



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**“ELEGIR DESDE MÍ” COMO RESPUESTA A LA VIOLENCIA:
UN ESTUDIO DE CASO ABORDADO DESDE LA TERAPIA SISTÉMICA
CENTRADA EN LAS NARRATIVAS**

**POR:
LESLIE CARRASCO CARRÉ**

**PROFESOR GUÍA:
CARLOS VARAS ALFARO**

**ESTUDIO PRESENTADO A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO, COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
GRADO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Y CONSTRUCCIONISTA**

**Enero, 2018
VALPARAÍSO, CHILE**

I. AGRADECIMIENTOS

Este largo camino no habría sido posible sin el constante aliento de Marcelo, mi familia y amigos. Gracias por apoyarme y no dejar caer mis convicciones, sin ustedes este proceso y sus resultados, claramente, no serían lo mismo. Gracias por –ser- parte, pero sobre todo, gracias por –ser- parte de mi formación como –ser- humano.

Agradezco también a Carlos, no sólo en su rol de profesor, sino también en su labor cuidadosa de guiarme en el desafío de reflexionar sobre mis propias comprensiones, en la responsabilidad de un operar terapéutico e investigativo.

Y finalmente, mis agradecimientos especiales a Tamara. Gran mujer y luchadora. Agradezco enormemente su eterna paciencia, disposición y valentía frente a este estudio, sin ella habría sido imposible y, sin ella, mi formación clínica no sería igual.

II. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo describir un proceso terapéutico abordado desde el modelo de Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas y contextualizado en torno a la temática de violencia contra la mujer y depresión. Para conseguir esto, se utilizó un plan de investigación de tipo cualitativo –basado en la hermenéutica- y que contempla la ejecución de un estudio de caso, el cual se estructuró –para efectos de presentación- en base a las normas de redacción propuestas por Buela- Casal y Sierra, desde las cuales –y en consideración a las bases interpretativas de la metodología- se pretende describir el devenir interventivo y analizar este operar terapéutico. Respecto de los resultados obtenidos, es posible distinguir -junto al sistema consultante- la emergencia de historias de empoderamiento y de agencia personal frente a su lucha contra la violencia, desde donde, se pueden describir los alcances de una aproximación ontoepistemológica de la constructividad, como una respuesta alternativa a los resultados obtenidos bajo modelos tradicionales en el abordaje de las problemáticas que llevaron al sistema consultante a terapia; promoviéndose, finalmente, una discusión entre ambas aproximaciones.

III. ÍNDICE

I.	AGRADECIMIENTOS	3
II.	RESUMEN	4
III.	ÍNDICE	5
IV.	INTRODUCCIÓN	7
V.	LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER COMO UN OBJETIVO PRIORITARIO EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	10
VI.	¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE ABORDJE TRADICIONAL EN VIOLENCIA CONTRA LA MUJER?	15
6.1.	Aproximaciones Internacionales Dominantes	15
6.2.	Contexto Nacional en la Intervención	19
6.2.1.	Organismos No Gubernamentales	19
6.2.2.	Ministerio de Salud	20
6.2.2.1.	Depresión y violencia, su abordaje en salud	22
6.2.3.	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género	25
VII.	UNA ALTERNATIVA AL ABORDAJE TRADICIONAL	29
7.1.	Una Declaración Ontológica	31
7.2.	La Responsabilidad de la Distinción	32
7.3.	La Comprensión del Problema	34
7.4.	La Posibilidad del Cambio	35
7.5.	Una Alternativa para el Operar Terapéutico	37
7.6.	Consideraciones Técnicas	39
VIII.	OBJETIVOS	40
IX.	ABORDAJE METODOLÓGICO	41
9.1.	Diseño Metodológico	42
9.2.	Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información	44
9.3.	Método de Análisis de la Información	45
X.	CRITERIOS DE RIGOR Y ÉTICOS	47

10.1.	Criterios de Rigor en la Investigación Cualitativa	47
10.2.	Los Siete Criterios Éticos en la Investigación Clínica	48
XI.	DESCRIPCIÓN DE ESTUDIO DE CASO	50
11.1.	Identificación de la Consultante	50
11.2.	Análisis del Motivo de Consulta	52
11.3.	Historia del Problema	54
11.4.	Análisis y Descripción de las Conductas Problemas	57
11.5.	Establecimiento de las Metas	62
11.6.	Estudio de los Objetivos Terapéuticos	62
11.7.	Selección de Tratamientos más Adecuados	63
11.8.	Selección y Aplicación de Técnicas de Evaluación y de los Resultados Obtenidos	65
11.9.	Aplicación de Tratamientos	65
11.10.	Eficacia y Efectividad de los Tratamientos	75
11.11.	Seguimiento	75
11.12.	Observaciones	78
XII.	RESULTADOS	79
XIII.	REFLEXIONES FINALES	81
XIV.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
XV.	ANEXOS	89
15.1.	Cuestionario de Historias de Psicoterapia	89
15.2.	Consentimiento Informado	95

IV. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer en Chile, se ha definido –desde el actuar gubernamental- como un fenómeno social transformado, en el transcurso del tiempo, en un objetivo prioritario de las políticas públicas del país; no sólo, en consideración a sus tasas de prevalencia, en donde, por ejemplo destaca que el 98,1% del total de los casos policiales ingresados por violencia intrafamiliar durante el año 2017, representa como víctima principal a la mujer (INE, 2017); sino también, cobra relevancia para el actuar del estado chileno, de acuerdo a la comprensión de este fenómeno social como una vulneración de los derechos de la mujer y que genera un alto impacto en la calidad de vida de quienes sufren sus consecuencias, incluso alcanzando resultados fatales, reportándose para el periodo 2017 un total de 44 casos de femicidios consumados (SERNAMEG, 2017).

En razón a esto, Chile ha ratificado distintos instrumentos internacionales a fin de prevenir y erradicar la violencia contra la mujer, desde lo cual –y a partir de la década del 90’- se comienzan a construir y a promulgar bases jurídicas que regularizaran su abordaje tanto desde esta misma arista, como desde el espacio interventivo técnico y específico del fenómeno, igualmente, desplegándose estrategias gubernamentales paralelas destinadas a responder –desde otras redes de atención- a problemáticas interactuantes en la violencia contra la mujer y a quienes se han visto afectados por ésta. Por lo mismo, y en relación a las estimaciones de los altos costos asociados a su abordaje, adquiere un valor fundamental la concentración de esfuerzos en la elaboración, ejecución y evaluación de las metodologías de intervención efectuadas, sobre todo, desde el levantamiento de estrategias que apunten a un mejoramiento permanente (Rico, 1996).

Ahora bien, el diseño nacional y la ejecución de programas destinados al abordaje de la violencia –y de sus consecuencias asociadas- ha privilegiado la integración de los sistemas explicativos e interventivos imperantes en la evidencia internacional, extrayéndose una comprensión de la violencia como una manifestación de estructuras profundas y/o subyacentes, susceptibles de modificar a través un operar clínico (Tarragona, 2013), por ende, replicándose en Chile modelos multidimensionales de intervención, cuya base –al

menos desde una perspectiva terapéutica, que mayormente ha sido sugerida desde un corte cognitivo-conductual (MINSAL 2013; SERNAMEG, 2016; Slabber y cols., 2012; Warshaw, Sullivan y Rivera, Matud y cols., 2004)- muestra cercanía a aproximaciones nutridas por aquellos ejes centrales del paradigma racional-científico en términos de posicionar al operador terapéutico en parámetros de objetividad, neutralidad e investigación experimental (Zlachevsky, 2009), ejes que si bien han reportado avances y/o transformaciones en la comprensión de lo que podría nominarse unidad de análisis, continua promoviendo en el espacio terapéutico, en palabras de Anderson (1997) “una noción dualista y jerárquica del cliente como sujeto de indagación y observación, y coloca al terapeuta en la posición superior de experto” (p. 66), siendo éste -desde su saber- el responsable de diagnosticar el problema a intervenir -que estaría generando la violencia-, además, de comprender su abordaje desde un lineamiento de acción y de comprensión tradicional.

Frente a esto, y ante el mismo argumento de la necesidad del mejoramiento continuo, el presente estudio busca levantar aportes complementarios o diferenciadores al abordaje tradicional de la violencia contra la mujer, planteando la descripción de un proceso terapéutico abordado desde el modelo de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, en el caso de una mujer diagnosticada con trastorno depresivo y síntomas ansiosos, en el contexto de una historia de violencia contra la mujer. Es así que se pretende, por medio del presente estudio, promover un espacio de discusión respecto de los alcances de sostener una comprensión del problema, del cambio, del sistema consultante y del rol del terapeuta desde una aproximación ontológica y centrada en los contextos discursivos-relacionales, en la generación de historias alternativas y liberadoras del dolor, para el sistema consultante, como respuesta a la violencia.

Para conseguir esto, y dado los objetivos perseguidos y el propio objeto de estudio, se estructuró un plan de investigación de tipo cualitativo (Banister y cols., 2004; Ruiz, 2012) y que contempla la ejecución de un estudio de caso (Montero y León, 2002; Stake, 1999), siendo las técnicas o instrumentos de recolección de información la grabación y el registro sistemático de las sesiones, los apuntes recogidos por la terapeuta, supervisiones

clínicas y la observación, información que posteriormente fue integrada al desarrollo del método de análisis hermenéutico (Vermant, 1982) ejecutado; considerándose, también, las normas de redacción de casos clínicos (Buela-Casal y Sierra, 2002) y, los criterios de rigor y ética (Guba, 1983; Emanuel, 2003) sugeridos para los mismos.

Impera dentro del presente estudio, la urgencia de levantar registros de procesos terapéuticos, en tanto, se cree que esto no solamente contribuye al conocimiento de la comunidad científica sobre este tipo de aproximaciones, sino que también, permite promover caminos para el bienestar de los consultantes, desde el mejoramiento continuo de los procesos teóricos y/o prácticos, en cuanto, al abordaje de la violencia contra la mujer.

V. LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER COMO UN OBJETIVO PRIORITARIO EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

La violencia contra la mujer, si bien en la actualidad es un fenómeno ampliamente reconocido, no lo ha sido a través de las décadas. Fue el Movimiento Feminista de los años setenta -y su lucha por la igualdad de género- quien se encargó de hacer pública una problemática que hasta ese entonces era restringida al mundo privado familiar. El primer paso, fue su reconocimiento como una violación explícita a los derechos fundamentales de todo ser humano, pero para alcanzar este objetivo se tuvieron que gestar por, aproximadamente, 20 años distintas declaraciones y acuerdos internacionales de los Estados articulados en la erradicación de la violencia contra la mujer.

Desde la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en México D.F (1975), se gestó por primera vez una lucha internacional por la igualdad de género, construyendo estrategias y planes de acción para el adelanto de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada. En paralelo, en 1979, es aprobada por la Asamblea General la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; sin embargo, no fue hasta 1980 en el contexto de la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer (Copenhague, 1980) que es expresada por primera vez la problemática de la violencia contra la mujer y es manifestada la necesidad de reconocer los malos tratos infligidos a familiares. Ya para 1985, se reconoce que este tipo de violencia es un obstáculo para la búsqueda de la igualdad, el desarrollo y la paz, y para la plena aplicación de la Convención anteriormente nombrada (Nairobi, 1985). Ese último resultado, fue potenciado tras la proclamación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, instrumento a través del cual se establecen objetivos estratégicos y medidas para el abordaje de 12 ámbitos cruciales para el progreso en esta esfera, considerándose dentro de ellas la violencia contra la mujer (Beijing, 1995).

Desde entonces comenzaron a surgir una serie de conferencias mundiales constituidas desde distintos organismos internacionales -gubernamentales y no gubernamentales- que insertaron la perspectiva de género en el desarrollo de políticas

públicas, sumándose también cada uno de los estados participantes del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. Es así como en 1993 es promulgada en la Asamblea General de las Naciones Unidas la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y, en 1994 es celebrada la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994).

En el ámbito local (Larraín y cols., 2008), erradicar la violencia contra la mujer también se ha transformado en un objetivo prioritario, por lo cual, Chile ha ratificado distintos instrumentos internacionales, tales como, la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, sumándose así –la política pública nacional- a una comprensión basada en torno a una perspectiva de género y de los derechos humanos.

Con el arribo de la democracia y a fin de responder a los compromisos internacionales contraídos y dar solución a las denuncias gestadas en la década de los ochenta, en 1991, es creado –de acuerdo a la Ley N° 19.023- el Servicio Nacional de la Mujer, a objeto de velar por la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. No obstante, tras esto era necesario crear un marco legal particular que regulara esta problemática, y es así como en 1994 es aprobada la Ley 19.325 de Violencia Intrafamiliar, acuñándose bajo este concepto también aquella violencia infligida en contra de la mujer. Sin embargo, tras un periodo de reflexión y evaluación, es criticada la operatividad de la Ley 19.325 en cuanto a sus procedimientos asociados, al no parecer congruentes y efectivos con su propósito final de disminuir la prevalencia e incidencia social de este fenómeno en nuestro país (Demicheli y Clavijo, 2002), por lo que en el año 2005 –tras un discusión parlamentaria- es sustituida por la Ley 20.066 que, junto con otorgarle la calidad de delito al fenómeno de violencia intrafamiliar –bajo la tipificación de maltrato habitual-, establece de manera más precisa las responsabilidades del estado. Así también, se reconocen avances en la materia legislativa respecto del ámbito de la violencia sexual –Ley N° 19.617 de 1999 y Ley N°19.927 DE 2004-, del acoso sexual –Ley N°20.005 de 2005- y del femicidio –Ley N° 20.480 de 2010-.

Bajo este contexto, y mano de los diversos planes de modernización de las instituciones, el -ahora llamado- Servicio Nacional de la Mujer y de la Equidad de Género – en adelante SERNAMEG- y su despliegue a través de la Unidad en Violencia contra las Mujeres (SERNAMEG, 2016) ha adoptado la definición aportada por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer –Belém do Pará, 1994-, entendiéndose ésta como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (p. 11). Esta misma Unidad, y en relación a los indicadores internacionales para la medición de la violencia contra la mujer, establece que ésta se manifiesta por lo menos bajo cuatro definiciones que emergerían no sólo en la dimensión familiar, sino también, en espacios públicos, reconociéndose la siguiente clasificación de la violencia contra la mujer (p. 12):

- *Física*: Es aquella acción dirigida a atentar contra la integridad física de la víctima, como un mecanismo para ejercer poder y control. Ejemplos: empujones, tirones de pelo, pellizcos, cachetadas, quemaduras, rasguños, patadas, golpes de puños, golpes con objetos, ataques con armas, etc.
- *Psicológica/Emocional*: Conducta que tiene por objeto causar temor e intimidación buscando controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona que está siendo agredida; atentando contra el bienestar psíquico de la/el afectada/o. Ejemplos: burlas, sobrenombres ofensivos, manipulaciones, garabatos, insultos, restricción a la libertad personal, aislamiento, abandono, amenazas, acusaciones sin razón, ley del silencio, humillaciones, destrucción de pertenencias personales, etc.
- *Sexual*: Acción de imponer o forzar actos de connotación sexual, contra la voluntad de la otra persona. Ejemplos: acosos, abusos, violación por cualquier vía (vaginal, oral, anal), obligación a abortar, esterilizarse, embarazarse, explotación sexual, involucramiento forzado en actos de pornografía, etc.
- *Económica/Patrimonial*: Consiste en privar de las necesidades básicas al otro u otra. Control de la víctima a través de la manipulación.

Ahora bien, respecto a la estimación de la prevalencia de la violencia contra la mujer en Chile, de acuerdo a los datos recogidos por la 3° Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales -desarrollada durante el periodo 2016-2017 e impulsada por la División de Seguridad Pública del Ministerio del Interior- se puede establecer que el 38,2% de las mujeres –durante su historia de vida- han sufrido alguna forma de violencia por sus familiares, parejas o ex parejas, porcentaje que refleja un aumento de 6,3 respecto del periodo de medición anterior -2012-, expresándose éste vinculado a mayores reportes de violencia psicológica. A través de los datos otorgados por esta misma encuesta, se identifica a la Región de Valparaíso en la octava posición de los territorios en donde emergen más casos circunscritos bajo este fenómeno.

En la continuidad de esta década, se sigue reconociendo la magnitud del fenómeno de la violencia contra la mujer, y en base a los diversos acuerdos de coordinación a nivel institucional, es que anualmente los organismos policiales deben publicar bases estadísticas vinculadas a este fenómeno. De acuerdo a esto, a través del Informe Anual de Carabineros de Chile (INE, 2017), se expone que del total de denuncias registradas durante el año 2017, 114.707 corresponden a causales asociadas a violencia intrafamiliar, de las cuales aproximadamente en un 98,1% se identifica como principales víctimas a las mujeres, bajo categorías de lesiones leves, lesiones menos graves o superiores y lesiones psicológicas.

El Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (2017) a través de su último Balance de Gestión Integral, manifiesta haber ingresado un total de 20.613 mujeres a las diversas líneas programáticas de intervención ejecutadas en el transcurso del año citado, registrándose 108.712 procesos de atención durante el periodo 2014-2017, además de declararse un total de 44 casos de femicidio consumado para el 2017.

Claramente la violencia contra la mujer no sólo es una problemática manifiesta en el ámbito local, por lo mismo, la Organización Mundial de la Salud –en adelante OMS- a través de un estudio efectuado el año 2013 -en cuanto a prevalencia y efectos de este fenómeno- refiere que al menos el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual, además de indicar que el 38% del número total de homicidios

femeninos se generan en los contextos de la relación de pareja. Así también, la OMS establece que son diversas las implicancias de experimentar episodios de este tipo de violencia, encontrándose un mayor riesgo de padecer una serie de problemáticas de salud general.

En relación a esto, la OMS indica que la violencia contra la mujer puede tener a nivel físico consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio, además de la generación de lesiones físicas, estimándose que el 42% de las mujeres víctimas de violencia refiere alguna lesión como consecuencia de esto. A nivel sexual y/o reproductivo, la presencia de embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual son las principales afectaciones reconocidas. Así también, se indica que la violencia contra la mujer puede ser causa, a nivel psicológico, de depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intento de suicidio, junto con identificar que aquellas mujeres que han sufrido violencia –en la relación de pareja- tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas de alcoholismo.

En atención al nivel de posicionamiento alcanzado por la violencia contra la mujer, tanto en el ámbito mundial como local, es esperable que ésta represente un foco de interés acentuado en el desarrollo de organizaciones y/o instituciones destinadas al abordar esta problemática y, por tanto, se concentren esfuerzos importantes en la elaboración estrategias de mejoramiento permanente de las metodologías de intervención efectuadas, sobre todo en razón a las estimaciones de los altos costos asociados a nivel económico que requiere la atención y tratamiento de sus efectos (Rico, 1996).

VI. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE ABORDAJE TRADICIONAL EN VIOLENCIA CONTRA LA MUJER?

6.1. Aproximaciones Internacionales Dominantes

Si bien a nivel internacional son diversos los términos utilizados para hacer mención al fenómeno de la violencia contra la mujer, y variable la evidencia y/o investigación en esta área temática, se reconocen de igual forma los mismos esfuerzos gubernamentales y no gubernamentales para dar respuesta a este fenómeno. En consideración a esto, el Instituto Nacional de Salud Pública de México (Híjar y Valdez, 2009), con el objetivo de conformar su propio modelo de intervención, desarrolló un proyecto de investigación que, en uno de sus puntos, pretendía identificar y sistematizar la información disponible sobre las intervenciones que dentro de diversos planos –entre ellos el mundial- se han desarrollado en el campo de la re-educación a víctimas y agresores en el ámbito de la violencia.

Desde esta investigación se analizaron datos extraídos a través de los diversos organismos no gubernamentales intervinientes en esta problemática –en tanto los gubernamentales no registran igual cantidad de evidencia- y que se encuentran presentes en los bloques de Norteamérica, Europa, África y Latinoamérica, siendo los siguientes los hallazgos reconocidos:

- *Norteamérica:* Las intervenciones en esta región del mundo sostienen un foco intercultural importante, disponiendo de servicios especializados para este ámbito. Del modelo de intervención desarrollado, sobresalen las atenciones abordadas desde el ámbito legal, siendo la información y la asistencia constante los recursos entregados para apoyar la intervención desde esta perspectiva. En segundo lugar, emerge la terapia grupal como un formato de intervención ampliamente utilizado, cuyo objetivo se concentra en que la víctima comparta sus sensaciones y ayude a otras en un ambiente fraternal y tolerante. No obstante, los servicios de consejería y terapia individual, igualmente, son considerados dentro de los modelos de intervención desplegados. Estas líneas de abordaje se encuentran orientadas a

proporcionar ayuda a las víctimas para reclamar sus derechos, tomar decisiones seguras, obtener herramientas necesarias para mejorar la autoestima, autodeterminación y seguridad. Paralelamente la educación y la sensibilización de la comunidad, junto con la prevención temprana, son acciones que complementan los modelos de intervención adoptados por esta región del mundo. Se suman a estos esfuerzos, servicios de emergencia y/o refugios, e intervenciones en crisis.

