



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**LA VALIDACION DE LA DIMENSION ESPIRITUAL EN EL ESPACIO DE  
PSICOTERAPIA, UN ESTUDIO DE CASO ABORDADO DESDE LA TERAPIA  
SISTEMICA CENTRADA EN NARRATIVAS EN EL CONTEXTO DE ATENCION  
PRIMARIA EN SALUD.**

**POR:**

**CONSUELO FERNÁNDEZ LÓPEZ**

**DOCENTE SUPERVISOR: CARLOS VARAS ALFARO**

Estudio de caso presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para  
optar al Grado Académico Magister en Psicología Clínica, Mención Psicoterapia  
Constructivista y Construccinista

Noviembre, 2019.

Valparaíso, Chile.

## RESUMEN

El trabajo que se expone a continuación relata un proceso terapéutico abordado desde el modelo de Terapia Sistémica centrado en las Narrativas, propuesto por Ana María Zlachevsky.

El contexto de desarrollo del proceso terapéutico se sitúa en el Centro de Salud Familiar de la comuna de Paredones, sexta región, y se inicia a partir de una derivación recibida desde el departamento de salud mental, con el objeto de dar continuidad a la atención recibida previamente por la paciente, quien se encuentra dentro del grupo de usuarios clasificados como “poli consultantes”. Para dar cuenta de este trabajo se utiliza la metodología de estudio de caso de acuerdo con lo planteado por Buela- Casal y Sierra (2002).

Una parte fundamental de los objetivos terapéuticos corresponde a la validación y reencuentro por parte de la paciente con su sistema de creencias religiosas, puesto que los sentimientos de culpa y miedo asociados a estas ideas - que de acuerdo con su ontología corresponderían a un factor protector y de sentido de vida - habrían contribuido a su distanciamiento con la religión. El caso presentado consta de ocho sesiones de treinta minutos cada una. El trabajo inicia con la construcción de un vínculo terapéutico que permitió a la terapeuta y consultante acercarse a una definición co-construida de el/los problemas. Posteriormente, y luego de dar voz y hacer dialogar parte de los principios ontológicos de terapeuta y consultante, se da paso a la comprensión y posterior disolución de una parte de las emociones dis-placenteras que habría vivenciado la consultante. Esto último sucede en un contexto de validación de sus emociones y creencias, además de la amplificación de las características de la pauta relacional del dominio de existencia en su relación con Dios.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ÍNDICE .....	3
1.INTRODUCCIÓN.....	7
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	9
2.1 Salud mental en atención primaria en salud.....	9
2.1.1 Atención primaria en salud .....	9
2.1.2 Salud mental en APS.....	10
2.1.3 Orientaciones técnicas del programa .....	11
2.1.4 El concepto de usuarios poli consultantes en atención primaria .....	13
2.1.5 Centro de salud familiar de Paredones.....	15
2.1.6 Contexto Local y posicionamiento .....	17
2.1.7 Secularización y salud mental.....	18
2.2 Modelo Sistémico Centrado en Narrativas .....	22

2.2.1	Introducción.....	22
2.2.2	Antecedentes Ontoepistemológicos y teóricos del enfoque .....	23
2.2.3	Contexto epistemológico y paradigmático .....	28
3.	OBJETIVOS .....	32
3.1	Objetivo General .....	32
3.2	Objetivos Específicos.....	33
4.	ABORDAJE METODOLÓGICO.....	33
4.1	Fundamentos Ontoepistémicos .....	33
4.2	Estrategia de Investigación .....	35
4.3	Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información .....	36
4.3.1	Criterios de Rigor en la Investigación Cualitativa .....	38
4.3.1.1	Credibilidad.....	38
4.3.1.2	Transferibilidad... ..	39

4.3.1.3 Dependencia o Confiabilidad.....	40
4.3.1.4 Confirmabilidad.....	40
4.4 Descripción de Estudio de Caso.....	40
4.4.1 Identificación de la Consultante .....	41
4.4.2 Antecedentes Generales .....	42
4.4.3 Análisis del Motivo de Consulta .....	45
4.4.4 Historia del Problema.....	46
4.4.5 Análisis y Descripción de las Conductas Problemas.....	47
4.4.6 Establecimiento de las Metas del Tratamiento.....	49
4.4.7 Selección del Tratamiento más Indicado .....	49
4.4.8 Selección de Técnicas de Evaluación y Resultados Obtenidos .....	51
4.4.9 Aplicación del Tratamiento.....	52

