	Casi siempre	SD	IR	SR
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24. Estoy contento conmigo mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25. Me perturba o molesta pensamientos de los que no me puedo deshacer.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. ( No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Tengo malestares estomacales.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Mi corazón palpita demasiado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. ( Si esto no le ocurre marque nunca).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34. Tengo los músculos adoloridos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
36. Me siento nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
42. Me siento triste.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
45. Me dan dolores de cabeza.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
						3	1	1
<b>Total=</b>						<b>5</b>		

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D. Para mayor información contactarse con:  
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.  
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.  
 Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Guillermo de la Parra C.  
 E.MAIL: gdelap@vtr.net  
 Alejandra von Bergen R.  
 E.MAIL: avonbergen@terra.cl

**RESULTADOS OQ-45 POSTEST**

NÚMERO DE FICHA:

FECHA DE APLICACION:

**ESCALAS GENERALES**

ESCALA	SD (sintomatología)	IR (relaciones inter- personales)	SR (rol social)	TOTAL
PUNTAJE OBTENIDO	3	1	1	5
PUNTAJE DE CORTE	43	16	14	73
RIESGO (marcar con "x" solamente si existe riesgo)				

**ESCALAS ESPECÍFICAS**

		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
ITEM 8	POTENCIAL SUICIDA	X				
ITEM 11	ABUSO DE SUSTANCIAS	X				
ITEM 26	ABUSO DE SUSTANCIAS	X				
ITEM 32	ABUSO DE SUSTANCIAS	X				
ITEM 44	POTENCIAL VIOLENCIA HACIA OTROS EN EL TRABAJO	X				

**ICC:**

ESCALA	SD (sintomatología)	IR (relaciones inter- personales)	SR (rol social)	TOTAL
PUNTAJE DE CORTE	12	9	8	17
PUNTAJE OBTENIDO	22	3	4	29

## 8.5 Anexo 5 Cuestionario de Seguimiento.

### Cuestionario de Historias de Psicoterapia de Adler, Skalina, y McAdams (2008)

1. El problema: una escena específica en la cual el problema presente fue especialmente claro o vívido.

Esa vez que explote con mi familia y me puse a llorar porque yo estaba pensando en mis preocupaciones por mi salud y todo eso.

2. La decisión: la escena específica en la cual decidió que iría a terapia para abordar el problema.

Cuando mi hijo me lo recomendó y después mi hija también me dijo que me haría bien yo dije bueno quizás tengo razón y no se puede nada en intentándolo.

3. Sesión más importante: una sesión que reconozca como la más significativa o importante, describiendo en detalle qué de la sesión fue lo importante, por qué y cómo lo significa.

La segunda sesión cuando estaba mal con un pez que yo había llorado muy nerviosa, muy nerviosa y ahí yo me sentí bien sentí que con me escuchas y me sentí acogida y comencé ahí yo pude ir hablando mis cosas más tranquilidad.

4. Otra sesión importante: otra sesión diferente de la anterior que también reconozca como importante.

Cuando hicimos lo de la reata porque yo lo anoté primero en un papelito y después lo puse más bonito para darcelo pero me quede con lo que anoté y en mi libreta entonces a veces cuando me siento desmotivada lo vuelvo a leer y me acuerdo de como me sentí en ese momento y me vuelve todo lo motivación y ahora me siento mejor.

5. Un final: una escena específica que describa el final de la terapia o después cuando los logros de la terapia fueron claros o quedaron demostrados

No me muy bien en que momento pero yo me fui dando cuenta que me estaba mal preocuparme por mi salud solo que me temía que tenía miselo antes de que pasaran los cosas y al ir haciendo los exámenes me fui sintiendo más tranquila ahora tengo todos los y al final salieron todos buenos aunque me estaba preocupando por nada al final

6.- Efectos de estos cambios, hacia el presente y futuro

Seguir así como voy pensando en positivo y disfrutando el día a día