- *Europa*: En este caso también se presenta un amplio componente de interculturalidad unido al diseño de los modelos de intervención ejecutados. Para esta región del mundo, priman las intervenciones de consejería y terapia grupal, las cuales mantienen como objetivo aclarar las necesidades de las mujeres y el entendimiento de su situación, junto con desplegar un tratamiento centrado en el aprendizaje de hábitos, terapia motivacional colectiva, educación en valores democráticos basados en la igualdad de género, ética social, descubrimiento de habilidades, vocación para orientar su formación, entre otros. De manera paralela, se establecen acciones a nivel de educación y prevención, además, de proporcionar una atención jurídica en la tramitación de las denuncias efectuadas. Otras de las intervenciones más utilizadas dentro de este bloque corresponde a la terapia individual, la cual se presenta en la modalidad de atención psicológica, colaborando profesionales especializados en la temática. Paralelamente, se reconocen diversos refugios que complementan el abordaje de estos modelos integrales de atención.
- *África*: Las intervenciones más reconocidas dentro de este bloque territorial corresponden a los servicios de consejería y trabajo de educación y sensibilización a la comunidad, siendo éstos imperativos en el método de movilización de comunidades y la prevención de la violencia. A través de esto, se construyen redes de ayuda dentro de la comunidad en general y los sectores profesionales que autorizan y permiten a individuos tomar medidas y realizar acciones de cambio.
- *Latinoamérica*: En esta región mundial, las intervenciones de trabajo en educación son las que sobresalen en el abordaje de la violencia contra la mujer, ocupando el segundo lugar aquellas referidas a los servicios de sensibilización a la comunidad y consejerías, estando éstos últimos concentrados en la consciencia sobre el problema, otorgando información oportuna sobre recursos de ayuda, junto con desplegar una

escucha comprensiva y dar una orientación psicosocial directa en convenio con otras organizaciones –o también llamada asesoría integral-. Sumado a esto, se adicionan intervenciones legales que actúan en distintas esferas de abordaje. Los servicios de terapia individual, terapia grupal y servicios médicos representan una gran deficiencia en el abordaje de los organismos incluidos en esta revisión.

Si bien es reconocida la necesidad de trabajar, la violencia contra la mujer, desde un equipo multidisciplinario y con una lógica de respuesta integral, la intervención psicológica -propiamente tal- se transforma en uno de los factores imprescindibles en el conjunto de acciones utilizadas para responder a este fenómeno.

En cuanto al levantamiento de evidencia empírica en el trabajo interventivo de la violencia contra la mujer, se presentan diversas investigaciones que tienden a exponer recomendaciones para los operadores en la atención de este fenómeno, no obstante, al momento de relevar hallazgos vinculados a modelos de respuesta específicos, desde fundamentos psicológicos, se evidencian mayores limitantes en la búsqueda. Sin embargo, Slabber y cols. (2012) a través de una revisión de literatura e investigaciones asociadas al estado de las intervenciones en violencia contra la mujer en los países de Canadá, Reino Unido, Australia, Estados Unidos y Nueva Zelanda, encontraron que existen dos aproximaciones dominantes en esta temática, dentro de ellas se identifica el Programa Duluth –modelo psicoeducativo feminista- y la Terapia Cognitivo-Conductual. Aun así, en la consideración de estudios destinados a medir la efectividad de estos modelos, emergen aquellos vinculados principalmente al trabajo específico sostenido con hombres que han ejercido un comportamiento violento.

Ahora bien, y respecto de la investigación dirigida a los procesos de intervención psicológica en grupos de mujeres afectadas por este fenómeno, surgen aquellas referidas a los enfoques centrados en el trauma. En relación a esto, Warshaw, Sullivan y Rivera (2013) por medio del Centro Nacional en Violencia Domestica de Estados Unidos, también advierten la predominancia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la violencia contra la mujer. Estos autores exponen, por lo menos, cuatro modelos –que

presentan ciertas modificaciones respecto de revisiones previas- comprobados en su efectividad (Kubany y cols., 2003,2004; Johnson y cols., 2011; Crespo y Arinero, 2010; Kim y Kim, 2001), tanto en el replanteamiento de creencias negativas y cogniciones imprecisas sobre la perduración de la violencia, como en tratamiento de aquellos síntomas asociados, principalmente, los referidos a los trastornos de estrés postraumático y depresivo.

En coherencia a esto, y desde una experiencia hispano parlante, Matud y cols. (2004) indican que la terapia cognitiva-conductual ha sido una de las más recomendadas para la evaluación y planificación de la intervención psicológica. En relación a esto, la misma autora plantea un modelo de intervención psicológico basado en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y en los principios y estrategias generadas desde la perspectiva socio-estructural. Desde aquí se reconoce un programa de intervención basado en los siguientes objetivos: a) aumentar la seguridad de la mujer maltratada; b) reducir y/o eliminar sus síntomas; c) aumentar su autoestima y seguridad en sí misma; d) aprender y/o mejorar los estilos de afrontamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones; d) fomentar una comunicación y habilidades sociales adecuadas y; e) modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas. Para la ejecución de este modelo se dispone de técnicas y estrategias que han mostrado mayor efectividad en su uso con mujeres maltratadas, destacándose: 1) estrategias para el control de la ansiedad; 2) técnicas cognitivas para identificar y modificar los posibles pensamientos distorsionados; 3) entrenamiento en habilidades sociales; 4) inoculación de estrés y; 5) entrenamiento en solución de problemas.

Así también, el abordaje sistémico –de primer orden- surge como un recurso significativo en el tratamiento integral de la violencia contra la mujer. Relacionado a esto, Garrido y García-Cubillana (2000) exponen que el análisis sistémico de los circuitos de la violencia permite reconocer, desde un panorama más amplio y completo, todos los personajes que participan con diferentes grados de implicación en el proceso de la violencia y desarrollar, desde ahí, una planificación global de la intervención -pudiéndose trabajar con todo el sistema o partes de él- e implementar un abordaje a través de las técnicas del

tratamiento familiar. Frente a esto, se entiende que las estructuras disfuncionales sostenidas por las familias multi-problemáticas favorecerían la aparición de la violencia y, además, a través de los planteamientos de Ravazzola (1997, citado en Garrido y García-Cubillana, 2000), “que las estructuras sociales están ‘reificadas’, en muchas ocasiones las propias mujeres están educadas para ser incondicionales y tienen muy difícil la salida de los circuitos de la violencia sino cuentan con operadores sociales muy potentes” (p. 4).

Como es posible identificar, la evidencia –desde sus distintas aristas- si bien ha demostrado la necesidad de abordar integralmente el fenómeno de violencia contra la mujer, y ha mostrado la efectividad –de algunos de los enfoques psicológicos utilizados- en el tratamiento de mujeres, los sistemas explicativos e interventivos –de éstos últimos- se sostienen desde la comprensión de la violencia como una manifestación de estructuras profundas y/o subyacentes y que requieren de una forma de curación similar a la de un tratamiento médico (Tarragona, 2013).

6.2. Contexto Nacional en la Intervención

Hasta la actualidad se reconocen tres líneas relevantes a la hora de intervenir en la problemática de violencia contra la mujer en Chile, que se pasarán a detallar, sin considerar dentro de éstas las desplegadas a nivel judicial y policial, quienes representan líneas propias de abordaje de esta situación.

6.2.1. *Organismos No Gubernamentales*

La primera de ellas, corresponde a los organismos no gubernamentales que desde 1990 se encuentran asociados a través de la Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres –ex Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual-. A la fecha la red registra cerca de 300 organizaciones agrupadas, cuyo principal propósito se vincula al contribuir en la erradicación de la violencia hacia las mujeres y las niñas.

La acción de la Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres orienta su actuar de acuerdo a los siguientes lineamientos: a) identificar y visibilizar la violencia contra las mujeres como un continuo presente a lo largo de nuestras vidas; b) relacionar toda manifestación de violencia contra las mujeres –verbal, sexual, simbólica y el femicidio– como parte de este continuo; c) develar el arraigo cultural de la discriminación y la violencia contra las mujeres, particularmente en el lenguaje y la internalización de la cultura machista en las propias mujeres y; d) identificar y nombrar las particularidades de discriminación y violencia que viven mujeres migrantes, indígenas, afrodescendientes y lesbianas, entre otras.

6.2.2. *Ministerio de Salud*

Como una segunda arista, emergen las respuestas desarrolladas e implementadas a nivel nacional través del sector de salud. En este punto, si bien –y de acuerdo a los cambios legislativos sostenidos– se han establecido diversas modificaciones, el Ministerio de Salud –en adelante MINSAL– dispone de modelos interventivos distribuidos en sus distintos niveles de atención –que serán descritos a continuación, de acuerdo a lo expuesto por Provoste (2007)– y comandados por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2017).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se encuentra orientado a establecer modelos más elaborados de la red atención y de los programas de actividades que abarcan los problemas prioritarios establecidos a intervenir, considerándose dentro de éstos la atención a las personas con trastornos mentales asociados a la violencia –maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política–, desde un enfoque biopsicosocial –o también mencionado como modelo ecológico– y con predominancia de las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas continuamente a la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones sociales (Minoletti y Zaccaria, 2005).

A nivel de atención primaria, se dispone -desde el 2006- de un modelo de intervención integral en violencia intrafamiliar que contempla las siguientes fases o etapas: 1) *Detección* –basada en la utilización de un Instrumento de Tamizaje destinado a pesquisar situaciones de violencia en el servicio maternal, el programa de mujer y el programa de depresión-; 2) *Intervención de Primer Orden y Diagnóstico* –orientada a fortalecer los recursos personales y relacionales de las mujeres, favoreciendo su protección y su vinculación a recursos de atención especializadas; para esto se implementa el Instrumento de Diagnóstico en Violencia Intrafamiliar, a fin de establecer características y grados de violencia, reconociéndose perfiles de leve a moderado sin riesgo vital, el cual permanece en atención primaria y, un perfil de moderado a severo, que será derivado al sector secundario- ; 3) *Intervención Integral* –esta fase integra tres modalidades de intervención, siendo la principal la psicosocial de grupo y, la atención individual e intervención familiar, existiendo para estos fines una Guía Clínica y un Protocolo de Grupo- y; 4) *Intervenciones Complementarias* –visitas domiciliarias, control y seguimiento de casos, tratamiento farmacológico, consulta social y/o consulta jurídica-.

Respecto del nivel secundario, emergen los Centros Comunitarios de Salud Mental –o también llamados COSAM-, quienes fueron los primeros convocados para responder y prestar atención a las víctimas de violencia intrafamiliar –bajo la Ley 19.325-. Actualmente, si bien continúan desarrollando intervenciones en esta temática, no existen normativas y guías clínicas de violencia intrafamiliar para estos servicios, por lo que, cada COSAM de acuerdo a su propia experiencia, recursos y solicitudes desarrolla estrategias y modelos para su atención. No obstante, se reconocen algunos elementos en común, entre ellos: una primera entrevista de ingreso –dirigida a identificar los antecedentes de la persona que consulta y su situación, junto con brindar un primer apoyo y establecer una contención emocional-; evaluación psicosocial –efectuado por un/a asistente social-; orientación social y legal –también ejecutado por profesional asistente social-; atención individual –realizada por profesional en psicólogo/a-, y una intervención grupal –con énfasis psicoeducativo o terapéutico-. Así también, se consideran elementos adicionales como, por ejemplo, visitas domiciliarias, elaboración de informes a tribunales y/o informes sociales y derivación a redes; estimándose significativo la utilización del enfoque de red.

Por último, y en relación al nivel terciario de salud, se identifica la atención de urgencia como una de las de mayor relevancia en el ámbito de la violencia contra la mujer, en tanto, son quienes reciben a aquellas que sufren daños físicos y/o traumáticos más severos producto del maltrato experimentado y que, de acuerdo a sus características, requieren intervención clínica de urgencia. Sin embargo, la atención ofertada para víctimas de violencia intrafamiliar no es especializada, sino más bien, responde al tratamiento particular de la lesión detectada. Aun así, en el marco del trabajo conjunto con Fiscalía, se disponen de box médicos-legales –con el objetivo de prevenir la re-victimización- y, también, -desde el 2004- con una Norma y Guía Clínica para la atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual, integrada en la actualidad a la Norma General Técnica para la atención de Víctimas de Violencia Sexual -2016-.

6.2.2.1. *Depresión y Violencia, su Abordaje en Salud*

El Ministerio de Salud de Chile define operacionalmente la depresión como “una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios” (MINSAL, 2013).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, realizada por el Ministerio de la Salud (2017), detecta que un 15,8% de la población encuestada sospecha de depresión en los últimos 12 meses, además de presentarse una prevalencia de 6,2% del total de la población encuestada ha presentado durante el último año síntomas depresivos, siendo el grupo compuesto por las mujeres chilenas quienes evidencian una mayor frecuencia en la emergencia de esta sintomatología, presentando un 10,1%. En relación a datos aportados por la Superintendencia de Salud (2017) –bajo el Departamento de Estudios y Desarrollo- se detecta que para el mes de junio del año citado, se acumularon un total de 35.275 prestaciones GES por diagnóstico de depresión de personas de 15 años y más, distribuidas entre coberturas de salud FONASA e ISAPRE.

En cuanto a los criterios definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV-TR, y en relación a los trastornos del estado del ánimo, se establecen categorías diagnósticas para el trastorno depresivo mayor y trastorno distímico, siendo el primero referido en consideración a la presencia y recurrencia en el tiempo de un episodio afectivo depresivo mayor, estableciéndose los siguientes criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor:

Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor DSM IV-TR

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

1. Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
2. Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
3. Disminución o aumento del peso o del apetito
4. Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz
6. Astenia (sensación de debilidad física)
7. Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
8. Disminución de la capacidad intelectual
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

De acuerdo a lo expuesto en la Guía Clínica GES, Depresión en personas de 15 años y más (2013), un episodio depresivo mayor puede comenzar en cualquier momento de la vida, generalmente entre los 20 y los 30 años, siendo uno de sus factores de riesgo la experimentación de eventos de violencia intrafamiliar.

Así también, desde los principios sostenidos por la misma guía, se plantea que la naturaleza y curso de la depresión son afectados significativamente por características psicológicas, sociales y físicas de los pacientes y sus circunstancias. Estos factores determinan la elección del tratamiento y la probabilidad de éste de beneficiarlos. Lo cual opera no sólo desde la identificación de la severidad de los síntomas, sino también, por la perseverancia de los mismos.

En coherencia a datos de comorbilidad (Campos y Martínez-Larrea, 2002) de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales, es que se detecta una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad, en donde se reconoce una comorbilidad a lo largo de la vida de un 50%. A razón de esto, la comorbilidad psiquiátrica impacta tanto en el pronóstico clínico de la Depresión como sus consecuencias sociales, dado que aumenta la persistencia sintomática, la tendencia a la cronicidad y el riesgo de mortalidad, viéndose descendida la respuesta a los tratamientos y de un disminuido rendimiento laboral.

Con el objetivo de responder a esta problemática de la salud, Chile a través del Ministerio de Salud, crea el Plan Nacional de Salud Mental, actualizado para el periodo 2017-2025 (MINSAL, 2017), cuyo objeto es establecer un modelo más elaborado de red de atención y de programas de actividades que abarcan los problemas prioritarios, dentro de ellos la depresión en personas de 15 años y más (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Desde este contexto nacional, y de acuerdo a la guía clínica correspondiente (MINSAL, 2013), un caso diagnosticado con episodio depresivo mayor –o grave, CIE 10-, dispone de un tratamiento que incluye intervenciones de consejería, antidepresivos para el tratamiento de la depresión moderada y psicoterapia, recomendándose el Tratamiento Cognitivo Conductual como el más efectivo mientras mayor sea el grado de severidad.

6.3. Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género

El Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género –en adelante SERNAMEG-, es el principal responsable –frente a la Ley 20.066- de responder en el abordaje de la violencia intrafamiliar. Para esto, se ha diseñado la Unidad Nacional de Violencia Contra la Mujer, a través de la cual se despliegan diversas líneas programáticas que buscan representar el modelo de abordaje sostenido para esta temática. Junto con esto, y de acuerdo a los ordenamientos establecidos, esta unidad mantiene un Plan Nacional de Acción en Violencia contra la Mujer 2014-2018.

Para responder a sus objetivos, el SERNAMEG (2016) actualizó sus criterios orientadores de todos los modelos de intervención de los programas que ejecuta, los cuales se relacionan con: integralidad –abordaje del conjunto de dificultades que enfrentan la diversidad de mujeres para mejorar sus condiciones de vida-, intersectorialidad –estrategias de coordinación a nivel comunal, local y regional para atender integralmente las necesidades y demandas levantadas por las mujeres-, descentralización –programas con presencia territorial e influidos por sus particularidades-, participación –promoción del ejercicio ciudadano activo-, direccionalidad –orientación al logro de la autonomía física, económica y política de las mujeres-, pertinencia cultural –respeto por la diversidad- e impacto –intervenciones dirigidas a proporcionar cambios apreciables en la calidad de vida-

Ahora bien, en lo que dice relación directa con el modelo de abordaje implementado por la Unidad, antes referida, se reconocen dos aristas incluidas dentro de éste, por un lado, se presenta el Programa de Prevención Integral de Violencia contra la Mujer –que incluye campañas de difusión, sensibilización, capacitación y coordinación intersectorial-, y por otro, el Programa de Atención, Protección y Reparación en Violencia contra la Mujer. En esta última modalidad se agrupan todas las instancias de atención directa desarrolladas por el SERNAMEG, dentro de las cuales podemos identificar: Centros de la Mujer, Casas de Acogida, Centros de Hombres que Ejercen Violencia de Pareja, Centros de Atención y Reparación para Mujeres víctimas de Violencia Sexual, Casa de

Acogida para Mujeres Vulneradas por la Trata de Personas y Migrantes en Situación de Explotación y el Servicio de Atención Telefónica y Telemática (SERNAMEG, 2016).

Respecto de la lógica del Programa de Atención, Protección y Reparación en Violencia contra la Mujer, se entiende bajo el concepto de *atención* la entrega de servicios oportunos para actuar frente a la pérdida de las autonomías a causa de la violencia, otorgando una acogida inmediata, la denuncia de los derechos vulnerados y el apoyo de redes sociales. Cuando por medio de esta atención se estime un riesgo de carácter grave, bajo el continuo del modelo, se asumen las acciones correspondientes a la protección, desde la adaptación de medidas inmediatas y planes de emergencia, en coordinación con acciones jurídicas y de servicios urgentes. En lo que refiere a la *reparación*, se consideran todas las medidas y acciones encaminadas desde las distintas disciplinas –psicológica, jurídica, educativa y social- que puedan contribuir progresivamente en la reparación o en el inicio de la recuperación de su autonomía física, económica y política (SERNAMEG, 2016).

Dentro de los referentes utilizados para la intervención específica en violencia contra la mujer, y desde la lógica descrita en el punto precedente, se reconoce la predominancia del Enfoque de Género, Enfoque de Derechos, Modelo Ecológico, Modelo Sistémico, Modelo de Aprendizaje Social, Modelo de Duluth, Modelo Transteórico del Cambio, Modelo de Desarrollo de Competencias, modelo de trabajo en red, entre otros, que fundamentan el modelo estratégico de abordaje de esta línea programática (SERNAMEG, 2016).

En relación al programa específico de atención desplegado por la modalidad Centros de la Mujer, la cual resulta de interés para el presente estudio, es posible referir que se compone de dos ejes: Orientación e Información y la Intervención psico-socio-educativa-jurídica, indicándose ambos dentro de un continuo de atención (SERNAMEG, 2016).

La primera fase, *Orientación e Información*, se encuentra dirigida a todas las mujeres que consulten por violencia o temas relacionados –sin importar el tipo de violencia

o el perpetrador-. En estos casos, junto con responder al objetivo principal de la fase, se considera –de estimarse necesaria- la ejecución de acciones de contención por algún profesional de la dupla psicosocial. Finalmente, desde esta etapa, se debe extraer un diagnóstico preliminar, para concluir la pertinencia de ingreso de la modalidad interventiva y/o la necesidad de iniciar un plan de autoprotección o derivación a una Casa de Acogida, considerándose para esto un proceso de derivación asistida, al menos hasta que se concrete atención requerida.

La siguiente fase, correspondiente a la intervención *psico-socio-educativa y jurídica*, se encuentra orientada a la modificación de conductas, actitudes y disminución de la violencia y riesgos que ésta produce, buscando que las mujeres se vuelvan conscientes de ellos. Para la ejecución de esta fase, se debe elaborar un Plan de Intervención Individual – en adelante PII- fundado a través de un diagnóstico del nivel de violencia, daño y riesgo, habilidades sociales, recursos psicológicos y redes disponibles, cuya información debe ser recogida durante las primeras 3 sesiones. Tras esto, se continúa con una evaluación del equipo profesional –asistente social, abogado/a y psicólogo/a-, quienes esbozaran el PII para, posteriormente, construirlo con cada mujer, todo esto bajo un contexto de confidencialidad y voluntariedad, como también, de acuerdo a la identidad cultura de cada mujer. La implementación de este PII se encuentra proyectada a seis meses, aproximadamente, con una periodicidad semanal –recomendada- para su ejecución, ya sea a través de intervenciones grupales, individuales, psicosociales y jurídicas.

La implementación principal de este PII es a través de una modalidad grupal, siendo el objetivo de esto la generación de espacios de diálogo reflexivo donde cada mujer pueda cuestionar su realidad y movilizarse para impulsar su cambio. Esto último, es considerado dentro de la arista educativa, en tanto, se entiende que de esta manera se puede aprender a examinar el mundo de una manera crítica, distinguiéndose entre lo que es natural y lo que es cultural e impuesto. Este mismo proceso reflexivo de cambio, integra la visión jurídica respecto de los derechos humanos y de las mujeres. El ámbito jurídico también interactúa en la implementación de estrategias de protección y representación judicial en los proceso de violencia intrafamiliar.

Ahora bien, a pesar de que la modalidad de abordaje sugerida corresponde al encuentro grupal, la intervención individual –cuya elección se da bajo determinadas condiciones- busca propiciar la construcción de un vínculo y de un espacio terapéutico, orientado a la elaboración de los conflictos psicológicos enlazados con la violencia. Desde aquí, se promueve en la mujer una toma de consciencia de la situación de violencia y de su participación e involucramiento subjetivo en ella, y desde la noción de trauma, la recuperación de un óptimo funcionamiento emocional, de interacción, cognitivo y social. Para el logro de esto, se sugiere potenciar el vínculo terapéutico, respetar la singularidad, asunción de un rol terapéutico flexible, trabajo focal y promoción de la interdisciplinariedad.