4.4.10 Evaluación de la Eficacia de los Tratamientos.....	71
4.4.11 Estado de Proceso y Seguimiento.....	72
4.4.12 Vínculo terapéutico y persona del terapeuta .....	73
5. RESULTADOS.....	76
6. REFLEXIONES FINALES.....	80
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	86
8. ANEXOS .....	91
8.1 Consentimiento informado.....	91
8.2 Carta 1.....	93
8.3 Carta 2.....	94
8.4 Carta 3.....	95
8.5 Carta 4.....	96
8.6 Carta 5.....	97

## 1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

El presente trabajo tiene por objeto describir un proceso de psicoterapia realizado desde este modelo y llevado a cabo en el contexto de Atención Primaria de Salud. En este caso, en un CESFAM de la comuna de Paredones, Región del Libertador Bernardo O'Higgins, lo que

será identificado más adelante. Si bien la atención psicológica en APS está planteada principalmente desde un marco de prevención y promoción de la salud, la necesidad de la población y la saturación del sistema lleva a que el grueso de las atenciones se realice de manera individual. Se destaca que si bien, la realidad de la salud mental en salud pública restringe de alguna manera la frecuencia y extensión de las sesiones de atención, en el contexto del lugar de trabajo de la terapeuta se le ha permitido manejar de acuerdo con las propuestas del equipo local. Esta flexibilización se extiende además hacia la orientación de la psicoterapia, ya que, las guías clínicas en atención primaria proponen al modelo cognitivo conductual como el ideal para este contexto, por lo tanto, contar con esta licencia, sin lugar a duda facilitó el desarrollo del proceso terapéutico desde el modelo planteado en este estudio.

La apuesta del presente estudio es aportar con una nueva mirada en torno a la forma de hacer terapia dentro de atención primaria de salud en contexto rural. Además, respecto a la relevancia del caso, se considera interesante invitar a reflexionar respecto a los efectos de la secularización de la atención en salud mental para las personas que adhieren a alguna creencia o religión en particular. Por otra parte, en la revisión bibliográfica y como conclusión del estudio de Ramón Florenzano (2010). No hay suficiente información acerca de cómo integrar los componentes espiritual-religiosos en las intervenciones clínicas, y la formación de psiquiatras y psicólogos al respecto es muy limitada. Por lo que esta revisión describe de alguna manera en lo significativo y sanador que es para la consultante, la validación de esta dimensión en el espacio terapéutico.

## **2. ANTECEDENTES TEÓRICOS**

### **2.1 SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

#### **2.1.1 Atención primaria en salud**

Tomando los postulados del Alma-Ata, 1978, Chile comienza un proceso de cambio que busca fortalecer la Atención primaria en salud (APS), para ello inicia la Reforma de Salud en el año 2004, esta, buscó aminorar las importantes diferencias de acceso a las atenciones que existían en el país. De acuerdo con lo anterior, se da forma al establecimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) referentes a Acceso, Calidad, Oportunidad y Protección Financiera (Ley 19966). Junto al establecimiento de garantías explícitas, se pone en marcha el Modelo de Salud Familiar como la pauta de atención en la APS.

Con la introducción del Modelo de atención integral en salud (MAIS), se inicia el camino para el cambio de los llamados “Consultorios” a “Centros de salud familiar” (CESFAM), desarrollándose hasta la actualidad acreditaciones en el modelo de acuerdo con nueve ejes estratégicos, los cuales son: Salud familiar, Promoción, Prevención, Intersectorialidad, Tecnología, Atención abierta, Participación, Calidad y Personas.

La idea central de este modelo consiste en la concepción del sujeto como un ser biopsicosocial, es decir, ya no se le trata sólo desde una perspectiva biomédica, sino que se entiende como inserto en una sociedad, que incluye: comunidad, familia, trabajo, escuela, etc. como parte de diferentes sistemas codependientes entre sí (MINSAL, 2013).

Para dar cumplimiento a este propósito, los usuarios y sus familias deben ser atendidos por un equipo de cabecera, el cual, acorde a los lineamientos del MINSAL, es un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que *“se hace cargo de la salud de un sector definido de la población, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación”* (MINSAL, 2013. Pág. 39)

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

El Ministerio de salud, en el año 2000, propone, luego de diferentes esfuerzos de los profesionales trabajando en el área, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en el cual la salud mental es comprendida como un equilibrio entre la interacción de factores psicológicos, biológicos y sociales, cada uno de los cuales debe ser considerado a la hora de fomentar un buen estado de salud.