De manera similar a los hallazgos identificados en el estado de avance internacional en cuanto a la intervención con mujeres que han sufrido violencia en sus relaciones de pareja, se reconoce la implementación de modelos integrales de atención y respuesta frente a este fenómeno. No obstante, y si bien no se explicita claramente aquellos fundamentos orientadores de la intervención psicológica, de acuerdo a los enfoques y modelos propuestos por las distintas líneas de abordaje revisadas, se identifican sugerencias interventivas que tienden a la utilización de un vocabulario basado en el déficit y la disfunción (Anderson, 1997; Tarragona, 2013) y al agotamiento de modelos excesivamente estratégicos y que utilizan el poder del equipo y del terapeuta en el diseño y conducción de la intervención –en su calidad de expertos- (Garrido y García-Cubillana, 2000; Szasz, 1994).

VII. UNA ALTERNATIVA AL ABORDAJE TRADICIONAL

Sin la intención de posicionar a este estudio como una crítica a los niveles de efectividad y evidencia en el abordaje de la violencia contra la mujer y de las problemáticas que ésta conlleva; lo que se pretende, es contribuir en la generación de conversaciones sobre los aportes complementarios o diferenciadores de una aproximación constructivista (Garrido y García-Cubillana, 2000; Guerrero y García, 2008; Tarragona, 2013) en un proceso terapéutico, contextualizado por una historia de violencia contra la mujer; y que, además, amplía la reflexión a la comprensión del ser humano en el ejercicio de la psicoterapia (Zlachevsky, 2009, 2010, 2011).

Como ha sido posible revisar, ya posicionada a nivel nacional e integrada al desarrollo de políticas públicas, el abordaje de la violencia contra la mujer en lo que respecta a los lineamientos programáticos y técnicos declarados por el estado chileno en respuesta a esta problemática y a los instrumentos internacionales pactados en el ámbito, se reconoce la reproducción de sistemas imperantes, tanto en la comprensión de ésta, como de su intervención, consistentes a la evidencia internacional; desde donde, a nivel explicativo, la violencia –en tanto, problemática- se define como el resultado de creencias negativas y cogniciones imprecisas respecto de la misma (Crespo y Arinero, 2010; Johnson y cols., 2011; Kim y Kim, 2001; Kubany o cols., 2003,2004); o como estructuras disfuncionales (Garrido y García-Cubillana, 2000) y subyacentes, proclives a tratamientos en manos de expertos (Tarragona, 2013); mientras que, a nivel interventivo –y por tanto, en la comprensión del cambio-, han primado como aproximaciones dominantes en esta temática el Programa Duluth, que declara un fundamento psicoeducativo feminista (SERNAMEG, 2016; Slabber y cols., 2012) y, mayoritariamente, intervenciones terapéuticas de corte cognitivo-conductual, que promueven procesos de re-educación y entrenamiento de diversas habilidades (Matud y cols., 2004; MINSAL, 2013; Warshaw, Sullivan y Rivera, 2013); junto a la inclusión de un modelo integral de atención (MINSAL, 2013; MINSAL, 2017; SERNAMEG, 2016).

Desde lo anterior, y si bien es posible distinguir transformaciones, tras como Zlachevsky (2009) nomina el “giro cibernético en la psicoterapia” (p.23), consiguiéndose posicionar al individuo en relación como foco de interés terapéutico y -para el interés de este estudio- como lineamiento técnico regulador de la intervención nacional en violencia contra la mujer; aun predomina una jerarquización del poder en la comprensión del sujeto receptor de la intervención -o consultante- y del rol del operador -o terapeuta-, primando el saber de éste último en el espacio terapéutico, respaldado por su intelección científico-racional del ser humano (Zlachevsky, 2009) y, por tanto, adquiriendo una posición superior de experto; por su parte, el consultante asume un rol de sujeto de indagación y observación, rodeado de un contexto de “diagnósticos, objetivos y estrategias de tratamiento que se determinan a priori” (Anderson, 1997, p.66), e incluso antes de su propia existencia de ser ahí.

A razón de esto, es que la propuesta del presente estudio se guía desde la intención no sólo de describir un proceso terapéutico abordado por medio del modelo de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas; sino también, se pretende dialogar en torno al cómo, desde esta aproximación que privilegia la co-construcción dialógica, relacional y local del conocimiento y de la identidad (Bateson, 1976; Bertrando, 2000; Botella, 2001; Bruner, 1998; Burr, 1995; Echeverría, 1994, Gergen, 1996; Jutoran, 1994; Maturana, 1992, 1997; Zlachevsky, 1996, 1998, 2012) y que declara un pronunciamiento ontológico (Zlachevsky, 2009, 2010, 2011), se podrían alcanzar resultados alternativos de historias de libertad y agencia personal del sistema consultante, en su postura de oposición a perpetuar una historia de violencia.

Para lo anterior, y de acuerdo al interés perseguido por el presente estudio, aquellos puntos de relevancia para el dialogo con el abordaje tradicional de la violencia contra la mujer en el contexto del estado chileno, se vinculan a: una declaración ontológica, la responsabilidad de la distinción, la comprensión del problema, la comprensión del cambio y del operar terapéutico, descritas en la siguiente sección de acuerdo a los niveles jerárquicos conceptuales que interactúan en su operar (Coddou, 1992; citado en Zlachevsky, 1996).

7.1. Una Declaración Ontológica

Siguiendo los planteamientos expuestos por Zlachevsky (2009, 2010, 2011) resulta de interés para este estudio, la urgencia de un preguntar ontológico en la praxis terapéutica, y un pronunciamiento-declarativo de la comprensión del -ser- humano. En coherencia a esto, y de acuerdo a lo referido por la autora antes citada, la respuesta a aquel cuestionamiento, y fundada de acuerdo a los aportes de Heidegger, se encuentra entendida como Dasein, es decir, el ser-ahí o, mejor dicho, el ahí-del-ser.

Respecto a la estructura fundamental a priori del Dasein, que se comprende como el estar-en-el-mundo o siendo-en-el-mundo, es posible distinguir tres momentos constitutivos, de los cuales, poniendo el acento en uno de éstos, específicamente, en el estar-en, se identifican tres caracteres del ser –o estructuras ontológicas del Dasein-: a) la disposición afectiva o encontrarse; b) el comprender y; c) el discurso o habla, que en un esfuerzo por ontificarlas a un proceso terapéutico, Zlachevsky (2010) las encarna en la triada inseparable –XYZ-: a) emoción, b) explicación y c) habla.

La emoción es la expresión óptica de una manifestación ontológica llamada por Heidegger como disposición afectiva. La disposición afectiva o encontrarse es un existencial, un carácter del ser del Dasein. El temple anímico permite al Dasein darse cuenta que está vinculado al mundo y lo hace sentir que éste le importa y le afecta. Sin embargo, no es posible entender el temple anímico sin su otro existencial, en este caso el comprender. El comprender, es la forma del Dasein de interpretar el mundo, interpretación que se hace desde su proyecto –volcado al futuro, dirigiendo la mirada a la existencia en su integridad- y desde una manera previa de ver y de entender. Ya siendo interpretada, la comprensión viene a palabra. El habla es la expresión de la comprensibilidad afectivamente templada del estar-en-el-mundo de un Dasein en el aquí y el ahora. El habla –o lenguaje- es lo que permite la existencia del mundo del Dasein, y por habla no sólo se señalan las palabras, sino también, por otra posibilidad existencial propia del discurso, el escuchar (Zlachevsky, 2009, 2010).

Ahora bien, y para finalizar, podemos aproximarnos –desde los fundamentos expuestos- a la interrogante de cómo comprender el ¿por qué alguien se acerca a consultar? Como diría Nuñez (1995), cuando una persona llega a la consulta lo hace, primero, por la aparición de un suceso no esperado y la irrupción de una reacción afectiva displacentera; pero también, por la generación automática de una explicación sobre la naturaleza problemática del suceso (Zlachevsky, 2010). Por tanto, un problema –por el cual alguien consulta- tiene que ver con la forma en que una persona se ve a sí misma –o a algún otro- en una determinada situación y en un determinado contexto; es decir, para que un problema se conciba como tal, la persona debe interpretarlo como problema. Ante esto, Zlachevsky (2010) señala: “el temple anímico abrió la comprensión e interpretación del mundo como algo que no debió pasar según su horizonte de significabilidad, y ello lo expresó a través del habla (p. 28).

7.2. La Responsabilidad de la Distinción

Cuando partimos del enunciado “no existe una verdad que tenga valor absoluto, sino que existen verdades que tienen un valor y una validez local” (Bertrando, 2000; p.3), rápidamente podemos notar que nos encontramos en un momento con variadas revoluciones de cómo se venía conociendo y comprendiendo al humano, su conexión y acción con y en el mundo. Este modo, completamente opuesto a los planteamientos asociados al modernismo, refiere no sólo un cambio y un desafío para la comunidad académica y científica en general y, por tanto, en cómo se puede comprender y practicar la psicoterapia, sino que también, es una profunda transformación en el entretejido social y cultural del mundo.

Todos hemos sido testigos del gran avance tecnológico del cual es parte la humanidad, y cómo desde éste se han modificado las condiciones sociales y la comprensión del individuo. En relación a este punto, Bertrando (2000) plantea que se origina una nueva percepción del sí mismo, influida por el continuo flujo de información y modelos de vida provenientes del fenómeno de la globalización, desde aquí, aparece un sí mismo con una identidad modificada, desordenada, inestable y con ausencia de un centro y de una única narración coherente; es decir, un sí mismo escéptico frente a planteamientos vinculados a

una versión teórica válida y universal sobre la situación humana (Lyotard, 1979; citado en Bertrando, 2000):

La visión constructivista surge como un cuestionamiento a las propiedades estables que componen el mundo y a la existencia de éstas de manera independiente al observador, por tanto, desde esta visión se plantea que los fenómenos –que son objeto de la inteligibilidad- no son independientes del sujeto que los está describiendo o percibiendo (Zlachevsky, 1996).

En relación a esto, Von Foerster (1987; citado en Jutoran, 1994) exponía que para responder a las contradicciones que traía la epistemología tradicional –en donde se concibe una realidad independiente del observador- era necesario tomar en cuenta a un observador que, primero, no consigue observaciones absolutistas, sino que coherentes a su punto de vista –o sistema de coordenadas-; y segundo, a un observador que en el propio actor de observar influye sobre el objeto observado. Desde aquí, y en las propias palabras de Von Foerster, estamos frente a una epistemología de los sistemas vivientes, desde la cual se reintroduce al observador y, por tanto, se pierden los conceptos de neutralidad y objetividad, entendiendo al observador como un constructor activo de la realidad observada.

Desde estas consideraciones, en donde se reconoce que lo que el observador distingue depende más de las características del observador que de lo observado (Zlachevsky, 1996), es que la constructividad emerge como una postura que invita al observador a hacerse cargo de sus operaciones de distinción, las cuales se consiguieron por lo demás en el acto de interpretación destacándose, por tanto, el carácter hermenéutico de las mismas (Zlachevsky, 2012). De acuerdo a esto último, Maturana (1997) refiere que cualquier acto de explicación y/o descripción –interpretación- es secundario, operacionalmente, a nuestra propia experiencia de vivir en el lenguaje -aun cuando también ocurren en ella-, considerándose que la forma de narrar los acontecimientos –a través de palabras- es un camino para hacer inteligible la experiencia de vida, y no necesariamente lo ocurrido en la praxis del vivir en el lenguaje.

Como es posible reconocer, se abre un camino para sustituir la noción de objetividad por la de responsabilidad, o como Maturana (1997) diría el observador acepta – desde una objetividad entre paréntesis- su imposibilidad –como propiedad constitutiva- de hacer referencia a una realidad trascendente para validar su explicar, y reconoce que sólo puede responder desde su propia estructura y conocimiento anterior –o desde sus coherencias operacionales dadas en la praxis del vivir-. Como base de esto, se consigna la validez de todas las posiciones y de todos los versos en el mundo –a nivel interpretativo-, en donde la validez del multi-verso hace perder el énfasis en cambiar al otro desde una verdad, dado que no podemos asegurar que nuestras observaciones del mundo son la única y exclusiva realidad contrastadas con un mundo exterior e independiente de nuestras visiones (Maturana, 1992).

La implicancia de estos fundamentos en la psicoterapia, apuntan a que el terapeuta comprenda que aquel que consulta es quien mejor conoce y puede describir, en su calidad de experto, lo que lo lleva a consultar. Y de la misma forma, los terapeutas mantienen sus propias historias, valores, creencias y formas particulares –o también, comprendidos como marcos de inteligibilidad- para ver el mundo y, por tanto, diversas formas de comprender y ejercer la psicoterapia, de la cual deben hacerse responsables y declararse en calidad de experto en el arte del preguntar.

7.3. La Comprensión del Problema

Ahora bien, con la intención de delimitar el fenómeno que se pretende explicar o describir, es que surge la interrogante ¿hacia dónde focalizar la observación y el análisis de lo observado? O mejor dicho ¿cuál es la unidad de análisis, vista desde una aproximación ontoepistemológica de la constructividad? Frente a esto, Botella (2001) refiere que todo acto de interpretación de la experiencia se consigue -dependientemente- en la participación de prácticas discursivas conversacionales que son constituidas en base a marcos de inteligibilidad –propias de un dominio determinado-, por tanto, la unidad de análisis mínima ya no corresponde a la persona individual y aislada, sino que pasa a ser la persona en relación.

Esta postura es desarrollada también previamente por Bateson (1976) quien establece que los fenómenos no son producto de un organismo particular –dentro de su sistema nervioso-, sino que del conjunto de pautas de organización y autorregulación propias de cualquier sistema. Es así que, y como plantea Zlachevsky (2012), se considera que cada ser humano puede sentir o comportarse de diferentes maneras en su encuentro con distintas situaciones y personas, lo cual según Maturana (1992) es posible de acuerdo a un determinado dominio de existencia, es decir, a un conjunto de definiciones que especifican –a través de redes de conversación dentro del sistema relacional- cómo el observador se distingue a sí mismo y a los otros, y qué es lo que se puede esperar de estos actores dentro de un determinado espacio relacional, y de acuerdo a los significados que ahí se comparten, definiéndose además las posibilidad de co-existencia de estos dominios al mismo tiempo.

Ante eso, Zlachevsky (2012) refiere que “el cuento que se nos cuenta o nos contamos sobre quiénes somos surge de la danza de intercambios comunicacionales que ocurre en los distintos dominios de existencia en los que nos desenvolvemos (...) de tal manera las redes de significado compartidos están limitadas a los actores que participan en dichas redes y a la propuesta social que determina qué es posible de esperar en esas situaciones en las que participamos” (p. 253). Por tanto, desde una visión constructivista, la unidad de análisis no se focalizaría en la persona, sino en la persona formando parte de un sistema u organización de significados, lo que para la psicoterapia se traduce en la concentración del terapeuta en aquel sistema que le está dando sentido al problema por el cual alguien va a consultar (Zlachevsky, 1996).

7.4. La Posibilidad del Cambio

De acuerdo a los planteamientos sostenidos por Botella (2001) respecto de los procesos de atribución de significados –desde una aproximación relacional y discursiva- afirma que el “atribuir significado a la experiencia comporta un proceso de construcción, es decir, constituir la mediante el lenguaje haciéndola inteligible para uno mismo y para los demás” (p.2), lo que se sustenta en la función generativa, activa y constitutiva del lenguaje, el cual adquiere significado y valor en el contexto de patrones relacionales.

Gergen (1996) denomina suplementación al proceso a través del cual la gente genera el significado dialógicamente al contribuir de manera activa en la producción discursiva conjunta. Así también, se comprende que al atribuir significado a la experiencia, lo que se está haciendo es posicionarla –y posicionarse- en discursos sostenidos relacionamente (Burr, 1995). Desde esta lectura discursiva y relacional, Botella (2001) considera que el desarrollo de un sentido de identidad personal implica aprender a atribuir significados de acuerdo a las formas de inteligibilidad circunscritas a las prácticas discursivas de las que es parte y, a la vez, posicionarse en el contexto de tales discursos, y que “la identidad individual emerge en los procesos de interacción relacional, no como un producto final acabado sino constituida y reconstituida en las diferentes prácticas discursivas en que uno participa” (p.5).

A razón de lo planteado previamente, Ana María Zlachevsky (1998), a través del modelo de Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, sostiene que aquella concepción que mantenemos de nosotros mismos, de los otros y del mundo surge, primero, a través de nuestra participación –directa o indirecta- en cada una de las redes de significado que van conformando nuestras relaciones sociales; segundo, de aquella propuesta social –o discurso social dominante- que constriñe nuestra capacidad de distinguir y actuar en el mundo social; y tercero, con el lenguaje.

Es en un encuentro social donde dos o más personas dispuestas para el significado (Bruner, 1998) adscriben a una forma determinada de distinguir lo acontecido, el sí mismo y el otro. Estos acuerdos de significados conforman narrativas que van abarcando lo posible y lo no posible en esa específica relación social, otorgándole una coherencia y un sentido a lo vivido. Es así, que en las diversas relaciones sociales en las cuales podemos participar –simultáneamente- se van co-construyendo, también, diversas narrativas que permiten organizar el mundo experiencial y entrelazar, como Echeverría (1994) lo llamaría, una meta narrativa o, según Zlachevsky (1998), discurso social dominante; el cual recursivamente determina las posibilidades de significar y generar prácticas sociales en coherencia a la trama narrativa.

Desde este último concepto –discurso social dominante-, surge la necesidad en el ser humano de adquirir un sentido, una identidad, que le permita sentir una estabilidad en el tiempo. Esto es posible, según los planteamientos de Zlachevsky (1998), tanto en el presente como a través de la historia, por la coherencia sincrónica y diacrónica. En el primer caso, nos situamos en el presente, es decir, en aquella relación social constreñida por el dominio de existencia desde el cual estamos distinguiendo; y el segundo caso, en la trama narrativa co-construida a través de las distintas interacciones que vamos y fuimos teniendo con los distintos personajes con quienes nos encontramos en nuestra existencia.

A razón de lo previamente establecido, y de acuerdo a lo planteado por Sluzki (1996), el supuesto central de este modelo sobre la comprensión del problema se circunscribe en la descripción del mismo y, por tanto, el cambio proviene del describir los problemas de diferente manera; es decir, “los cambios en las explicaciones, significaciones y forma de narrar lo que los tiene atrapado tendría como consecuencia un alivio del dolor del sistema consultante” (Zlachevsky, 1996; p.9).

7.5. Una Alternativa para el Operar Terapéutico

Desde el modelo de Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, y su influencia en el actuar terapéutico (Zlachevsky, 2003), es que se aluden a determinados focos en los cuales el terapeuta debiese concentrar su atención y praxis, cuando se compone un dominio terapéutico, especificándose:

- Como primera mención, e inevitable, emerge el razonar sistémico –en la inteligibilidad del sentido del relato-, dado que se requiere poder mostrar las relaciones entre los personajes que forman parte de la historia que los consultantes van relatando y aquellas tramas narrativas –o redes de significación- que interpretan las acciones de los actores involucrados en cada dominio de existencia.
- En un segundo punto, el terapeuta que opera a través de este modelo debe –desde un pensamiento narrativo- transformar en imágenes las narraciones que trae el consultante a sesión, para así de esta forma, poder desprenderse de su conocimiento

conceptual y entrar en el mundo de la vida de quien nos está relatando una historia y hacerse sensible a ella –buscando el reconocimiento de la verosimilitud de lo narrado por el sistema consultante-; por esto es visto el quehacer terapéutico, desde acá, como un espacio de creatividad, sensibilidad y arte.

- Tercera consideración, hace alusión al preguntarse ¿desde cuándo? Y ¿por qué ahora?, en la búsqueda del dominio de existencia en el cual se debería centrar y, así, distinguir cuál es la amenaza organizacional del sistema de significados compartidos.
- Y cuarto, la apodada hipotetización, que correspondería a las ideas de lo que le podría estar ocurriendo al sistema consultante –integrándose la posibilidad de la triada XYZ-, que claro está, no es algo estático ni único, sólo es útil como norte en la entrevista terapéutica y ésta, además, debe ser constantemente confrontada con quien se encuentra en frente.

En consideración a lo anterior, Zlachevsky (1996) establece ciertas premisas que deberían orientar el operar terapéutico, entre ellas: 1) los seres humanos somos y existimos en el lenguaje, el cual surge -como fenómeno social- en el compartir y forma nuestras significaciones, 2) todo sistema terapéutico se distingue por el desarrollo de un significado co-creado, 3) en la medida que los sistemas humanos son sistemas lingüísticos, quienes mejor pueden describir lo que les ocurre son aquellos que participan en la co-construcción de esos significados y, por tanto, el problema tiene sentido en el dominio de existencia que el sistema consultante significa como tal, 4) el rol del terapeuta es el de un artista conversacional, cuya pericia radica en hacer preguntas, preguntas que gatillen en el sistema consultante reflexiones alternativas, congruentes con las creencias y modo de ver el mundo de ellos y, 5) el terapeuta no es un experto que sabe lo que le ocurre al sistema consultante, sino que un experto en hacer preguntar desde una perspectiva del “no saber” o también entendida como irreverencia terapéutica.

Así también, Zlachevsky (2003) promueve –desde una postura pragmática- ciertas guías para el operar terapéutico que refieren: 1) contacto y vínculo, definidos como ser experto en la objetividad entre paréntesis, 2) formulaciones positivas y ópticas optimistas,

cuidando no trivializar el dolor del sistema consultante, 3) respeto por la forma de entender del sistema consultante, él es el experto en su propia vida, 4) aceptamos humildemente nuestras limitaciones y creemos que existen ciertos dominios donde no podemos actuar, aceptamos tanto el construccionismo social como el determinismo estructural y, 5) nuestra responsabilidad como terapeutas está en conducir la terapia poniendo el acento en los recursos y habilidades de los otros, más que en los problemas y fallas humanas.

7.6. Consideraciones Técnicas

Según Zlachevsky (2003) “como terapeutas necesitamos perturbar el sistema para lo cual usamos distintas alternativas. Elegimos la mejor herramienta que desde nuestro 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” (p.8). Entonces desde acá, se tiene que el modelo promueve la técnica del curiosear -planteada desde la irreverencia terapéutica- para buscar el acercamiento –del terapeuta- a la inteligibilidad de lo que trae el sistema consultante; así también esta técnica puede, paralelamente, ser utilizada junto a prácticas de-constructivas, a fin de contribuir – desde un operar sistémico-narrativo- en la co-construcción de nuevas explicaciones que se alejen del malestar.

VIII. OBJETIVOS

8.1. Objetivo General

Describir un proceso terapéutico abordado desde el modelo de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas en el caso de una mujer diagnosticada con trastorno depresivo y síntomas ansiosos, en el contexto de una historia de violencia contra la mujer.

8.2. Objetivos Específicos

- Describir las diferentes etapas de las intervenciones realizadas bajo el Modelo de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas.
- Describir, a través de las intervenciones realizadas bajo el modelo Sistémico Centrado en las Narrativas, los cambios en las narrativas del sistema consultante.

IX. ABORDAJE METODOLÓGICO

Dado que el presente estudio busca describir un proceso terapéutico abordado desde el modelo de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas y sus alcances, a la hora de determinar una metodología de investigación, se presenta una diversidad de posibilidades en el campo de la psicología, sin embargo, a razón del objeto de estudio determinado por el modelo utilizado en el abordaje terapéutico y su onto-epistemología, se estructuró un plan de investigación fundamentado a través de la perspectiva hermenéutica.

De acuerdo a lo planteado por Ruiz (2012), la hermenéutica representa una reacción contra la rigidez del positivismo, en tanto, “en el lugar de explicar las relaciones causales por medio de ‘hechos objetivos’ y análisis estadísticos, utiliza un proceso interpretativo más personal en orden a ‘comprender la realidad’” (p. 12-13). Dado el objetivo principal de este estudio, es que sostener una perspectiva hermenéutica entrega las posibilidades de oponerse a la explicación de la naturaleza, y focalizarse en la propia experiencia de vivir, sólo desde la cual podemos alcanzar la comprensión de lo humano (Dilthey, 1994; citando en Echeverría, 2004). Desde este sentido, la hermenéutica representa el estudio de la interpretación y el entendimiento, por lo que, el lenguaje y el fenómeno de la comunicación se transforman en el centro de su preocupación, vinculándose el entendimiento a la posibilidad de hacer comprensible el sentido que algo tiene para un otro (Echeverría, 2004).

Por tanto desde esta perspectiva, y de acuerdo a lo planteado por Gummesson (1991; citado Ruiz, 2012), se entiende que la investigación está centrada en el entendimiento y la interpretación, además de sostener una perspectiva holística –tanto a nivel de estudio como foco de atención de los investigadores- e integrar generalizaciones específicas y concretas; así también, busca el reconocimiento de la subjetividad y del rol del conocimiento, oponiéndose a la distinción entre la ciencia y la experiencia personal, la neutralidad del investigador y el descubrimiento del objeto de estudio.

9.1. Diseño Metodológico

En coherencia a lo planteado en el punto anterior, y ya detenidos en el mundo de la interpretación, es que resulta difícil poder comprender un método investigativo –en el caso de este estudio- alejado de la orientación cualitativa. A razón de esto, y vinculado a los planteamientos sostenidos por Banister y cols. (2004), es que en un principio podemos entender la investigación cualitativa como “el estudio interpretativo de un tema o un problema específico en el que investigador es central para la obtención del sentido” (p. 14), siendo en este caso el área de interés elegida un aspecto particular del acto y la experiencia sostenida en el contexto de una práctica clínica de la psicología.

Desde aquí, y en coherencia lo planteado por Ruiz (2012), los métodos cualitativos –dentro de su infinidad de distinciones- pueden ser comprendidos como un estilo de investigar, que tiene por objeto captar el significado de las cosas o reconstruir los mismos, que utiliza el lenguaje de los conceptos y de las metáforas, que prefiere recoger su información a través de procesos flexibles y desestructurados, que goza de un procedimiento más inductivo que deductivo y, que sostiene una orientación holística y concretizadora.

En relación a esto, podría concluirse que los métodos cualitativos estudian significados intersubjetivos, situados y construidos, eligen la entrevista abierta y la observación directa, estudian la vida social en su propio marco natural sin distorsionarla ni someterla a controles experimentales, y eligen la descripción espesa y los conceptos comprensivos del lenguaje simbólico (Ruiz, 2012), aspectos todos ajustados a la postura sostenida por el presente estudio.

Ahora bien, de acuerdo al sistema de clasificación y descripción propuesto por Montero y León (2002) respecto de las metodologías de investigación en Psicología, se contempla al estudio de caso dentro del cuerpo de los estudios cualitativos, siendo éste conceptualizado como un estudio descriptivo no estructurado, que hace referencia a una única unidad muestral, y que puede ser de carácter intrínseco o instrumental.

Ante las investigaciones basadas en estudios de casos, Stake (1999) refiere que éstos corresponden al estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, que en esta oportunidad en específico -al sostener una necesidad de comprensión general de cómo opera un proceso terapéutico fundamentado desde los principios del modelo de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas- podemos llamar a esta investigación como un estudio instrumental de casos, que si bien no busca aproximarse a generalizaciones mayores, si se orientará a establecer generalizaciones determinadas para el caso específico a estudiar, buscando una comprensión más precisa del mismo –desde un proceso inductivo-.

Paralelamente, y para efectos de la presentación del presente estudio de caso, se tendrá en consideración las normas para la redacción de casos clínicos elaboradas por Buela-Casal y Sierra (2002), presentadas a continuación:

Identificación del paciente: Debe indicarse la edad, sexo, estado civil, hijos, profesión, nivel de estudios, etc., considerándose cualquier otro aspecto de interés que ayude a entender las características de la persona.

Análisis del motivo de consulta: Aquí se describe el problema que plantea el paciente y lo que interpreta el psicólogo. En esta fase se recoge información acerca de antecedentes relevantes del problema y sobre la sintomatología por el paciente.

Historia del problema: Se debe detallar el origen del problema, cuándo se originó y en qué circunstancias, cómo evolucionó y cuándo y por qué comenzó a ser desadaptativo para el paciente.

Análisis y descripción de las conductas problemáticas: Se definen de forma operativa las conductas problemáticas y las variables relacionadas.

Establecimiento de las metas del tratamiento: Se trata de establecer metas clínicamente relevantes, que deben ser negociadas con el paciente.

Estudio de objetivos terapéuticos: Aquí hay que describir cuales son las conductas objeto de intervención, diferenciándolas de las conductas meta.

Selección de los tratamientos más adecuados: Especificar qué tipo de tratamiento se considera más adecuado para el caso concreto y en función de qué se ha seleccionado.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos: En esta fase en función del tipo y características del paciente, del problema y del tipo de selección de tratamiento, se seleccionan las técnicas de evaluación y se exponen los resultados obtenidos.

Aplicación de tratamientos: Explicar en qué consistían las sesiones, número de sesiones y su duración, cómo se aplicaron las técnicas, etc.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos: Aquí se deben utilizar dos criterios para ver si el tratamiento fue eficaz y/o efectivo: a) las diferencias con respecto a la línea base de las variables meta, y b) si se alcanzaron las metas de tratamiento y en caso negativo plantear posibles explicaciones y recomendaciones a seguir para alcanzarlas.

Seguimiento: Especificar si se ha realizado y en qué periodos. En caso de producirse cambios en el seguimiento, tratar de explicar los motivos y dar recomendaciones de cómo proceder.

Observaciones: Cualquiera que considere importante el psicólogo.

9.2. Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información

La recolección de información se realizó a través de la grabación y el registro sistemático de prácticas sostenidas dentro del contexto de un proceso terapéutico desplegado en el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Por tanto, se cuenta con la transcripción de cada una de las sesiones ejecutadas,

los apuntes recogidos por la terapeuta, los análisis de caso establecidos en supervisiones clínicas efectuadas y la observación.

9.3. Método de Análisis de la Información

En relación a los fundamentos hermenéuticos que orientan el diseño metodológico del presente estudio, y las técnicas o instrumentos de recolección de información que se utilizaron, destaca la importancia de especificar cómo se gestó el proceso interpretativo a la luz de los ejes orientados en la construcción del método –o círculo- hermenéutico, los cuales incluyen: la comprensión –análisis semántico del discurso, en cuanto a la estructura profunda del mismo-, la interpretación –mediación entre el intérprete y su subjetividad- y la aplicación –relación de apropiación discursiva entre el hermeneuta y el objeto del conocimiento- (Habermas, 1984, 1988; citando en Rodríguez, 2002).

Ahora en consideración a la ejecución propiamente tal del proceso interpretativo, se consideraran los siguientes niveles de análisis propuestos por Vermant (1982):

- 1) *Análisis Formal*: Se trata de aprehender el corpus narrativo en su primer formato, de la manera en que se presenta a la comprensión. Para la ejecución de este punto, se dispuso de una lectura integrada de todas las transcripciones y apuntes sostenidos en relación a cada una de las sesiones que compusieron el proceso terapéutico. Desde aquí, se reconoció la composición del texto, las relaciones y las conexiones en el tiempo de lo narrado y su entrelazamiento.
- 2) *Análisis Semántico*: Se trata en este nivel de abordar el texto a partir del análisis de estructura superficial de los elementos que intervienen en la narración – consiguiéndose desde aquí la identificación de los lugares, contextos, dimensiones, dominios, tiempos, personajes, acciones y situaciones integradas en el texto- y su contenido significante, es decir, el análisis de estructura profunda –desde donde, y a través de mapas interconectivos, se fueron relacionando tanto las hipótesis XYZ, con sus correspondientes dominios, como con el devenir terapéutico y los resultados

conseguidos a través del mismo-, siempre respetando el formato semántico que exhibe el texto.

- 3) *Análisis Socio-Cultural*: EL círculo ocupa el corpus del texto completamente cuando se sumerge en el ámbito contextual que entorna al ser-texto. Para esto, se expusieron –junto con el propio reconocimiento del intérprete- las condiciones socioculturales donde se produjo el relato y que sustentan la cosmovisión de los que son interpretados en la expresión textual.

Finalmente, es relevante consignar que en este estudio, en particular, el intérprete también se encuentra integrado al contexto del cual se generó el relato, por tanto, en la construcción misma del método hermenéutico se hace presente la subjetividad, razonablemente crítica, de quien interpreta.

X. CRITERIOS DE RIGOR Y ÉTICOS

10.1. Criterios de Rigor en la Investigación Cualitativa

Si bien las investigaciones con bases cualitativas-interpretativas no gozan de los mismos criterios de rigurosidad planteados por los métodos más racionalistas, Guba (1983) ha desarrollado cuatro conceptos –desde cierta analogía a los modelos de validez, fiabilidad y objetividad- que refieren la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad como criterios para juzgar la fiabilidad de la investigación. A razón de esto, a continuación se describirán –desde la praxis- dichos criterios:

- *Credibilidad*: Respecto de este criterio es posible señalar que el proceso terapéutico en el cual se basó el estudio de caso, se conformó por acciones prolongadas en el tiempo –dentro del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso-, lo que permitió superar los diversos sesgos posibles y las percepciones erróneas, como también, disponer del tiempo suficiente para observar persistentemente aquellas características más notables y significativas dentro del proceso, las cuales además son contrastadas y reconocidas por quien consultó a terapia, quedando grabaciones y registros escritos de las sesiones desarrolladas durante el proceso, además, de la propia evaluación de la consultante, recogida a través del el cuestionario “Historias de Psicoterapia” (Adler, Skalina, & McAdamns, 2008).
- *Transferibilidad*: Para lograr una posible amplificación de los resultados obtenidos, es que el presente estudio consta de una descripción del proceso terapéutico, a fin de reproducir –dentro de lo posible- las condiciones bajo las cuales se recolectaron los datos, en cuanto al lugar y las características de los participantes.
- *Dependencia*: Así también, se indica que tanto el proceso terapéutico, como la generación del estudio de caso, fueron evaluados y supervisados por un especialista

de la línea académica -propuesta a nivel terapéutico-, consignándose esto como un técnica que permite triangular las interpretaciones conseguidas.

- *Confirmabilidad*: Durante el despliegue del proceso terapéutico se contó con grabaciones de audio de cada sesión, la transcripción fiel de las mismas y apuntes de la terapeuta –tanto respecto del proceso, como de las instancias de supervisión-, que permitieron explicitar en el estudio las decisiones e ideas que guiaron el proceso y la obtención de los resultados en este caso en particular.

10.2. Los Siete Criterios Éticos en la Investigación Clínica

Según lo expuesto por Emanuel (2003), “el objetivo principal de la investigación clínica es generar conocimiento generalizable, que sirva para mejorar la salud y el bienestar y/o aumentar la comprensión de la biología humana” (p. 83). Desde esta consideración, y con las salvedades oportunas al objeto de estudio, se detallan siete criterios éticos que permiten identificar un marco sistemático y racional para reconocer si la investigación clínica responde a criterios de ética en su operar, los cuales, corresponderían a:

Valor Social/Terapéutico: El presente estudio de caso se basó en la ejecución de un proceso terapéutico específico, desde el cual se busca describir un proceso de terapia abordado desde el un modelo sistémico centrado en las narrativas en el contexto de una historia de violencia contra la mujer y, desde ahí, aportar en la generación de conocimiento práctico y teórico para el área clínica-comunitaria, promoviendo mejoras continuas que guíen al bienestar de los sistemas consultantes.

Validez Investigativa: Respecto este criterio se puede reconocer que la metodología investigativa se encuentra diseñada bajo principios, métodos y prácticas valoradas para investigaciones cualitativas, desde la cual se puede responder al objetivo principal y establecer un plan de análisis verosímil y ejecutable.

Selección Equitativa del Sujeto: Desde esta consideración se puede referir que la consultante que se integró al presente estudio de caso fue seleccionada en base a criterios de igualdad de participación, el reconocimiento de condiciones –en el sujeto- de beneficiarse de la investigación y la reducción al mínimo de los riesgos para la participante, en este sentido comprendidas como resultados desfavorables de la terapia.

Proporción Favorable del Riesgo-Beneficio: El estudio se justifica en base a que los riesgos potenciales se minimizaron y los beneficios potenciales se maximizaron, lo cual es representado en la sección de resultados del proceso terapéutico.

Evaluación de Terceros: En este punto es relevante indicar que tanto el proceso terapéutico, como la generación del estudio de caso, fueron evaluados y supervisados por un especialista de la línea académica propuesta a nivel terapéutico, otorgándole el criterio de evaluación de posibles conflictos de intereses y el respeto constante de la responsabilidad social.

Consentimiento Informado: El presente estudio cuenta con la documentación que acredita una información clara y atinente al proceso investigativo, y la actuación de consentimiento de la consultante de participar en el estudio, desde el resguardo de sus derechos y autonomía.

Respeto a los Sujetos Inscritos: Desde el mismo consentimiento informado se atribuye el derecho del participante de retirarse del estudio cuando lo estime necesario –bajo sus propias consideraciones-, el respeto a la privacidad –desde lo cual se generaron cambios de nombres estimados por la consultante, exceptuando el propio de acuerdo a su decisión, y reservas de datos que pudiesen comprometer este criterio- y la retroalimentación de los resultados obtenidos.

XI. DESCRIPCIÓN ESTUDIO DE CASO

En coherencia a los planteamientos y fundamentos seguidos por el presente estudio, surge la necesidad, previo a continuar, de describir aquel dominio, en donde, se co-construyó el proceso terapéutico a detallar seguidamente. Dicho esto, es posible referir que el espacio terapéutico se circunscribió dentro del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso, en el contexto del proceso de formación clínica de la terapeuta, específicamente, en el modelo sistémico centrado en las narrativas, quien además -hasta el momento- sostenía acercamientos a la ejecución de políticas públicas en los ámbitos de infancia, mujer y desarrollo social.

11.1. Identificación de la Consultante

La consultante, Tamara, al momento de iniciar este proceso terapéutico tenía 37 años de edad, era separada y vivía junto a sus dos hijos –Ana, 15 años, y Lucas, 10 años-. De acuerdo a su formación profesional de Educadora de Párvulos –con grado de magíster-, desempeñaba el cargo de Directora Subrogante de un Jardín Infantil. No obstante, mantenía -hace aproximadamente 6 meses- licencia médica-psiquiátrica.

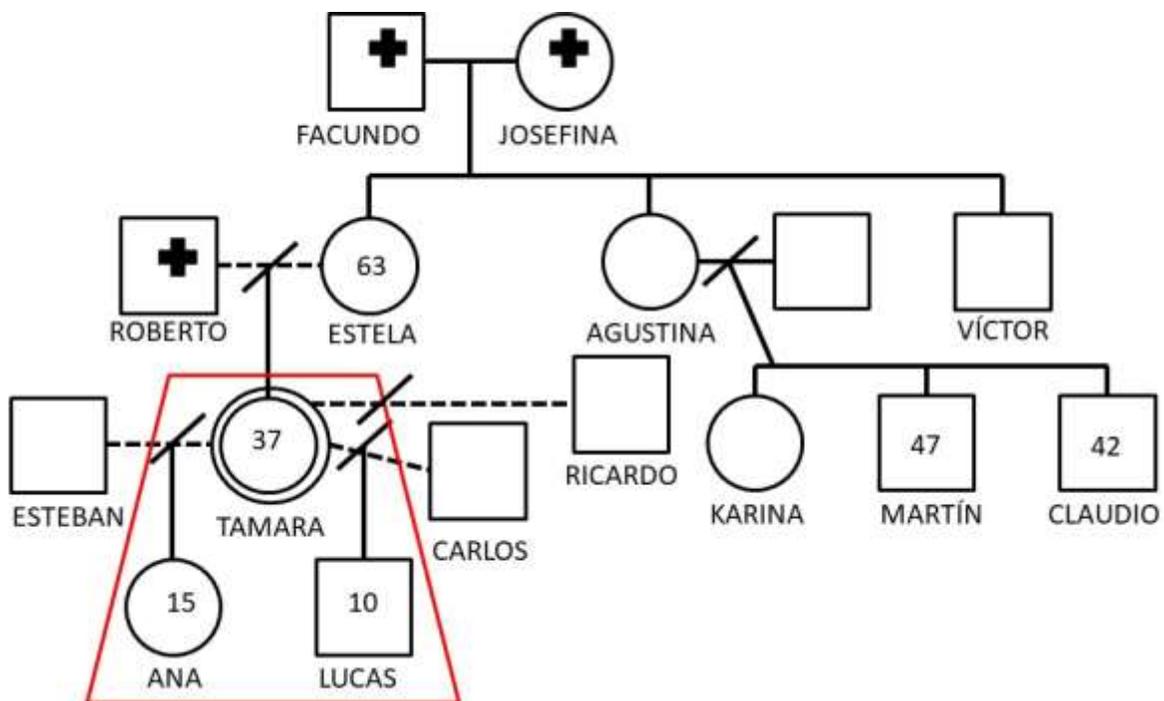
Su primera hija, Ana, nace a los 20 años de Tamara, producto de una relación de pareja sostenida con Esteban, la cual se habría iniciado a sus 18 años. A pesar de que la relación se finaliza a los dos años de vida de Ana, su padre se involucra activamente en el proceso de crianza, además, de establecer el apoyo económico correspondiente. Por su parte, Lucas nace producto de una relación posterior de pololeo con Carlos, la cual se habría terminado previo a conocer su situación de embarazo, asumiendo éste de manera inestable y poco regular su rol parental, en todas las dimensiones que lo componen.

Tamara residía en la ciudad de Viña del Mar, comuna en la cual también se situaba su familia de origen, por línea materna, motivo que la llevaba a sostener un regular contacto con su madre quien, además, la apoyaba financieramente dada las problemáticas que mantenía en este ámbito la consultante. Resulta, en este punto, relevante indicar que

Tamara hasta sus 8 años de edad vive en el hogar de la abuela materna, junto a su madre, una tía y los tres hijos de ésta –primos-, para posteriormente vivir junto a su madre, de manera independiente, hasta los 18 años. No obstante, se consigna que aproximadamente a los 13 años, producto de dificultades económicas sostenidas por la madre de Tamara, se trasladan a vivir donde el tío materno de la consultante, manteniéndose ahí dos años.

En cuanto a su familia por línea paterna, Tamara refiere no sostener una vinculación, en tanto, la consultante nace producto de una relación extra marital de su padre, por lo que, éste no asume su parentalidad sólo hasta, que a sus 18 años, se acerca y, por primera vez, lo conoce, no volviendo a mantener un contacto con él.

Genograma



11.2. Análisis del Motivo de Consulta

Tamara previamente a consultar, había finalizado -el año anterior- un proceso de intervención desplegado por un Centro de la Mujer, en el contexto de episodios de violencia a los que estuvo expuesta ella y su familia, mientras sostuvo la relación de pareja con Ricardo; así también, se encontraba activo -hace 6 meses- un tratamiento psiquiátrico -de acuerdo a un cuadro depresivo, con sintomatología ansiosa-, por lo que, mantenía controles periódicos, además, de la prescripción de pristiq -desvenlafaxina- y clonazepam.

Bajo el contexto anteriormente descrito, Tamara comenta que el tratamiento psiquiátrico comenzado *“no me estaba ayudando”*, refiriendo una mala experiencia con el médico tratante *“el otro caballero hablaba él más que yo, y muchas veces me repetía, como que fuera (...) un cassette (...) y hablaba de cosas muy raras, de lo que a él se le antojaba (...) me vi sobrepasada por la situación y ahora me siento muy mal, como que estuviera más enferma de lo que estaba”*; motivo que la lleva a decidir cambiar a otro especialista, siendo éste último quien le anima a tomar paralelamente un proceso terapéutico guiado por un/a psicólogo/a; decisión que Tamara continua construyendo tras una entrevista sostenida con psicóloga del establecimiento educacional al que pertenecía su hija -quien impulsa su decisión-.