### **2.1.2 La Salud mental en APS**

El camino de incorporación de profesionales de salud mental a la APS se ha dado de manera paulatina y tiene sus inicios en el año 1992, sumándose a los equipos de salud, psicólogos/as y trabajadores sociales. Sin embargo, no es hasta el año 2001 donde se comienza a sistematizar la atención a partir de la puesta en marcha del Programa de detección, diagnóstico y tratamiento integral de la Depresión en la atención primaria, como respuesta al

nuevo plan de salud mental y psiquiatría, atención que se consolida y asegura luego de la incorporación de la Depresión a la lista de patologías GES (MINSAL, 2015).

Actualmente existen cuatro condiciones de salud mental consideradas dentro del listado de Garantías Explícitas de Salud: Trastorno Afectivo Bipolar, Depresión en mayores de 15 años, Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en población menor a 20 años y Primer brote de Esquizofrenia. Si bien, esto demuestra una intención de aumentar la cobertura, aún existen múltiples desafíos vinculados a la inclusión de la población infanto adolescente, así como a la prevención, promoción y aumento del presupuesto de salud mental.

### **2.1.3 Orientaciones técnicas del programa**

Las orientaciones del programa actualmente están puestas en los lineamientos de la actualización del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 que pretende abordar las principales problemáticas sociales, como la desigualdad, la alzas en las prevalencias de consumo, trastornos ansiosos, depresión, la transición demográfica, alza en licencias médicas y a pesar de haber disminuido, una alta tasa de suicidio (Plan nacional de salud mental, 2017).

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

No obstante, también existe un componente del programa de intervención que se encuentra orientado al tratamiento de personas con patologías de salud mental, el cual busca abordar principalmente:

- 1.- Trastornos depresivos (Incluidos en el GES en las personas de 15 años y más).
- 2.- Trastornos por consumo de alcohol y drogas en Mayores de 20 años.
- 3.- Tratamiento por consumo de sustancias alcohol y drogas en menores de 20 años (Incluido en el GES, sólo en este grupo etario).
- 4.- Trastornos Hipercinéticos.
- 5.- Trastornos del comportamiento y emociones de inicio en la infancia y adolescencia.
- 6.- Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes jóvenes, adultos y adultos mayores.

Si bien no existe una pauta estricta respecto al enfoque o modelo desde el cual se debe trabajar en el tratamiento de la Salud Mental en APS, sí existen guías clínicas que tienen como objetivo estandarizar y orientar dicho trabajo. Estas guías sugieren principalmente el abordaje desde el modelo cognitivo conductual y cuentan además con cantidad de sesiones sugeridas, así como apoyo farmacológico recomendado acorde a los diferentes diagnósticos del CIE-10 (MINSAL, 2013).

Asimismo, dichas pautas, otorgan guías claras respecto a qué diagnósticos deben ser derivados a atención secundaria, es decir, atención con psiquiatra, psicólogo y asistente social del Consultorio de Especialidades (COSAM), que en nuestra realidad contextual se encuentra

a más de 60 Km de distancia del CESFAM, por lo que las instancias Consultoría, donde el equipo de especialidad, conformado por Psiquiatra, Psicólogo/a y Trabajador social, se traslada físicamente a los centros de atención primaria a orientar casos de mayor complejidad, y así favorecer la accesibilidad al sistema de atención.

#### **2.1.4 El concepto de usuarios poli consultantes en atención primaria**

Bajo lineamientos del MAIS, el funcionamiento y atención de usuarios del CESFAM de Paredones trabaja los nueve ejes que propone el modelo. Uno de esos ejes es el de Calidad, que, dentro de sus objetivos, tiene el abordaje de usuarios considerados Policonsultantes, el criterio descrito es aquel usuario que realiza más de 7 consultas al año de morbilidad o urgencia, que no respondan a descompensaciones por algún tipo de patología crónica (Protocolo de manejo de usuario Policonsultante, 2015).

María Teresa, consultante de este estudio, estaba identificada al momento de iniciado el proceso terapéutico como paciente Policonsultante.

Si bien no hay una definición clara de lo que se entiende por “paciente Policonsultante”, aparte de lo ya descrito anteriormente, lo que resulta más relevante es que dichas consultas aparecen como injustificadas para los profesionales que las reciben. Esto último debido a que los pacientes refieren síntomas múltiples y recurrentes, tales como náuseas, vómitos, cefaleas. Como hipótesis, se suele suponer que se trata de depresiones encubiertas, de trastornos somatomorfos o, simplemente, de “intentos de manipulación”.

Además, suelen ser pacientes poco dóciles, que muestran cierta resistencia e inadecuación a los protocolos de tratamiento y demandantes del sistema (Miranda y Saffier, 2014).