Respecto de la exploración del ¿qué la hace consultar?, durante la primera sesión, Tamara expone *“yo sentía que estaba con un problema personal que no podía resolver sola y que necesitaba apoyarme en un terapeuta”*. Desde esto, es que Tamara relata la necesidad de apoyo para cortar la relación con su ex pareja, refiriendo *“porque esto no lo voy a poder hacer sola”*, en tanto, si bien ya se había separado de Ricardo continuaba experimentando sentimientos hacia él que la hacían dudar de su decisión, expresando *“con pena (...) yo he soñado con él (...) los sueños han sido súper como vívidos (...) estoy súper reprimida en el fondo, porque estoy súper contenida, tratando de hacer las cosas bien esta vez, y no cagarle más la vida a mis hijos, y no cagarme más la vida yo, pero hay algo, que me hace sentir como un vacío”*. Esto último emerge en una trama narrativa teñida de temores e inseguridades de Tamara, en cuanto a sus posibilidades de gestar un cambio y sostener su

decisión, en cara a un nuevo proceso terapéutico, *“nerviosa (...) tengo miedo de no salir (...) que yo no, no sea capaz de cambiar mi forma de mirar al otro, de ver, o de mirarme a mí misma”*.

Ahora bien, el reconocimiento del problema que hace que Tamara recurra a consultar, o lo que podría nominarse el ¿por qué ahora? se inicia cuando ésta visibiliza – como suceso no esperado- las consecuencias que el contexto de violencia experimentado con Ricardo, le trajo a su familia y a ella –expresando Tamara, por ejemplo, que por este motivo sus dos hijos se encontraban, también, en procesos de atención psiquiátrica y psicológica-, transformándose esto en un punto de inflexión –experimentado, por lo consultante, a través de un displacer afectivo que amenazaba las organizaciones narrativas respecto de sí y del mundo, pero, especialmente respecto de su dominio de existencia familiar-, indicando *“los tres estamos en tratamiento (...) la primera que empezó fue mi hija (...) y en realidad yo creo que es eso lo que me trae acá (...) el Lucas tiene contado todas las ves que él hizo algo agresivo, o sea cuando habló con su psicóloga (...) hemos tenido muchos problemas con ella –Ana- muchos este año, muchos, alcohol, marihuana, abandona el colegio, escapes nocturnos (...) tengo tanta rabia, porque cuando cache que la había cagado tanto con la Ana, ahí como que los pies se me pusieron en la tierra, vi la situación desde otra perspectiva, como mamá”*.

Posterior al cierre del proceso terapéutico, y en base a lo relatado por la consultante en el cuestionario “Historias de Psicoterapia” (Adler, Skalina, & McAdamns, 2008), ésta refiere en cuanto al problema que la llevó a consultar:

“Poco antes del año 2012 yo había sido intervenida por un programa psicosocial de apoyo breve a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, del cual me dieron de alta, pues ya me había separado de la pareja con la que estuve desde el 2009, y con la cual fui víctima de constante violencia intrafamiliar (...) si bien el programa me dio de alta, yo sentía que aún estaba desarmada en mi vida y necesitaba apoyo, pero no sabía dónde buscarlo, además, no contaba con situación económica para costear una terapia sistémica (...) en una entrevista con la psicóloga del colegio de mi hija, comprendí que (...) yo

necesitaba apoyo para manejar mi situación. En ese momento decidí que debía ir a terapia”.

Ahora bien, y en relación a la impresión clínica y el propio auto-reporte de la consultante se hace mención a los siguientes síntomas experimentados por Tamara – displacer afectivo-: estado de ánimo triste e irritable, anhedonia, aumento del apetito, insomnio, enlentecimiento, sentimientos recurrentes de inutilidad y culpa, e ideas suicidas; cuadro sintomatológico que dada su presentación es coincidente –desde un abordaje tradicional- a un trastorno depresivo mayor, en comorbilidad a un cuadro ansioso.

11.3. Historia del Problema

A fines del 2008, Tamara inicia una relación de pareja con Ricardo, la cual se transforma en una convivencia en Abril del 2009, extendiéndose ésta aproximadamente por cinco meses, mismo tiempo en el que Ricardo sostuvo un periodo de cesantía que promovió dificultades económicas a nivel familiar. En este contexto, comienzan a registrarse diversos episodios de agresiones psicológicas y físicas de Ricardo en contra de Tamara, relatando la consultante respecto de estos eventos *“él hizo hartas cosas con nosotros violentas, como por ejemplo, cuando yo, a mi qué me pasa, que cuando a mí me gritan, yo me quedo callada (...) yo me quedo así, y me pongo dura y no, no puedo hablar, no sé qué decir, no, no grito (...) por ejemplo, si yo estaba en la cama y me decía: contesta po’, contesta! Entonces me pateaba la cama, me pateaba la cama (...) hasta que el Lucas le gritaba ¡deja a mi mamá!”*, *“era (...) también muy manipulador y eh, violento cuando podía serlo, por ejemplo, no sé po’, yo me encerraba en la pieza con el Lucas y tenía una ventana así como ésta en la pieza y él la sacaba pa’ meterse (...) entonces ahí no había cómo salir”*, *“un día que mi mamá estaba en la casa (...) fue cuatico, porque me fue a buscar a la U y cachó que yo me había ido antes y me empezó a llamar, a llamar, a llamar (...) y como yo no le contesté el teléfono eh, llegó a mi casa (...) y me dice: ábreme! (...) abre maraca! (...) y empezó a patear la puerta”*, última situación que determinó el involucramiento de la policía y la separación de la pareja, manifestando Tamara *“lo sacaron los pacos”*.

Tras esas circunstancias, la consultante refiere que no cesaron estos eventos, describiendo *“él me viene a esperar un día (...) y me dice: me cagaste, me tiraste a la calle! (...) y me tira y me empuja (...) y me dice: te apuesto que estay maraqueando con tus compañeros del magíster (...) y me trata de quitar el teléfono y en el tironeo, él como que me tira el brazos y me, me lo dio vuelta así”*.

De igual forma, Tamara indica *“después en otra oportunidad se acercó, me pidió perdón”, “al año siguiente cuando yo ya no estaba viviendo en esa casa, él me llama por teléfono súper angustiado y me dice: necesito hablar contigo por favor, déjame hablar contigo (...) y llega en un auto que yo no le había visto, bien vestido, perfumado, afeitado y todo: mira yo sé que contigo la embarré, porque tú fuiste súper buena mina y bla, bla, bla”*, ante lo cual, la consultante señala que en diversos periodos retoma la relación amorosa con Ricardo, *“volvimos (...) volvimos de la puerta de la casa para afuera”*, aun así, persistieron los eventos de violencia, que promovían *“intentos de terminar”* y, en algunos de éstos, la involucración del sistema judicial y policial.

En el transcurso del año 2011, y tras un nuevo evento de agresión perpetrado por Ricardo en contra de ella y su familia, Tamara decide terminar definitivamente esta relación, *“él fue a mi casa y me tiró una piedra (...) justo habíamos bajado o sea, justo que era una departamento dúplex, justo habíamos bajado y él tiró la piedra arriba”* manifestando la consultante que, en ese momento, reconoció la necesidad de poner fin a la relación con Ricardo, *“yo lo volvía a perdonar, hasta lo del vidrio, y ahí después de lo del vidrio no volví más”*.

No obstante, frente a la exploración histórica de lo que trajo a Tamara a consultar, durante la primera sesión, ésta señala que la situación vivenciada con Ricardo no contiene el origen del problema, señalando que *“la violencia me ha acompañado siempre (...) desde que (...) desde que tengo memoria”*, momento en donde, la consultante comienza a describir una trama narrativa de incapacidad de alejarse de la violencia y de baja agencia personal. De acuerdo a esto, y desde un operar terapéutico sistémico-narrativo en la búsqueda del reconocimiento de la verosimilitud de lo relatado por el sistema consultante,

es que Tamara fundamenta dicha trama narrativa en historias de violencia circunscritas en su infancia y en su entorno familiar.

En relación a esto último, Tamara expresa que sus primeras vinculaciones con episodios de violencia emergieron en la relación con su madre, describiendo eventos en los que recibía malos tratos físicos y psicológicos de parte de ésta, que se habrían detenido aproximadamente a sus 8 años, cuando se independizan del hogar de su abuela materna. No obstante, durante este mismo periodo, Tamara recuerda situaciones conflictivas sostenidas con sus primos –quienes también residían ahí-, en donde éstos efectuaban malos tratos psicológicos –de características discriminatorias- relacionados a su distinta apariencia física. Así también, la consultante refiere haber experimentado eventos de abuso sexual, dentro de esta misma etapa de vida, perpetrados por su segundo primo -10 años mayor que ella-, los cuales se habrían iniciado a sus seis años y se habrían detenido tras su salida de este hogar.

Si bien todas estas circunstancias descritas concluyeron a los 8 años de Tamara, nuevamente en su historia de vida se registran episodios desfavorables. En cuanto a esto, y mientras residía en la casa de su tío materno –durante dos años- Tamara recuerda haber recibido tratos peyorativos y exigencias –de parte de éste- para que ella se encargara de las labores domésticas. Así también, y en el avanzar de los años –ya siendo mayor Tamara- continúa sosteniéndose la relación conflictiva con este tío, en tanto, él tendería a criticarle su estilo de vida, generando comparaciones negativas de Tamara y otros familiares que han desarrollado una situación económica y socialmente opuesta a la de la consultante.

Por otro lado, y previa a la experiencia de violencia de Tamara con Ricardo, ésta recuerda eventos de agresiones psicológicas presentes en la relación de pareja desarrollada con Esteban –padre de Ana-, relación que finalmente concluye tras un episodio de violencia física, en donde Tamara decide hacer abandono del hogar junto a su hija.

Ahora bien, al momento de explorar junto a Tamara en las primeras sesiones la comprensión histórica y situada del problema que la llevó a consultar, en el contexto de su

biografía, surgen redes de significados que, en el sentido de identidad de la consultante – coherencia diacrónica-, hablan sobre una narrativa de baja inclusión y/o pertenencia, “*yo no logro sentirme en ninguna parte, o sentirme parte de (...) entonces la paso mal, porque en todos lados me pasa que me siento, o yo misma, me como, no me doy la posibilidad, o me cierro, o me volví como una persona ostra (...) me cuesta confiar, me cuesta abrirme (...) me arranco de las personas*”; y, a la vez, de una narrativa de minusvalía, soledad y de baja agencia personal, “*voy cediendo mí no espacio, porque en realidad no existe, no hay, no lo conozco (...) entonces voy cediendo o voy complaciendo al otro para qué (...) para tener su atención, o tener su compañía, o tener cualquier cosa que a mí me signifique como una sensación de afecto (...) entonces (...) yo me doy cuenta que no sé decir ‘no, sabes qué’, me da terror, es como un terror, pánico a decirles a esas personas que no*”.

Esta historia nutrida transgeneracionalmente, ha imperado y ha afectado la lectura que Tamara tiene sobre sí misma y sus posibilidades –en sus distintas coherencias sincrónicas-, desde lo cual, ha co-construido una narrativa de incapacidad para alejarse de la violencia, “*yo permití muchas veces que esas personas se mantuvieran en mi vida, no las corté*”; no obstante, estas redes de significados que contienen la trama narrativa del sistema consultante en su aquí y ahora, dejaron de ser adaptativas y se encuentran representando una amenaza organizacional para su identidad, “*ella –Ana- fue súper clara y contundente para decirme que no entendía cómo yo había permitido que a mí me trataran así, y que ellos vieran que a mí me trataran así*”; por lo que, Tamara decidió tomar una posición distinta dentro de ésta para, así, alejarse del dolor que la atrapaba.

11.4. Análisis y Descripción de las Conductas Problemáticas

En relación a la comprensión del problema descrita en el punto anterior, y en el proseguir de la terapia iniciada junto a Tamara, se continuó –desde un operar ontoepistémico de la constructividad- distinguiendo los dominios de existencia en los que se debería centrar la co-reflexión, a fin de volver inteligible la lógica de las explicaciones –u organización de significados- que a Tamara la entrampaban en el dolor, desde la singularidad del cómo los distintos personajes nutrieron las mismas y tomaron posiciones en estos dominios de

existencia, y del cómo –desde éstas y desde un conocimiento situado- la consultante se va explicando los acontecimientos y co-elaborando la narrativa que se cuenta sobre sí misma.

En coherencia a lo anterior, y en el desarrollo de una postura terapéutica de hipotetización frente a lo que le podría estar ocurriendo al sistema consultante, es que se guiaron las conversaciones co-reflexivas con Tamara en torno a la ya mencionada triada XYZ y a aquellos dominios en donde el dolor estaba alojado, sin perder la necesidad imperante de confrontar constantemente las mismas con el sistema consultante.

A continuación, se describirán las hipótesis XYZ co-construidas con Tamara que, con el fin de una mejor organización analítica, se presentarán agrupadas por dominio de existencia, emergiendo cuatro existenciales distinguidos -dominio pareja, dominio familia, dominio familia extensa y, por último, dominio laboral- que se pasaran a representar a continuación, de acuerdo a su temporalidad de surgimiento en el proceso terapéutico:

Sesión N°4	
Dominio Terapéutico	
<i>Contexto Discursivo:</i> Conversaciones co-reflexivas en torno a estados de irritabilidad, experimentados por Tamara, en la ejecución de su rol marental y al ¿cómo se ve frente a sus hijos? También surge, en la consultante, la narración de sueños vinculados a historias situadas junto a sus primos, y al ¿cómo Tamara se ve frente a estos otros? -“ <i>me sentí reducida</i> ”-.	
Dominio Familia Extensa	
Z	<i>“Poco tiempo antes de que muriera mi abuela, tengo que haber tenido como 29 años, que hubo un matrimonio, se casó mi prima, la hija de mi tío (...) y yo aparecí, y mi primo lo primero que me dice ‘oh llegaste de morticia’ (...) y ahí justo estaba con su señora y me dieron ganas (...) ahí pensé en el momento decirle ‘tú que derechos tienes, después de que me cagaste la infancia, y toda mi vida’ (...) tuve el momento y no lo hice”</i>
Y	Rabia
X	<i>“No fui capaz de decirle me cagaste la vida”</i>

Sesión N°5**Dominio Terapéutico**

Contexto Discursivo: Revisión de hipótesis construida en sesión anterior, en donde, la rabia había irrumpido en su dominio familiar. Por lo mismo, se co-reflexiona en torno a ¿en qué otros contextos emerge la “rabia”? y también se continúan relatos de sueños que había sostenido Tamara, conectándose con narrativas de encontrarse sola –sin pareja- y, en donde, se culpabiliza por haber establecido relaciones desde el miedo y el dolor, entrelazadas a sus historias de infancia -“*por toda mi carencia*”-.

Dominio Pareja

- | | |
|----------|---|
| Z | <i>“Cuando me siento superada, por ejemplo, voy al súper mercado, hago compras, y ponte tú, yo le compro el pack de leche a los chiquillos, y la comida de los gatos, las arenas, y (...) son cuestiones pesadas (...) cuando tengo que arreglar algo en la casa”</i> |
| Y | Rabia |
| X | <i>“Por qué no elegí alguien que correspondiera”</i> |

Sesión N°5**Dominio Terapéutico**

Contexto Discursivo: Co-reflexión dialógica en relación a dificultades que había sostenido Tamara con sus hijos, pero también, de esperanzas de mejora. Surgen, igualmente, narraciones, en la consultante, que cuestionan su auto-confianza en el logro de objetivos, o como llama “*autoestima nublada*”, junto a la posibilidad de retorno laboral, situándose conversaciones vinculadas al ¿cómo se ve Tamara frente a esto? y al ¿cómo ve a los otros?

Dominio Laboral

- | | |
|----------|---|
| Z | Pensar en regresar al trabajo y tener que enfrentar ‘malos comentarios’ por su licencia |
| Y | Miedo |
| X | <i>“Yo voy a tener que estar así como totalmente reprimida (...) no saber, no pararle el carro”</i> |

Sesión N°6**Dominio Terapéutico**

Contexto Discursivo: Conversaciones alrededor de un evento en el que la consultante se encuentra con ex pareja, Ricardo, co-reflexionando en el ¿cómo se vio Tamara frente a él? y ¿cómo lo ve a él?: *“él me intimida, su presencia me intimida, su seguridad, su confianza en sí mismo (...) tan seguro de lo que él ve, de lo él piensa, de lo que él critica (...) entonces, yo concilio no más, o me alejo”*.

Dominio Pareja

Z	<i>“Me encontré con mi ex, con el que tuve violencia intrafamiliar”, encuentro en el cual si bien no toman contacto directo, Ricardo la llama telefónicamente “me dice: te equivocaste conmigo, lo que hiciste no se hace y le dije, sí me equivoqué contigo, pero mucho antes de hoy día”</i>
Y	Rabia
X	<i>“No fui capaz de decirle ‘ándate a la (...), así como de agresiva”</i>

Sesión N°6

Dominio Terapéutico

Contexto Discursivo: Co-reflexión en torno a llamados posteriores de Ricardo e historias de esperanzas en duda. Así también, emergen “sentimientos contradictorios” experimentados por Tamara en su relación con Ricardo, en cuanto, a sus ideas de proyección familiar, seguidos por una trama narrativa de: *“me cuesta mucho enfrentar la soledad (...) conozco una persona y como que aferro a ella”*.

Dominio Pareja

Z	Pensar en que me vuelva a llamar
Y	Miedo
X	<i>“No tener la fuerza interior, la de mi voz, para pararlo, así como tampoco paré a mis primos y no paré (...) y meterme en estos juegos de la pena y de la rabia y todo ese cuento”</i>

Sesión N°9

Dominio Terapéutico

Contexto Discursivo: Conversaciones co-reflexivas de dificultades de Tamara con su hija Ana y conflictos con el padre de ésta, Esteban, nutridas de aquellos valores puestos en su rol de madre, pero a la vez de una narrativa de *“me dan ganas de tirar la toalla”*.

Dominio Familia

Z	Padre de Ana confronta a Tamara refiriéndole ‘su mala capacidad para enfrentar la situación’, haciendo indicación a un evento de ‘rebeldía’ que tenía Ana
Y	Angustia / Frustración
X	<i>“No sé cómo llegar a ella (...) no soy capaz de hacerme responsable de la crianza que la Ana necesita”</i>

Sesión N°10

Dominio Terapéutico

Contexto Discursivo: Desde la narración, de la consultante, de eventos desfavorables en el trabajo, se co-reflexiona en el ¿cómo se ve Tamara frente a éstos?

Dominio Laboral

Z Se genera un conflicto entre Tamara y la funcionaria subrogante de su cargo cuando estuvo con licencia, en donde ésta última se habría contactado con la institución para clarificar las responsabilidades jerárquicas de ambas dentro de un proceso de evaluación de las funcionarias del jardín, haciendo alusión a una igualdad de jerarquía por el re-emplazo que ella efectuó –acción que desde la postura de Tamara no correspondía-

Y Rabia

X “No puedo –enfrentarla- (...) me hace aguantarme la rabia”

Sesión N°11

Dominio Terapéutico

Contexto Discursivo: Co-reflexiones dialógicas en relación a diferencias distinguidas por Tamara entre su forma de vivir y la de su familia de origen, en quienes ha trascendido una comprensión del “exitismo” a través del matrimonio, logros laborales, estudios, financieros, etc.

Dominio Familia Extensa

Z “El otro día mi tío me dijo ‘tú con tu socialismo constructivista y todo tu cuento (...) pensando siempre en los demás, viste ahora no tienes para ti (...) y no tienes para tu hijo, por pensar, no pensar en ti, y nadie va a pensar en ti’” –bajo el contexto de dificultades económicas que se encontraba enfrentando Tamara-

Y Frustración

X “yo debería estar (...) yo creo que lo estoy viviendo más fuerte por la frustración, por el hecho de estar sola, por el hecho de no estar viviendo un buen momento en mi trabajo (...) de lo que me dijeron a mí que debería haber hecho”

Por último, resulta relevante hacer mención que, desde la asunción de una postura pragmática, se aceptan limitaciones en el actuar terapéutico sobre ciertos dominios; es así que, durante las sesiones desde donde se co-gestaron las hipótesis que guiaron la reflexión –anteriormente descrita-, también surgieron eventos desfavorables que se vinculaban con la

experimentación de emociones altamente displacenteras y que atrapaban a Tamara en este dolor; sin embargo, estos eventos se circunscribían en dominios existenciales que respondían a problemáticas económicas que enfrentó la consultante durante gran parte del proceso terapéutico, como también, a inestabilidades laborales asociadas a la estructura organizacional de su lugar de trabajo, situaciones que tensionaban a Tamara y promovían emociones de alta angustia y frustración.

11.5. Establecimiento de las Metas

De acuerdo a los principios del modelo utilizado, y el conjunto de fundamentos ontoepistémicos de la constructividad que lo contienen, es que se mantuvo como meta transversal en todo el proceso terapéutico, disolver -a través del diálogo y una constante curiosidad- aquellas tramas narrativas que encierran en el dolor al sistema consultante, en la búsqueda de significaciones alternativas en el propio sistema reflexivo de Tamara. Es así que, como meta reguladora de este proceso terapéutico se fijó la siguiente:

- De-construir las narrativas organizadas por medio de historias de violencia que entrapan en el malestar a Tamara y que hablan de una trama de incapacidad y de baja agencia personal -“*no ser parte de*”, “*no poner límites*”, “*ser complaciente*”, “*no ser capaz*”- en su oposición a las mismas.

11.6. Estudio de los Objetivos Terapéuticos

En coherencia al punto anterior, y desde la base de otorgarle un valor fundamental al conocimiento de las experiencias vividas por Tamara y sus sistemas de significación, es que el proceso terapéutico se orientó a las propias expectativas sostenidas por la consultante frente al mismo y, en donde, el norte –en su respuesta a la violencia- era la experimentación de sentimientos de mayor satisfacción y agencia personal, transformándose en objetivos terapéuticos de Tamara los siguientes:

- *“Tratar de volver (...) o sea, tratar de (...) de sanarme, porque siento mucho cansancio (...) de este permanente encontrar, o relacionarme con lo violento”;*
- *“buscar lo que a mí me gusta (...) poder ser feliz (...) vivir en armonía conmigo” y ,*
- *“superar este vacío (...) no vivir en la complacencia (...) poner límites”.*

11.7. Selección de Tratamientos más Adecuados

En la búsqueda del levantamiento de aportes complementarios o diferenciadores al abordaje tradicional de la violencia contra la mujer, con especial atención a aquel promulgado a nivel nacional y, particularmente, en respuesta al objetivo de atención sostenido por éstos, en donde, se enuncia la entrega de servicios oportunos para actuar frente a la pérdida de las autonomías a causa de la violencia (SERNAMEG, 2016): es que, la construcción del proceso terapéutico se orientó en el uso del modelo de Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, en tanto, generación de historias alternativas –de recursos y agencia personal- y liberadoras del dolor, para el sistema consultante, como respuesta a la violencia.

Para esto, y desde el modelo propuesto, la intención es promover un cuestionamiento a la comprensión ontológica del –ser- humano, que contenga un entendimiento centrando en el ahí del ser (Zlachevsky, 2009, 2010, 2011); como también, un cuestionamiento a la comprensión epistemológica de la realidad y de la interacción con ésta, entendiéndola como un acto de interpretación, de construcción activa y de responsabilidad local (Bertrando, 2000; Jutoran, 1994; Maturana, 1992, 1997; Zlachevsky, 1996, 2012). Por otro lado, este modelo refleja una comprensión del sí y del otro circunscrita dentro de relaciones y de prácticas discursivas-conversacionales (Bateson, 1976; Botella, 2001; Maturana, 1992; Zlachevsky, 2012), que organizadas en redes de significado –o dominios de existencia-, en un acto de interpretación son posicionadas en meta narrativas que determinan las posibilidades de significar y generar prácticas sociales en coherencia a dicha trama (Botella, 2001; Bruner, 1998; Burr, 1995; Echeverría, 1994; Gergen, 1996; Zlachevsky, 1998).

Desde lo anterior, y de acuerdo a los fines del presente estudio, el uso de una aproximación basada en la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas en el contexto del abordaje de un caso de violencia contra la mujer, persigue sostener una comprensión del problema no alojada en el mundo subjetivo –y errada en cuanto a lo exterior- del sistema consultante, sino que, contenida en un sistema u organización de significados y determinada por su propia estructura, en tanto, coherencias transgeneracionales; y, desde donde, evitando una posición de victimización y culpa en la consultante, se puede alcanzar una comprensión del cambio, por medio, de una danza conjunta en el lenguaje –y en el ahí del ser-, en donde, desde la co-reflexión se gesten cambios narrativos en la búsqueda de explicaciones alternativas –del problema- fundadas en los recursos y en la agencia personal del sistema consultante, en su respuesta a una historia dominante “*de este permanente encontrar, o relacionarme con lo violento*” y, así, dejar el dolor y el agotamiento experimentado por Tamara.

Igualmente es relevante hacer mención a un valor distintivo de la aproximación terapéutica utilizada -en la búsqueda de historias alternativas de recursos y agencia personal, como respuesta a la violencia-, y que dice relación a la comprensión del rol del terapeuta y del sistema consultante. Esta aproximación se describe opuesta –en cuanto terapeuta- a la asunción de la posibilidad, objetiva y neutral, de volver consciente al sistema que consulta de aquello de lo que no es; y que, en un acto de intervención en la toma de consciencia, puede re-plantearse este error –contrastado con el mundo exterior-. Así también, el modelo terapéutico propuesto habla de un operar pragmático, en el que se promueve devolver, al sistema consultante, la calidad de experto dado que es -en su ser, estando-en-el-mundo- donde se aloja la mejor comprensión de lo qué lo hizo consultar, y que es -en su propio sistema reflexivo- donde se encuentran aquellas significaciones alternativas que le permitan desentramarse del sufrimiento que lo llevo a consultar; reconociéndose al terapeuta, solamente, en un rol de experto de la irreverencia terapéutica y del arte del preguntar, y actuando –con responsabilidad de sus comprensiones- en el existencial del espacio terapéutico.

11.8. Selección y Aplicación de Técnicas de Evaluación y Análisis de los Resultados Obtenidos

En relación a la metodología terapéutica utilizada es que, como primera técnica de evaluación, se presenta el propio auto-reporte de la consultante durante la ejecución completa del proceso terapéutico, en función de la disminución del dolor y malestar que le aquejaban. El análisis de los resultados obtenidos por medio de ésta, se vinculó –de manera consistente al abordaje metodológico- a la manifestación de cambios en las narrativas que sostenían al displacer afectivo, y la emergencia de nuevas organizaciones de significados que hablaran de historias de libertad, fortalezas, valores, compromisos y agencia personal.

De manera posterior, y como segunda técnica de evaluación, nuevamente se utiliza el auto-reporte de Tamara en dos encuentros entre ésta y la terapeuta, que se situaron post-terapia. Aquellos resultados obtenidos fueron analizados en razón a una modalidad de seguimiento a los 18 y 24 meses de concluido el proceso terapéutico.

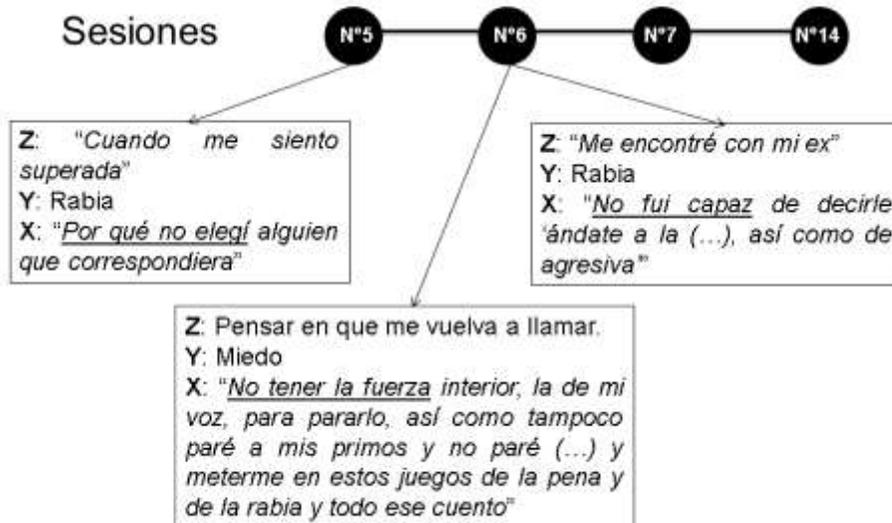
Por último, como tercera técnica de evaluación, se implementó –junto al sistema consultante- el Cuestionario de Historias de Psicoterapia (Adler, Skalina y Mc Adams, 2008), cuyos resultados se analizaron en modalidad de seguimiento a los 36 meses post-terapia.

11.9. Aplicación de los Tratamientos

El proceso terapéutico sostenido junto a Tamara se compuso de un total de 23 sesiones, no obstante, para fines prácticos, no se procederá a describir una por una cada sesión, sino más bien se expondrán en razón de facilitar –al lector- el reconocimiento de este operar terapéutico; presentándose la sesiones de acuerdo al abordaje de cada dominio de existencia, los cuales, se describirán en base a la continuidad temporal propia en la que se dio el proceso terapéutico, precediéndoles el conjunto de hipótesis –XYZ- que orientaron la curiosidad, la co-reflexión y las conversaciones de-constructivas.

Dominio Pareja

Sesiones



Sesiones



Re-encuentro con Ricardo

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a favorecer –desde un razonar sistémico- la comprensión de la terapeuta y también favorecer la propia inteligibilidad de Tamara en la co-construcción.

Surge una historia, en donde, Tamara no quedó paralizada frente a Ricardo.

CN

Nace una hipótesis de emergencia de un evento alternativo que contradice la trama narrativa de "no ser capaz".

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a favorecer la reflexión en torno a la identificación de fortalezas y recursos para combatir la narrativa de "no ser capaz".

CN

"Me pone contenta (...) fui capaz de tomar una decisión y de mantenerla, independiente de la persona o de quien fuera (...) como que siento un alivio (...) esa sensación de éxito que pueda tener el momento o la forma de verlo con una mirada así como de mayor seguridad, de mayor templanza ante la situación, de mejor manejo interno de la situación".

Intervención Terapéutica

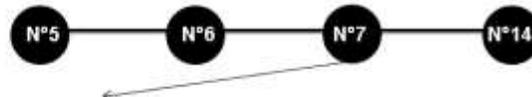
Preguntas orientadas a favorecer la construcción de una trama narrativa alternativa, buscando posicionarla en la identificación de valores.

CN

*"Concilio hasta donde llegan mis valores y **mi valor hoy día es la tranquilidad** (...) o sea el valor en relación a esta situación es la tranquilidad, o sea, en este momento lo relevante para mí es la tranquilidad (...) tranquilidad interior, y la tranquilidad que se refleje, que se pueda reflejar en algún momento, **tengo la esperanza**, sé que los niños lo han pasado mal".*

Emergencia del valor de la tranquilidad y de una narrativa esperanzadora.

Sesiones



Desde una lógica de evaluación, la terapeuta rastrea los efectos de éstos nuevos elementos, emergiendo narraciones alternativas de como Tamara se ve a sí, *"concentrándome en la tranquilidad (...) en los valores que tengo", "tener mi espacio", "darme cuenta de mí",* junto con manifestar una disminución de un estado de irritabilidad frente a su hijos.

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a generar reflexiones en torno a compromisos, elecciones de vida, proyecciones, etc., buscando amplificar una trama narrativa de agencia personal.

CN

*"No sé cómo podría decirlo, **compromiso conmigo, con los chiquillos** de no recaer en ese juego –no contestando las llamadas de Ricardo-, ha sido todo un trabajo interno de lo emocional y racional, como de tomar consciencia de las cosas que me pasaron con él, las cosas que le pasaron a los niños con él (...) y yo **he aprendido ahí a trabajar en el tema de los límites**".*

Emergencia de espacios en donde Tamara agencia "ser parte de".

Sesiones



Nuevos Re-encuentros con Ricardo

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a generar reflexiones de las narrativas alternativas surgidas, buscando amplificar las mismas.

CN

*"El tipo no ha llamado al jardín, ni ha ido, y si se ha comunicado ha sido una vez por mail, y yo no le he dado ninguna respuesta, y la vez que me llamó por teléfono, le dije que no le iba a contestar (...) y en realidad yo valoraba tanto, tanto le dije, la **tranquilidad que había ganado**, que no la iba a botar a la basura, por una salida o por un par de minutos de hablar con él, por nada del mundo (...) —mis hijos- han ido ganando tranquilidad (...) en la seguridad que han tenido de que ya no hay relación con la persona que les generaba esa perturbación (...) **yo me encarqué de darles esa seguridad** (...) **he decido seguir trabajando por ser mamá**".*

Emergencia de espacios en donde Tamara agencia "ser parte de".

Emergencia de una historia con mayores componentes de autonomía y seguridad, desentramada de la aflicción, desde una narrativa de "soy capaz".

Dominio Familia

Sesiones



Z: Padre de Ana confronta a Tamara refiriéndole 'su mala capacidad para enfrentar la situación', haciendo indicación a un evento de 'rebeldía' que tenía Ana.

Y: Angustia / Frustración

X: "*No sé cómo llegar a ella (...) no soy capaz de hacerme responsable de la crianza que la Ana necesita*"

Sesiones

N°9

N°12

Dificultades con Ana

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a favorecer –desde un razonar sistémico- la comprensión de la terapeuta y también favorecer la propia inteligibilidad de Tamara en la co-construcción, sosteniéndose una postura de exploración de eventos alternativos.

CN

"Claro efectivamente, yo no soy la mujer más (...) no era la mujer más alegre, la más amorosa, ni la más feliz, pero todo estaba contextualizado dentro de un dinámica de relación (...) entonces pucha dije, que feo, que penca, que injusto, porque yo no estaba presente".

Hipótesis de emergencia de evento alternativo, Tamara no duda de sus capacidades parentales.

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a favorecer la reflexión en torno a recursos que se oponen a las narrativas de "no ser capaz".

CN

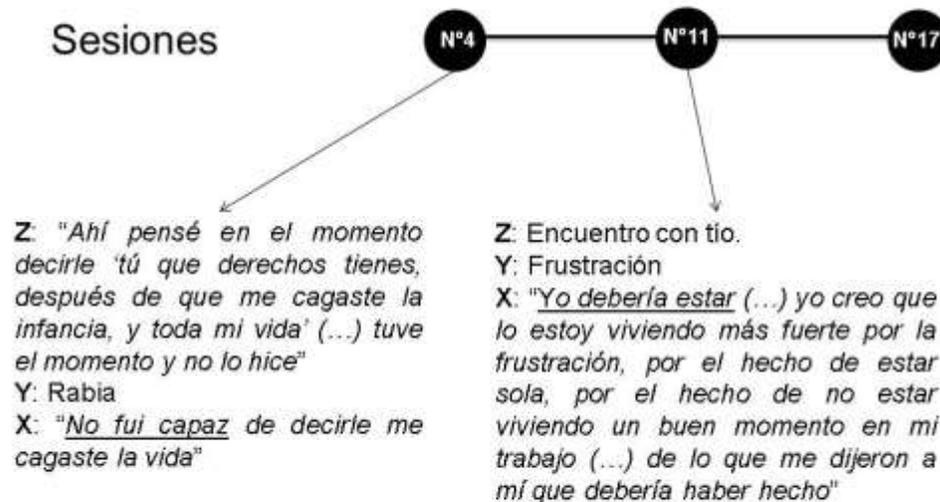
"Estoy tranquila, porque si le llamé la atención, si lloró y todo el cuento, sé por qué lo hice (...) yo soy papá y mamá en el día a día (...) tengo la fortaleza para ser madre, tengo la sensibilidad porque todavía me acuerdo de la edad que tenía –de Ana- para poder entenderla, pero también tengo la madurez para poner límites y decir no".

Intervención Terapéutica

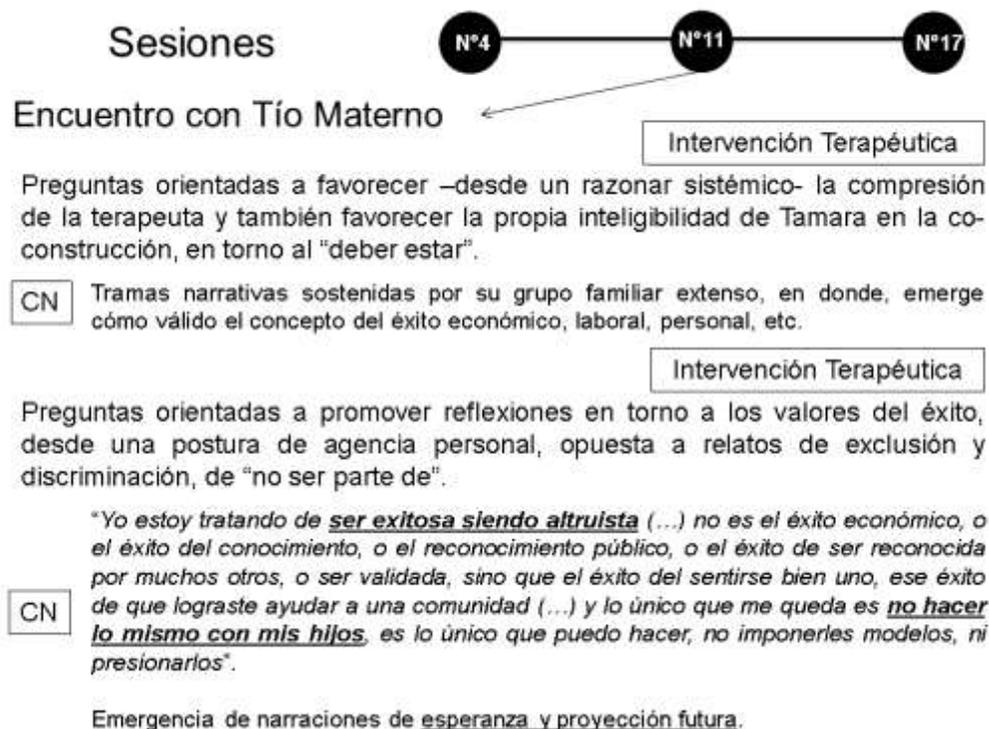
La terapeuta –desde su comprensión- inicia conversaciones destinadas a promover la reflexión de estas nuevas narrativas y el robustecimiento de las mismas.

Dominio Familia Extensa

Sesiones



Sesiones



Sesiones

Nº4

Nº11

Nº17

Nuevo Encuentro con Tío Materno

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a favorecer –desde un razonar sistémico- la comprensión de la terapeuta y también favorecer la propia inteligibilidad de Tamara en la co-construcción, desde una postura de identificar eventos alternativos.

CN *"Estaba ordenado, pero igual había pelo de gato en los sillones (...) y me decía 'tanto bicho, tanta cosa' él decía, yo 'estos son nuestros cariños, nuestros afectos' (...) y después decía 'que lenta la cocinera', y yo le digo 'disculpa aquí no hay nana' (...) además se fijó en la decoración (...) yo tengo pura decoración (...) figuras mayas (...) altioplánico (...) todo es indígena (...) y él me dijo 'y esa cosa tan fea para qué lo que es', 'para espantar los malos espíritus', le dije (...) esto es una tribu, yo soy la machi de la tribu y acá en el fondo en esta ruca se promueve la diversidad, aquí se acepta todo, te aceptamos a ti y nos aceptamos a nosotros (...) súper empoderada, yo aquí arriba y lo sentí a él ahí (...) no lo guardé (...) no me quedé con el comentario".*

Hipótesis de emergencia de evento alternativo que contradice narraciones de "no ser parte de" y empoderamiento personal.

Intervención Terapéutica

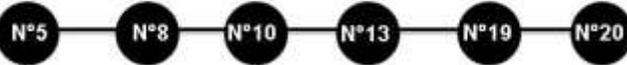
Preguntas orientadas a promover reflexiones en torno a la emergencia de estas narrativas alternativas, desde un postura de agencia y sentido personal.

CN *"Muchas veces pensé distinto en verdad, y otras veces simplemente para dar otro mirada, opiné diferente, 'pero podría ser de esta otro forma' decía yo (...) y yo quedaba con esa sensación de 'pucha por qué si yo los quiero', yo los quería, 'por qué no me aceptan, si yo los acepto a ellos (...) y ahora me doy cuenta (...) que en realidad mi mentalidad, o lo que me tocó vivir, me permitió abrir una mentalidad distinta, y eso es lo que me facilita mi trabajo, y eso es lo que me facilita poder no discriminar a las personas con las que trabajo, todo lo que hago, todo se facilita (...) eso es lo que más me gusta (...) y eso siento que es mi misión, educar a mis hijos (...) mi tarea es consolidar esto, consolidar esta fuerza interior de ser yo misma, y de creer en la diversidad, y de promover esta diversidad, y la tolerancia, y el respeto (...) como desafío es inculcarlo a mis hijos (...) me siento más fuerte (...) de la debilidad saqué la fuerza".*

Re-escritura de la historia de infancia y ruptura de cánones familiares, emergiendo explicaciones alternativas, y siendo parte y comprometiéndose con éstas.

Dominio Laboral

Sesiones



Z: Pensar en regresar al trabajo y tener que enfrentar 'malos comentarios' por su licencia.
Y: Miedo
X: "Yo voy a tener que estar así como totalmente reprimida (...) no saber, no pararle el carro"

Z: Se genera un conflicto entre Tamara y la funcionaria subrogante de su cargo.
Y: Rabia
X: "No puedo –enfrentarla- (...) me hace aguantarme la rabia"

Sesiones



Dificultades Laborales

Intervención Terapéutica

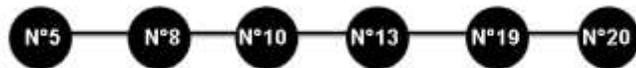
Preguntas orientadas a favorecer la reflexión respecto de recursos –e historias de sobrevivencia- que contradigan una trama narrativa de baja agencia personal.

CN

"MI vocación, la vocación de protección de los lactantes (...) tienen muchas carencias afectivas, muchas carencias culturales, son niños más frágiles, en el sentido que se enferman más, lloran más, con mayor facilidad, pelean más, muerden, tienen un menor desarrollo del lenguaje (...) y uno tiene que estar ahí (...) y esta diferencia entre la vinculación laboral, de trabajo, y la vinculación como con el chiquillo (...) es súper reconfortante".

Emergencia del valor de la vocación, y cómo desde él Tamara marca la diferencia siendo en dichos espacios.

Sesiones



Dificultades Laborales

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a favorecer –desde un razonar sistémico- la comprensión de la terapeuta y también favorecer la propia inteligibilidad de Tamara en la co-construcción, desde una postura de identificar eventos alternativos y de historias de agencia personal.

"Una educadora (...) me dice –respecto de mi traslado a otro Jardín- cuando tú llegaste acá, tú llegaste reemplazando a una educadora que estaba con sumario y ese nivel era de esa educadora, y a esa educadora le hicieron sumario por un injusticia, ella nunca debió haberse ido de acá (...) tú tienes que entender que tú estabas de paso en este Jardín y sabías que te ibas a tener que ir (...) tú estabas aquí por un periodo, tienes que asumirlo así no más, no tienes que ni siquiera despedirte (...) y le dije 'te equivocas, nosotras no tenemos un contrato que diga que tú trabajas en el Jardín, en el nivel medio mayor o nivel medio menos, dice que tú trabajas para la Institución dentro de la Provincia de Valparaíso (...) y lo que tú estás haciendo en este momento conmigo, es ayudarme a prepararme mejor para enfrentarme a situaciones que seguramente voy a enfrentar, así que te lo agradezco".

CN

Emergen posibilidades de afrentar desde su estilo, en cuanto a verse frente al otro y ver al otro.