La alta presencia de este fenómeno en el ámbito público se estima que entre un 10 a un 30% del total de consultas de Atención Primaria en Chile corresponde a este tipo de pacientes ha llevado a que se constituya como uno de los problemas prioritarios en salud pública, ya que su existencia atenta directamente contra el uso eficiente de los recursos (Miranda y Saffer, 2014).

Ciertamente, los usuarios Policonsultantes viajan por los distintos niveles del sistema y son estudiados a través de exámenes de laboratorio, radiografías, escáner, etc., intentando encontrar el origen de su padecer. Sin embargo, las más de las veces se hace imposible encontrar alguna evidencia que permita justificar las quejas. Muchas veces, son quejas que quedan invisibilizadas, ya que, tanto las técnicas diagnósticas como el examen clínico suelen mostrar que estos pacientes “no tienen nada”.

A pesar de ser un fenómeno cotidiano en los servicios de salud, la reflexión y el análisis que se hace sobre los denominados policonsultantes es escasa. Son más bien una “molestia” que se busca mantener dentro de ciertos márgenes, para que no interfieran demasiado el “funcionamiento normal” de las instituciones.

El rótulo en estas personas dificulta tener una aproximación comprensiva del fenómeno, por lo que la elaboración de un plan de intervención integral en la problemática permite escuchar y prestar atención a lo que pueda estar ocurriendo en los distintos niveles de existencia de la consultante. En cuanto a María Teresa, el abordaje integral de su caso permitió que pudiéramos ver más allá de sus múltiples quejas somáticas. Desde un abordaje

en salud pública María Teresa, sale del listado de usuarios policonsultantes y no sólo mejora su malestar emocional, ya considerado crónico, sino que además lo físico y somático, que, en términos de eficiencia y eficacia del sistema, es un trabajo de intervención terapéutica que trasciende a la salud solo mental.

### **2.1.5 Centro de salud familiar de Paredones**

El CESFAM de Paredones se encuentra ubicado en el sector de secano costero de la sexta región de O'Higgins, y cuenta con tres postas de salud rural: Posta Las Viñas, Posta San Pedro de Alcántara y Posta de Bucalemu. Sumado a lo anterior cuenta con tres estaciones médico-rurales, en el cual se realizan controles de salud crónico de programa cardiovascular, entrega de medicamentos, leche y alimentos.

Al año 2018 se contaba con una población inscrita y validada por FONASA total de 5.397 personas. Distribuidas entre CESFAM y Postas de salud rural.

De acuerdo con el plan comunal, al año 2018, el establecimiento contaba con un total de 3.124 horas de funcionarios contratadas, las cuales se distribuyen entre: Médico, Odontólogo/a, Enfermero/a, Matrón/a, Nutricionista, Trabajador social, Psicóloga, Kinesiólogo/a, Terapeuta Ocupacional, Técnico en enfermería, Auxiliar paramédico, Administrativo, Auxiliar de servicio, Conductores, director, jefe DSM, Encargado de compras, Encargada de finanzas, Contador auditor y Químico farmacéutico.

La cartera de prestaciones otorgadas por el Consultorio cubre los siguientes programas: Programa de Salud para el niño y adolescente, programa para la mujer, programa para el adulto y adulto mayor, programa salud bucal y promoción de salud. Dentro de los

cuales las “consultas de salud mental” tanto de psicólogo como de médico, se encuentran contempladas de manera transversal.

Cada uno de dichos programas tiene su propia jefatura quien coordina actividades y se encarga de velar por el cumplimiento de los objetivos y metas sanitarias o de índice de actividad en atención primaria (IAAPS) correspondientes.

El Programa de Salud mental, como ya se mencionó, funciona de manera transversal en el ciclo vital y sus prestaciones son otorgadas por médico general, asistente social y psicóloga. Paredones, cuenta actualmente con 88 horas de psicóloga, 44 de asistente social y 11 de médico de dedicación exclusiva para consultas de salud mental. Se busca realizar un trabajo coordinado entre los profesionales, los cuales cuentan con 3 horas mensuales para revisar casos y coordinar intervenciones. Sumado a lo anterior contamos con tres horas mensuales aproximadas de consultoría en salud mental en nuestro centro de salud, realizadas por equipo de especialidad conformado por Médico psiquiatra, trabajador social y psicóloga para la revisión de casos de mayor complejidad.