Intervención Terapéutica

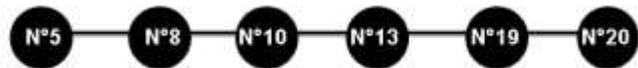
Preguntas orientadas a favorecer –desde un razonar sistémico- la comprensión de la terapeuta y también favorecer la propia inteligibilidad de Tamara en la co-construcción, desde una postura de identificar eventos alternativos y de historia de recursos y fortalezas.

"Yo tengo las capacidades, que he hecho, que he puesto y he trabajado todo, en realidad yo he dedicado mucho de mis conocimientos y de mi dedicación (...) si no le he satisfecho su manera de ver o que ellas creen que es lo mejor, lo siento, pero desde mi manera de ser y desde mi manera de actuar y de mi manera de estar formada como funcionaria institucional, lo estoy haciendo como me formaron institucionalmente y como me forme académicamente y cómo estoy formada valóricamente también (...) eso me da tranquilidad".

CN

Estado de tranquilidad y narrativas centradas en los recursos personales.

Sesiones



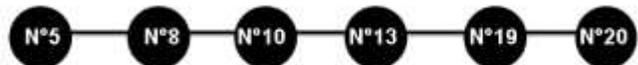
Apelación Institucional de Evaluación

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a favorecer –desde un razonar sistémico- la comprensión de la terapeuta y también favorecer la propia inteligibilidad de Tamara en la co-construcción, desde una postura de explorar eventos alternativos e historias de recursos y fortalezas.

CN Emergen narrativas de cómo para Tamara fue posible enfrentar, desde una seguridad en sí y en sus propios valores, un proceso de apelación –a nivel institucional- de la calificación obtenida respecto a su desempeño profesional, .

Sesiones



Apelación Institucional de Evaluación

Intervención Terapéutica

Preguntas orientadas a favorecer la reflexión sobre las nuevas organizaciones narrativas levantadas, desde una postura de agencia personal.

CN *"Puedo dudar de la parte técnica, puedo dudar de la parte administrativa, si porque me puede faltar tiempo, competencia, no sé, lo que quieran decirme o experiencia, experticia, eficiencia, eficacia, lo que quieran (...) **pero en el ítem de los niños no**, porque si hay algo que va más allá de mi labor profesional, que tiene que ver con una cosa de sentimientos, de emociones, de vocación, entonces que me digan que no tengo vocación (...) y **mi servicio de vocación no lo voy a tocar (...) me convertí en la Directora rebelde**".*

Historias de agencia personal y empoderamiento, de acuerdo a sus propias coherencias.

Preguntas orientadas a favorecer la reflexión sobre las nuevas organizaciones narrativas levantadas, desde una postura de proyección futura.

CN

"Estoy haciendo más supervisión de sala, estoy más con el personal, lo justo y preciso de los administrativo, lo justo y preciso de que hay que hacer a diario no más, me lo paso con las chiquillas (...) les gusta porque estoy más con ellas (...) y a mí me hace bien estar con ellas (...) lo que yo siento que tengo harta voluntad (...) y estamos concentradas en armarnos como equipo, en armarnos como grupo, en organizarnos (...) con menos miedo de demostrar mi humanidad (...) no como dura (...) yo estoy contenta conmigo, contenta porque lo puedo hacer, eso es lo que me pone contenta".

Nuevas alternativas narrativas del poder "ser parte".

11.10. Eficacia y/o Efectividad de los Tratamientos

Respecto a la efectividad del proceso psicoterapéutico, la cual, si bien se fue co-rastreando transversalmente durante la completa ejecución del mismo, específicamente, en el transcurso de la 23° sesión se co-reflexiona, junto al sistema consultante, en torno a los sentimientos y/o emociones imperantes en ella, visibilizándose un bienestar emocional en Tamara y explicaciones alternativas que hablan de su capacidad de enfrentar su vida y su historia, opuestas a las sensaciones de miedo y nerviosismo experimentadas por el sistema consultante frente a este nuevo proceso terapéutico "*nerviosa (...) tengo miedo de no salir (...) que yo no, no sea capaz de cambiar mi forma de mirar al otro, de ver, o de mirarme a mí misma*".

Es así que, en relación al motivo de consulta que trajo Tamara al inicio del proceso terapéutico, la consultante manifiesta "*me siento como que se me cerró el Ricardo (...) estaba dependiendo de una relación súper dañina, y esa relación súper dañina ya quedó,*

si bien no está borrada, pero quedó, yo **la siento más como una experiencia en relación a mis emociones** (...) fue como una año así como de ir desenrollando las emociones, pero a la vez **enrollándome yo en mi propio ser**".

Ahora bien, en cuanto a los propios objetivos de Tamara frente al proceso terapéutico, y a aquel referido al "vivir en armonía", "de sanarme", "poder ser feliz", la consultante señala "yo creo que gran parte fue el que yo me desvinculara emocionalmente de Ricardo, de esa relación tortuosa, y del bajón que tenía y que me fuera como **relajando emocionalmente**, yo creo que en gran parte ese cambio de actitud mía, o sea que al momento de irme como **desvinculándome de la rabia, desvinculándome de la pena, desvinculándome como de la impotencia, de la frustración y todas esas cosas que me acompañaban como de amargura**, que me hacían estar mucho acostada o dormir mucho (...) y andar más irritable y todo eso (...) relajarme más, llegar a la casa y sentirla como **un lugar de descanso**, de sentir que puro quieres llegar a tu casa, porque es tu lugar favorito (...) y yo cacho que también el desenrollarme de lo otro **me permitió tener más espacios en mi cabeza para preocuparme de más de ellos –hijos–**". "La tranquilidad (...) es como lo que más siento, **la tranquilidad, la alegría** de ver a mis hijos tranquilos (...) la alegría por mí de sentir que tengo los pies en la tierra con brotes nuevos, **raíces nuevas, desde mi persona**, mi ser, que están floreciendo y antes estaban como (...) no sé, tapadas (...) por mi papá, por tantas cosas que yo misma le daba tanta importancia, de mi mamá, de mi familia, de los otros, de cómo me evaluaban, cómo me veían, de la eterna aprobación de mi entorno, entonces como **toda esa maleza se fue**".

Desde lo anterior, se co-distinguieron nuevas explicaciones de agencia personal y re-conexión consigo misma, en donde, resultó posible responder al "buscar lo que a mí me gusta", "superar este vacío (...) no vivir en la complacencia (...) poner límites", surgiendo en el sistema consultante narrativas alternativas, "me quedé con lo mío, con lo propio, y lo propio que hay igual es súper bonito, lo que tengo yo adentro mío y yo lo veo así (...) **yo me voy conmigo**, completamente conmigo (...) me voy conmigo, **me voy feliz de mí**".

La generación de estas narrativas alternativas de sí misma y de sus posibilidades futuras, trajo consigo una evolución positiva de la sintomatología –o distanciamiento del displacer afectivo- evidenciada en un inicio, lográndose reconocer –a través del auto-reporte y la impresión clínica- mejoras en el estado de ánimo, disminución de la anhedonia y de la ansiedad, ausencia de ideación suicida y de sentimientos de inutilidad y culpa.

11.11. Seguimiento

Posterior al término del proceso terapéutico, se configuran tres encuentros entre la terapeuta y la consultante, que entremezclan la consolidación de los requisitos éticos de la investigación clínica y la generación de acciones de seguimiento de los resultados obtenidos a través del proceso terapéutico.

Los dos primeros encuentros, se establecen de manera presencial, ejecutándose el primero a los 18 meses de concluida la terapia y la segunda a los 24 meses. El tercer encuentro se encuentra orientado a retratar en la escritura –bajo el cuestionario de historias de psicoterapia- la visión y valoración de la consultante del proceso terapéutico.

Durante el primer encuentro, se reconoce que se consolidó una relación de pareja que Tamara había iniciado casi al término del proceso terapéutico, sosteniéndose en base a sus nuevos límites frente a la violencia. Producto de esta nueva relación, Tamara queda embarazada, sin embargo, y debido a dificultades médicas, fallece su bebé en estado de gestación, habiendo transcurrido ya casi un año desde este evento. En el desarrollo del segundo encuentro, Tamara –desde un auto-reporte y desde la impresión clínica- se muestra con un menor displacer afectivo en relación al último evento vivenciado.

Ahora bien, en cuanto al tercer encuentro y los resultados obtenidos a través del cuestionario, es posible destacar que Tamara significa como aportes del proceso terapéutico la comprensión de la problemática, que la llevó a consultar, desde una arista vivencial-emocional y que integraba sus propias historias de vida, reconociendo el surgimiento – desde ahí- de un proceso de empoderamiento personal, que la condujo a una valoración de

su capacidad resiliente -frente a una historia de violencia- y el descubrimiento de nuevas visiones de sí y de los otros. Así también por medio del mismo instrumento, Tamara reevalúa su sintomatología post-egreso expresando “*en esas sesiones, ya en primavera, salí y me sentí más liviana, más alegre y optimista”.*

11.12. Observaciones

Es relevante destacar que durante el proceso terapéutico se presentaron algunos eventos desfavorables en la vida de Tamara que acentuaron por momentos, principalmente durante la 15° y la 16° sesión, la experimentación del malestar. Por lo mismo, desde el operar terapéutico –y en relación al aceptar las limitaciones del mismo frente a ciertos dominios, ya detallados en puntos precedentes- no se pudo desplegar el modelo terapéutico propiamente tal, no obstante, se continuaron sosteniendo planteamientos basados en los recursos y las habilidades del sistema consultante para responder a los mismos.

XII. RESULTADOS

En respuesta a la meta terapéutica orientadora del proceso, desde donde, se buscaba de-construir las narrativas organizadas por medio de historias de violencia que entrampaban en el malestar al sistema consultante, y que hablaban de una trama de incapacidad y baja agencia personal en su oposición a las mismas; es que, a luz del objetivo de la política pública nacional en el abordaje especializado de la violencia contra la mujer –en tanto, entrega de servicios oportunos para enfrentar la pérdida de autonomías que causa la violencia- es posible visibilizar alcances de sostener un operar terapéutico que funda su actuar, en el cuestionamiento y en el pronunciamiento de la comprensión ontoepistemológica del –ser- humano compartida por el terapeuta, en cuanto, a la generación de historias liberadoras del dolor y nutridas de agencia personal.

En coherencia a lo anterior, y en relación a los alcances de una concepción centrada en el Dasein y en la co-construcción dialógica de la realidad, es que para la 23° sesión, el sistema consultante refiere: “*entonces pensé eso, porque tanta gravedad en mi historia, para contarme mi historia (...) **yo no voy a estar así viviendo lastimeramente, victimizándome siempre** por una cuestión que ni siquiera depende de mí (...) es como un aprendizaje de aprender a auto verse y **auto valorarse y auto estimarse de una manera diferente** (...) mostrarme a mí misma en los hechos que **si puedo** (...) tengo valores (...) tengo valores que nadie me va a quitar y me puede pasar lo que me pueda pasar y no van a desaparecer de mí, ya están como forjados, y con esos valores mi vida toma un curso y no se va (...) no se corre para otro lado, no se desmarca de ahí (...) esos valores los **elegí yo,** por todas las experiencias que he tenido, entonces **gracias a todo lo que me ha pasado soy la que soy**”.*

Es así que, se co-distinguen nuevas organizaciones narrativas, en donde, el sistema consultante –desde sus propios marcos de inteligibilidad, en el estar-en-el-mundo y en el lenguaje- sustenta no sólo su distanciamiento con la violencia, sino también, posibilidades de cambio y de co-construcción de historias alternativas para explicarse el problema que la llevó a consultar, mostrándose liberada del malestar y generando nuevas interpretaciones de

sí misma y de su relación con otros, opuestas a historias de victimización y de culpa “*de este permanente encontrar, o relacionarme con lo violento*”. En relación a esto, y en respuesta al cuestionario de historia de psicoterapia, el sistema consultante señala: “*las primeras sesiones fueron tremendamente significativas pues me puse en la situación de mi vida haciendo un “racconto” y determinando mi problemática desde lo vivencial-emocional”.*

Aquellos alcances del modelo –en tanto, razonar sistémico-narrativo, objetividad entre paréntesis y ópticas optimistas- describen, igualmente, un co-operar en el surgimiento de tramas narrativas de agencia personal, recursos, fortalezas, valores, compromisos, proyecciones; desde donde, el sistema consultante -en el transcurso del proceso terapéutico- fue enunciando cambios narrativos que hablaban de un “*fui capaz*”, “*yo me encargué*”, “*he decido seguir*”, “*tengo la fortaleza*”, “*yo tengo las capacidades*”; nuevas explicaciones que favorecen la respuesta de la consultante ante la violencia, re-interpretando y rompiendo aquellos linajes o lecturas transgeneracionales que –como discursos dominantes o meta-narrativas- la sostenían en el dolor, manifestando –a través del cuestionario de historias de psicoterapia-: “*tiempo transcurrido comencé a visualizar cómo, desde pequeña, fui enfrentando los eventos en mi vida de manera de sobrellevarlos, aprender y seguir en el camino de mi búsqueda, este reconocimiento a lo largo de mi historia, me ayudó a empoderarme de mi capacidad de resiliencia y a encontrar nuevas visiones de mí y mis acciones para continuar sanando mi vida*”.

Frente a esto, y en cuanto a los resultados obtenidos por medio del presente estudio, es que es posible levantar hallazgos en la ejecución de un proceso terapéutico basado en una aproximación ontoepistemológica de la constructividad, en tanto, a responder, a través de aportes diferenciadores, a los objetivos propuestos a nivel nacional -y de política pública- en el abordaje de la violencia contra la mujer, como también, contribuir en la generación de oportunidades para que quienes consulten -en esta temática- puedan elaborar una concepción distinta del problema, generando un sentido de eficacia y no de autoinculpación (Guerrero y García, 2008).

XIII. REFLEXIONES FINALES

Rescatando el último punto del apartado anterior y, a saber, del interés de contribuir en el mejoramiento permanente de las metodologías de intervención en violencia contra la mujer; es que se pretende, desde el presente estudio, levantar aportes complementarios y/o diferenciadores al abordaje tradicional –imperante-, bajo una aproximación terapéutica ontológica y centrada en los contextos discursivos-relacionales. Para esto, se promueve una reflexión-crítica entre ambas aproximaciones, orientada -como puntos de análisis- en base a la comprensión del problema, la comprensión del cambio, del rol de terapeuta y del sistema consultante en el devenir de un proceso terapéutico y en una historia de respuesta a la violencia.

En relación a la *comprensión del problema*, y frente a la discusión iniciada sobre las diferencias existentes entre la aproximación propuesta y el abordaje tradicional de la problemática que trajo al sistema consultante a terapia, es que en el caso de éste último, se entiende el fenómeno de violencia bajo comprensiones de disfunción o defecto (Anderson, 1997) y conceptualizaciones de estructuras disfuncionales, que favorecen la reproducción de la violencia (Garrido y García-Cubillana, 200) –en cuanto, a representaciones internas y erradas de lo externo-, y meta-narrativas fijas y absolutistas en sus propias definiciones y procesos de categorización (Szasz, 1994); expresando el sistema consultante, en cuanto a su impresión bajo un modelo tradicional de abordaje: “*el otro caballero hablaba él más que yo, y muchas veces me repetía, como que fuera (...) un cassette (...) y hablaba de cosas muy raras, de lo que a él se le antojaba (...) me vi sobrepasada por la situación y ahora me siento muy mal, como que estuviera más enferma de lo que estaba*”.

Dicho acercamiento, dista a lo promovido por una aproximación ontoespistémica de la constructividad, en donde, la comprensión de problema se encuentra contenida en los sistemas u organizaciones de significado que han sido compartidos en los distintos contextos discursivos y relacionales en los que el sistema consultante -en el ahí de su ser- se encuentra estando-en-el-mundo- y que, además, le dieron posición y sentido al problema (Zlachevsky, 1996,2009).

Ahora bien, y vinculado a la *comprensión del cambio*, desde un entendimiento tradicional, el operar sugerido supone una lógica de re-planteamiento de creencias negativas y cogniciones (Matud y cols., 2004; MINSAL, 2013; SERNAMEG, 2016; Slabber y cols., 2012; Warshaw, Sullivan y Rivera, 2013) que, por cierto, responde –como ya se ha dicho- a categorías pre-establecidas para el operar interventivo, incluso antes del ahí del ser del sistema consultante, que permitirían fortalecer al individuo en su capacidad de enfrentar el problema; lo cual, podría vincularse a la propia valoración de la consultante respecto a su vivencia interventiva en un Centro de la Mujer: “*si bien el programa me dio de alta, yo sentía que aún estaba desarmada en mi vida y necesitaba apoyo*”.

En tanto, el modelo de Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, comprende el cambio contenido en redes de conversaciones conjunta -y co-reflexiones- en el existencial del espacio terapéutico, pero en base a los propios sistemas reflexivos de quien consulta (Zlachevsky, 1998); y que proviene –el cambio- del describir los problemas de diferente manera (Zlachevsky, 1996), acentuándose una postura de agencia en la construcción de la realidad y en la respuesta, de la consultante, a la violencia.

Referente a la *comprensión del rol del terapeuta y del sistema consultante*, el abordaje tradicional refleja una inteligibilidad del sujeto y del objeto dentro de una duplicidad ontológica, y que sitúa al ser del humano encerrado en su propia consciencia (Keeney, 1991); y susceptible de indagación, observación y control (Anderson, 1997); todo a manos, de quien –en un rol de terapeuta- prodiga una posición superior de experto – neutral y objetivo-, la cual, valida –por medio de su intelección científico-racional- un conocimiento a priori de lo que le pasa al sistema consultante y las estrategias de tratamiento a utilizar (Anderson, 1997). Ante esto, y en la exploración inicial con el sistema consultante, ya se había hecho mención a los sentimientos de temor y nerviosismo con los que enfrentaba un nuevo proceso terapéutico, disposición afectiva entrelazada a interpretaciones e historias previas de intervención: “*nerviosa (...) tengo miedo de no salir (...) que yo no, no sea capaz de cambiar mi forma de mirar al otro, de ver, o de mirarme a mí misma*”.

Como diferenciador, el modelo de Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, y como ya se ha planteado, busca devolver –a un nivel de comprensión y pragmático- la calidad de experto al sistema consultante, y posicionar al terapeuta en un rol de experto en el arte del preguntar (Zlachesvky, 2003); quien, además, sustituye su noción de objetividad por la de responsabilidad de sus distinciones (Maturana, 1997).

Es así que, desde la generación de conversaciones co-reflexivas con el sistema consultante en el cierre del proceso, ésta manifiesta: “*yo siento que puedo andar (...) sin el venir para acá, para ayudarme a aclarar, o como en muchas veces (...) a sacar cosas que en realidad yo no sabía cómo sacarlas, y salían en puro llanto, y pena, y frustración, y pura amargura, y todo eso, yo siento que sí puedo, que sí tengo (...) he podido desarrollar también fuerzas interiores y gracias a mí, también del camino, que he ido visualizando, porque uno de repente tiene tantas visiones, que puede elegir todas al mismo tiempo, y no hacer nada (...) me ayudaste a visualizar, pero para yo elegir (...) tú me ayudaste a elegir desde mi”.*

Por último, y en base a los propios fundamentos del presente estudio de caso, es importante detenerse en los alcances del acto interpretativo dentro del abordaje metodológico sostenido, en tanto, y como diría Stake (1996) “en el estudio cualitativo de casos es de gran importancia la función interpretativa constante del investigador” (p.47). Desde esta consideración, y en el reconocimiento de la responsabilidad del que interpreta, es que al momento de escribir el estudio se generan nuevas comprensiones sobre el operar sostenido, que permiten alcanzar distinciones –antes no consideradas- y que se vinculan a promover la continuidad del levantamiento de aportes diferenciadores del uso de una aproximación ontoespistémica de la constructividad en respuesta a la violencia.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, J., Skalina, L. & McAdams, D. (2008). The Narrative reconstruction of Psychotherapy and Psychological Health. *Psychotherapy Research*, 18(6): 719-734.
- Anderson, H. (1997). *Conversaciones, Lenguaje y Posibilidades. Un Enfoque Postmoderno de la Terapia*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Bateson, G. (1976). *Pasos para una Ecología de la Mente*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohl.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. & Tindall, C. (2002) *Métodos Cualitativos en Psicología, Una guía para la investigación*. México: Universidad de Guadalajara.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2000) *Historia de la Terapia Familiar. Capítulo VI: 1990-2000 Moderno e Postmoderno*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Biblioteca del Congreso Nacional (1991) *Ley N° 19.023 Crea el Servicio Nacional de la Mujer*. Santiago: BCN.
- Biblioteca del Congreso Nacional (1994) *Ley N° 19.325 Establece Normas sobre Procedimientos y Sanciones relativos a los actos de Violencia Intrafamiliar*. Santiago: BCN.
- Biblioteca del Congreso Nacional (1999) *Ley N° 19.617 Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros cuerpos en materias relativas al Delito de Violación*. Santiago: BCN.
- Biblioteca del Congreso Nacional (2004) *Ley N° 19.927 Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y el Código Procesal en materia de Pornografía*. Santiago: BCN.
- Biblioteca del Congreso Nacional (2005) *Ley N° 20.066 de Violencia Intrafamiliar*. Santiago: BCN.
- Biblioteca del Congreso Nacional (2005) *Ley N° 20.005 Tipifica y Sanciona el Acoso Sexual*. Santiago: BCN.
- Biblioteca del Congreso Nacional (2010) *Ley N° 20.480 Modifica el Código Penal y la Ley N° 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar estableciendo el Femicidio*. Santiago: BCN.
- Botella, Luis (2001). *Diálogo, Relaciones y Cambio: Una Aproximación discursiva a la Psicoterapia Constructivista*. Barcelona: Universidad Ramón Llull.

- Bruner, J. (1998) *Realidad Mental y Mundos Posibles*. Barcelona: Editorial Geisa.
- Burr V. (1995) Introducción. Una invitación al Construccionismo Social (Capítulo traducidos por CCS Anairova). En *An introduction to Social Construccinism*. New York: Ed. Routledge.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. (2002) Normas para la Redacción de Casos Clínicos. Granda: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 2, N° 3 p. 525-532.
- Campos, M. & Martínez-Larrea, J. (2002) Affective disorders: analysis of their comorbidity in the more frequent psychiatric disorders. En *Sist Sanit Navar*: 25 Suppl 3:117-36.
- Carey, M. & Russell, S. (2004). Cap. 2. Re-autoría: Respuestas a las preguntas más frecuentes y Cap. 3. Re-membranza: Respuesta a las preguntas frecuentes. En *Narrative Theraoy: Responding to your questions*. Adelaide: Publicaciones Dulwich Centre
- Demicheli, G. & Clavijo, C. (2002). Violencia Intrafamiliar en Chile: dilemas y desafíos para el Psicólogo Clínico que trabaja en el marco de la Ley 19.325. Santiago: *Revista Terapia Psicológica*.
- DSM IV-R (2000) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychological Association.
- Echeverría, R. (1994) *La Ontología del Lenguaje*. Santiago: Editorial Dolmen.
- Echeverría, R. (2004) *El Búho de Minerva, Introducción a la filosofía moderna*. Santiago: Editorial Dolmen
- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En F. Lolas Stepke, A. Quezada Sepúlveda *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas perspectivas*. Santiago: Serie de Publicaciones Programa Regional de Biomédica OPS/OMS.
- García-Cubillana, P. & Garrido, M. (2000) Aportaciones de los Modelos Sistémicos para la comprensión de la Violencia Familia. En C. Pérez-Testor y E. Alomar (Comps.) *Violencia y Familia*. Barcelona.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Guba, E. (1983). Capítulo 7: Criterios de Credibilidad en la Investigación Naturalista. En *La Enseñanza: Su teoría y su práctica*. Madrid: Editorial Akal.

- Guerrero, R. & García, J. (2008) Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología*. Vol. 26, N° 2, pp. 269-280.
- Híjar, M. & Valdez, R. (2008) Programas de Intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores. *Experiencia Internacional y Mexicana*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2017) Informe Anual Carabineros de Chile. Santiago: INE.
- Jutoran, S. (1994). *El Proceso de las Ideas Sistémico-Cibernéticas*. Buenos Aires: Revista *Sistemas Familiares*, Año 10 N°1.
- Keeney, B. (1991). *Estética del Cambio*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Matud, A., Gutiérrez, Ma., Ana, B. & Padilla, V. (2004) Intervención Psicológica con Mujeres Maltratadas por su Pareja. *Papeles del Psicólogo*. N° 88, pp.1-9.
- Maturana, H. (1992) *El Sentido de lo Humano*. Santiago, Chile. Ed. Hachette.
- Maturana, H. (1997). *La Objetividad: Un argumento para obligar*. Santiago, Chile. Ediciones Dolmen.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2016,2017) Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, Santiago.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Public Health.
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (2017). *Balance de Gestión Integral 2017*. Santiago: MINMUJERYEG.
- Ministerio de la Salud (2013) *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de la Salud (2016) *Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de la Salud (2017) *Encuesta Nacional de Salud, ENS Chile 2009-2010*. Santiago: MINSAL.
- Montero, I. & León, O. (2002) Clasificación y Descripción de Las Metodologías de Investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 2, N°3, pp. 503-508.

- Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General del 18 de diciembre de 1979.
- Naciones Unidas. (1993) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104.
- Núñez, J. (1995). Tengo una Problemática ¿Qué Hago? Santiago: Editorial Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud (2013) Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia no conyugal en la salud. OMS.
- Organización de los Estados Americanos. (1994). Departamento de Derecho Internacional. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará”.
- Provoste, P. (2007). Violencia contra la Mujer en la Pareja: Respuesta de la salud pública en Santiago de Chile. Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL
- Larraín, S., Valdebenito, L. y Rioseco, L. (2008). La situación de la violencia contra las mujeres en Chile. Legislación y políticas públicas. Santiago: Consultora Nacional.
- Rico, N. (1996). Violencia de Género: Un problema de derechos humanos. En *Unidad Mujer y Desarrollo*, CEPAL.
- Rodríguez, Y. (2002) La Hermenéutica Aplicada a la Interpretación del Texto: El uso de la técnica del análisis de contenido. Revista Ciencias de la Educación. Nota Editorial. Año 2, N°20.
- Ruiz, J. (2012) Metodología de la Investigación Cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (2016) Orientaciones Técnicas. Centros de la Mujer. Santiago: SERNAMEG.
- Slabber, M. (2012) Community-Based Domestic Violence Interventions. A Literature Review. Wellington: Psychological Services Department of Corrections.
- Stake, R.E. (1999) Investigación con Estudio de Casos. Madrid: Ediciones Morata.
- Sluzki, C. (1996). La Red Social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Ediciones Gedisa.

- Szasz, T. (1994). *El Mito de la Enfermedad Mental. Bases para una Teoría de la Conducta Personal*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Tarragona, M. (2013) *Psicología Positiva y Terapia Constructivista: Una Propuesta Integrado*. *Terapia Psicológica*. Vol. 31, N° 1, pp. 115-125.
- Vermant, J. (1982). *Mito y Sociedad en la Grecia Antigua*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Warshaw, C. (2013) *A Systematic Review of Trauma-Focused Interventions for Domestic Violence Survivors*. National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health.
- White, M. & Epsom, D. (1993) *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Buenos Aires: Ediciones Paídos.
- White, M. (1997). *Narratives of Therapists' Lives*. Adelaide: Publicaciones Dulwich Centre.
- White, M. (2002). *Re-escribir la Vida*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- White, M. (2003). *Michael White Workshop Notes*. Adelaide: Publicaciones Dulwich Centre.
- Zlachesvky, A.M. (1996) *Tendencias y Megatendencias. Una Mirada Constructivista en Psicoterapia*. En *Revista Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Año XIV, VOLUMEN VI (2). N°26.
- Zlachesvky, A.M. (1998) *¿Es Posible Ser Coherente?* En *Revista Terapia Psicológica*, Año XVI, Volumen VII (1), N°29.
- Zlachesvky, A.M. (2003) *Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas: Una Aproximación*. Arica: En *Revista Límite* Universidad de Tarapacá, N°10.
- Zlachesvky, A.M. (2010): *Una Invitación a Pensar lo Ontológico en la Psicoterapia Conversacional*. Valparaíso: En *Cuadernos de Postgrado en Psicología UV*, pp. 84-102.
- Zlachesvky, A.M. (2011). *Psicoterapia Conversacional: Una mirada desde Heidegger y Ortega*. Saarbrucken: Editorial Academia Española.
- Zlachesvky, A.M. (2012). *Constructividad y Razón Narrativa: Bases para un operar en terapia narrativa*. Santiago: En *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. 21 N°2.

XV. ANEXOS

15.1. Cuestionario de Historias de Psicoterapia

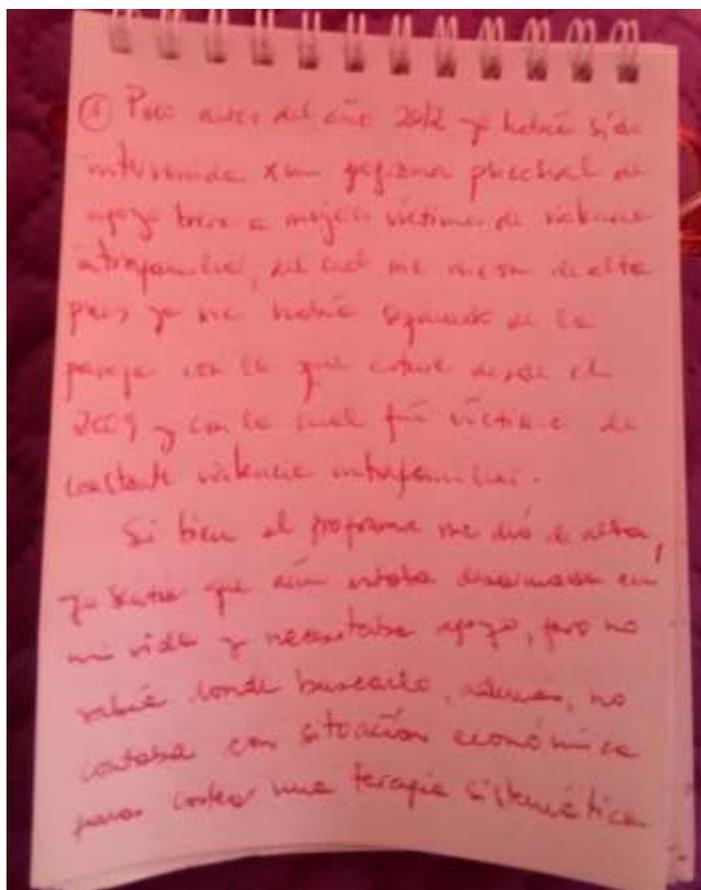
¡Hola Tamara!

El presente cuestionario tiene por objetivo consultarte por tu experiencia de haber pasado por psicoterapia. A continuación te pediré que me describas cinco escenas relacionada con el trabajo que realizamos juntas en psicoterapia –lo mejor que puedas recordar- y me cuentes qué piensas y lo qué significa. A continuación te sugeriré 5 preguntas para guiar tus descripciones.

Muchas gracias.

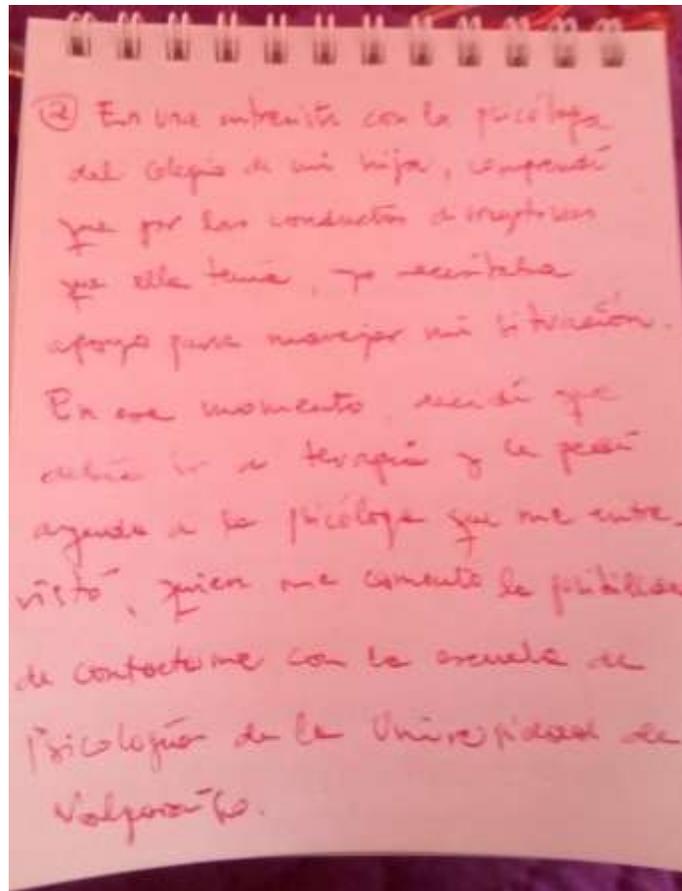
1. El problema: Cuenta una escena específica en la cual el problema presente fue especialmente claro o vívido.

Poco antes del año 2012 yo había sido intervenida por un programa psicosocial de apoyo breve a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, del cual me dieron de alta pues ya me había separado de la pareja con la que estuve desde el 2009 y con la cual fui víctima de constante violencia intrafamiliar. Si bien el programa me dio de alta, yo sentía que aún estaba desarmada en mi vida y necesitaba apoyo, pero no sabía dónde buscarlo, además, no contaba con situación económica para costear una terapia sistémica.



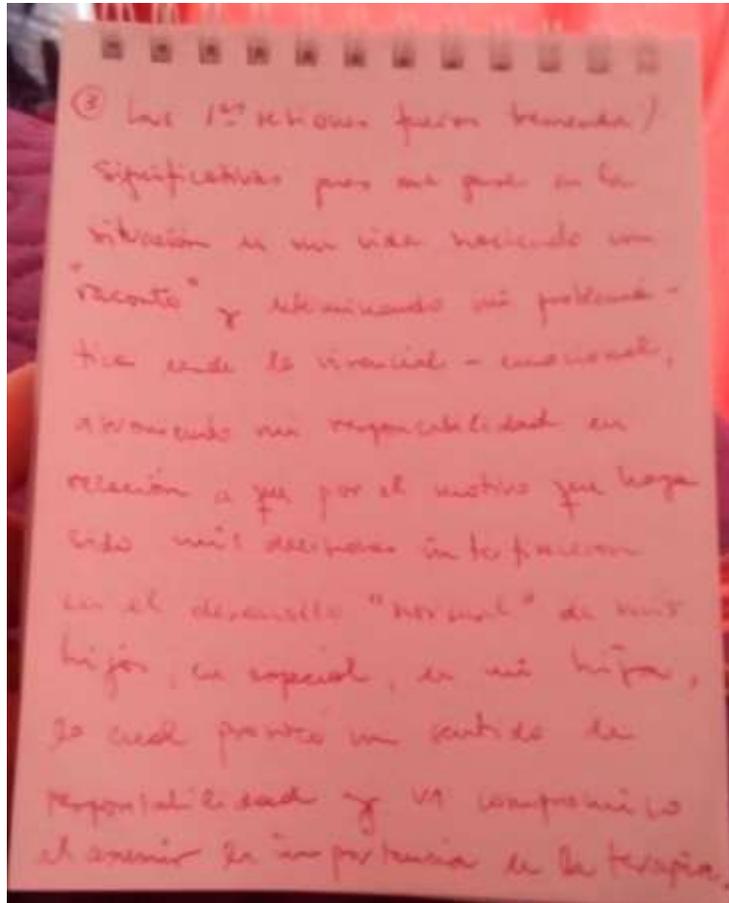
2. La decisión: Cuenta una escena específica en la cual decidiste que irías a terapia para abordar el problema.

En una entrevista con la psicóloga del colegio de mi hija, comprendí que por las conductas disruptivas que ella tenía, yo necesitaba apoyo para manejar mi situación. En ese momento decidí que debía ir a terapia y le pedí ayuda a la psicóloga que me entrevistó, quien me comentó la posibilidad de contactarme con la escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso.



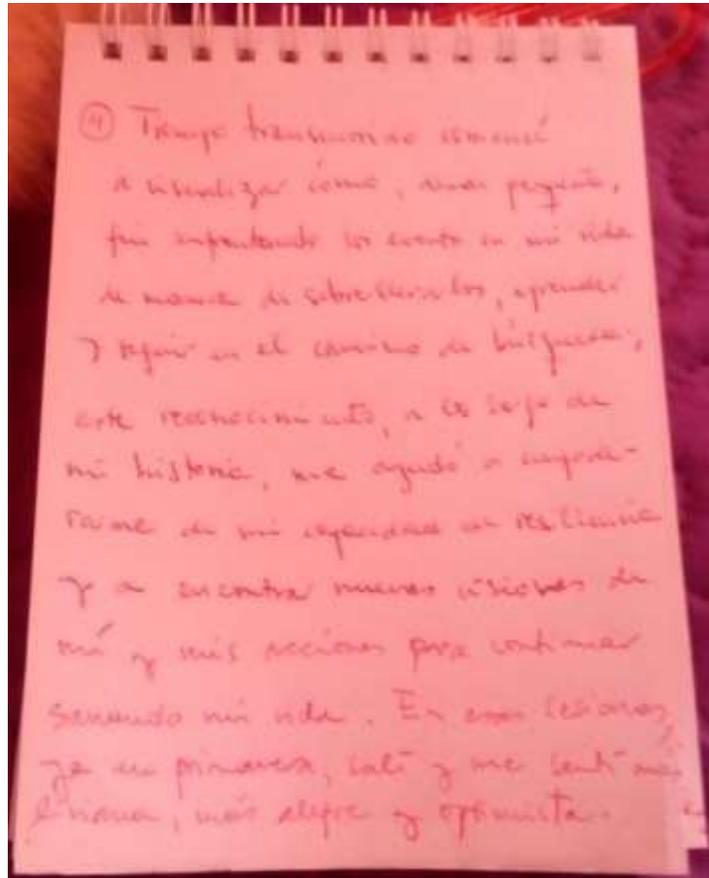
3. Sesión más importante: Cuenta una sesión que reconozcas como la más significativa o importante.

Las primeras sesiones fueron tremendamente significativas pues me puse en la situación de mi vida haciendo un “racconto” y determinando mi problemática desde lo vivencial-emocional, asumiendo mi responsabilidad en relación a que por el motivo que haya sido mis decisiones interfirieron en el desarrollo “normal” de mis hijos, en especial en mi hija, lo cual provocó un sentido de responsabilidad y un compromiso al asumir la importancia en la terapia.



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

Tiempo transcurrido comencé a visualizar cómo, desde pequeña, fui enfrentando los eventos en mi vida de manera de sobrellevarlos, aprender y seguir en el camino de búsqueda. Este reconocimiento, a lo largo de mi historia, me ayudó a empoderarme de mi capacidad de resiliencia y a encontrar nuevas visiones de mí y mis acciones para continuar sanando mi vida. En esas sesiones, ya en primavera, salí y me sentí más liviana, más alegre y optimista.



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

Al finalizar la terapia yo misma planteé la posibilidad de extender el tiempo entre una sesión y otra, ya que me sentía con más energía y entusiasmo para seguir adelante con mi vida y todo lo que ella implicaba, mi trabajo, mis hijos y mis relaciones. En adelante he comprendido que en la vida las circunstancias son como una montaña rusa y que hay aspectos que no dependen de mí y otros que uno puede manejar, con ambos he seguido viviendo de la mejor forma posible.

⑤ Al finalizar la terapia yo
misma planteé la posibilidad de
extender el tiempo entre una
sesión y otra, ya que me sentía
con más energía y entusiasmo para
seguir adelante con mi vida y
todo lo que ella implicaba: mi tra-
bajo, mi hijo y mis relaciones.
En adelante he comprendido que
en la vida las circunstancias
son como una montaña rusa y
hay momentos que se dependen de uno
y otros que uno puede manejar, con ellos
he aprendido a vivir de la mejor forma posible.

6. Otra escena (opcional).

15.2. Consentimiento Informado

 Universidad de Valparaíso
CHILE

Consentimiento Informado para Participante

El propósito del presente documento es invitarla a participar en el estudio titulado "Un estudio de caso desde la terapia sistémica centrada en narrativas", cuyo investigador principal es Leslie Carrasco Carré, psicóloga postulante al grado de Magister en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución del estudio en cuestión, así como en qué consistiría su colaboración:

- 1. Dónde y cuándo se llevará a cabo el estudio.**
El estudio mencionado se basará en el proceso terapéutico desplegado, junto a Usted, entre Noviembre de 2012 y Enero de 2014, en el contexto del Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.
- 2. Relevancia del estudio y beneficios.**
El presente estudio busca aportar en conocimientos a la comunidad de la psicología clínica, en cuanto al despliegue de la terapia sistémica centrada en narrativas, principalmente, a fin de contribuir concretamente en el levantamiento de procesos de sistematización de prácticas terapéuticas basadas en esta aproximación y, así, favorecer la evidencia para la formación en el modelo.
- 3. Objetivo**
El objetivo prioritario del estudio se orienta a describir los efectos de la terapia sistémica centrada en narrativas desde un proceso terapéutico.
- 4. En qué consiste su participación**
Su participación es voluntaria, sin recibir pago alguno para ingresar al estudio. Así también, podrá revisar el borrador del estudio, además, de consultar dudas en cualquier momento durante su participación y/o retirarse del mismo, sin que eso le perjudique. Si accede a colaborar de este estudio de caso, se compartirán -en el mismo- extractos transcritos de las grabaciones efectuadas durante el proceso terapéutico.
- 5. Riesgos**
La participante no será expuesta a ningún tipo de riesgo, en consideración al resguardo de identidad durante todas las descripciones contenidas en el estudio de caso.
- 6. Costos y pagos**
El presente estudio no contempla costos y/o pagos respecto de la participación.
- 7. Derechos del participante**
La participante tiene el derecho de:
 - presentar dudas durante toda la atención del estudio y, así también, disponer de una respuesta oportuna ante las mismas.
 - reservar su identidad y la de otros mencionados durante el proceso terapéutico, como también, respecto de cualquier tipo de información contenida por el mismo.
 - revisar el borrador del reporte final del estudio de caso.



Universidad
de Valparaíso

Retirarse -cuando estime conveniente- del estudio, sin que esto le perjudique de alguna forma.
Resguardando la comunicación de dicha decisión al investigador principal del estudio.

8. Reserva de la identidad del participante

El nombre de la participante no será revelado, siendo utilizado en su remplazo un código u otro nombre para su completa confidencialidad.

9. Confidencialidad de los datos

Los datos desde los cuales se basará el presente estudio de caso, serán sólo de acceso al investigador principal, resguardando la reserva de los mismos.

10. Utilización y Publicación de los hallazgos

El estudio de caso descrito, se funda en un trabajo de corte académico, debiendo ser presentado al programa del Magister en Psicología Clínica, mención Psicoterapia Constructivista y Construcionista de la Universidad de Valparaíso, para conducir a la alumna Leslie Carrasco Carré a la obtención de dicho grado. Una vez que concluya el estudio, los resultados generales podrán ser divulgados en actividades y/o publicaciones académicas dentro de la disciplina, siempre resguardando la identidad de la participante.

11. Posibilidad de aclarar dudas o inquietudes

Ante cualquier duda o consulta, dirigirse directamente a Leslie Carrasco Carré, a través de su contacto telefónico (08)8482637 y/o correo electrónico carrasco.carre@gmail.com y/o al Docente guía del estudio Carlos Varas Alfaro, (032)2508775, carlos.varas@uv.cl.

Leslie Carrasco Carré

16.482.627-9

Psicóloga

Valparaíso, 29 de febrero de 2016