Las atenciones de médico y asistente social contemplan atenciones de 20 minutos por usuario, con una periodicidad variable dependiendo de la necesidad del consultante como de la capacidad del establecimiento de responder a la demanda. Las intervenciones psicológicas por su parte contemplan atenciones de treinta minutos para controles, cuarenta minutos para consulta nueva y una hora para realizar ingresos en dupla con médico al programa, esto ocurre con periodicidad variable entre una vez cada dos o cuatro semanas, dependiendo de la cantidad de usuarios bajo control. Cabe destacar que actualmente el programa de Salud Mental contempla una población en control de 223 usuarios en tratamiento. Sin contar con

las actividades de prevención y promoción que se realizan con la comunidad respetando las orientaciones programáticas planteadas por el plan nacional de salud mental.

#### **2.1.6. Contexto local y posicionamiento**

Los enfoques modernos tradicionales, según Gergen (2001), derivan de los fundamentos racionales del conocimiento, concepción empírica, que suponen que es a través de la observación directa y el análisis riguroso que se puede conocer el comportamiento normal y el patológico de manera verdadera y objetiva; y establecer qué práctica terapéutica sería la más eficaz en el tratamiento de la “anormalidad” o déficit diagnosticado. En ese escenario, los problemas de salud mental son concebidos desde una aproximación monádica, como residiendo objetivamente al interior de la mente individual.

Adoptando una posición crítica respecto de los enfoques modernos tradicionales, el autor mencionado plantea que las teorías sobre el comportamiento humano no se construyen ni se derivan de la observación, si no que surgen de la estructura misma del conocimiento (Gergen, 2001).

De este modo, la postura postmoderna propone que todo conocimiento acerca del comportamiento humano es una construcción social inmersa en una cultura determinada, que se genera en el lenguaje a través de procesos relacionales. Bajo esta comprensión los problemas psicológicos serán entendidos como descripciones que se dan en el lenguaje en un contexto determinado. En este sentido, la terapia postmoderna no estará enfocada en determinar cuál es la *verdadera* naturaleza del problema ni en buscar la cura para el déficit diagnosticado; sino que, al ser concebida como un proceso de transformación discursiva, la terapia postmoderna pondrá el foco en la resignificación de un problema que genera dolor y

que ha sido construido en un contexto relacional, y la co-construcción de relatos alternativos más habilitadores (Gergen, 2001, Zlachevsky, 2015).

En el presente caso, la consultante lleva más de veinte años en tratamiento, con un diagnóstico que sitúa el problema “dentro” de ella, donde se ha invisibilizado su queja tomando en cuenta los “grandes problemas” de salud mental, que describe muy bien como abordaje en la intervención el Ministerio de Salud. De acuerdo con los antecedentes de la consultante, esta es identificada desde una serie de rótulos (policonsultante, víctima de abuso, víctima de violencia, usuaria de salud mental). ¿Pero se conoce realmente su voz y su historia?

Considerando lo anterior, la presente investigación busca ofrecer una propuesta a la comprensión y abordaje tradicional de diagnósticos en salud mental de la atención primaria en salud utilizando un enfoque que se sustenta en una mirada postmoderna y que se denomina Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas.

### **2.1.7 Secularización, Salud Mental y Dimensión espiritual**

La secularización supone un cambio en los criterios de la legitimidad estatal, del derecho divino a la voluntad popular. También, un cambio en la organización jurídica e institucional. En el centro de ambos procesos está la Iglesia: la corporación por excelencia y la administradora en la tierra de la legitimidad divina (Serrano, 2008).

En nuestro país se vivencia históricamente un proceso de transición en las décadas centrales del siglo XXI. La iglesia como era antes conceptualizada se distancia del ámbito político y estatal resignificando la influencia que allí tenía, pero se reorganizó como institución

y como comunidad de fieles, adoptando formas y criterios del mundo liberal (Serrano, 2008).

De esa forma, el proceso de secularización -asociado explícitamente a la modernización y al laicismo- era constatado, definido y en gran medida temido por los representantes del pensamiento católico, dando cuenta de los distintos planos en que su condición amenazante se manifestaba: desde el campo de la política y la vida corriente de las personas, hasta el plano de la pérdida de sentido y horizonte de trascendencia que alcanzaba a representar (Fernández 2016).

El tema de las relaciones entre espiritualidad y salud mental han transitado de la mano durante largos años. La modernización y la aparición de psicoanálisis separan la dimensión espiritual, históricamente ocupada por chamanes y curanderos (médicos del alma), a ser ocupada por la dimensión científica, transitando hacia la psicología como “ciencia”. Se produce una competencia entre eclesiásticos y laicos acerca de quién es el agente social que debe encargarse de estos temas. En un mundo progresivamente secularizado, el psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta pasa a ser el dispensador del sentido que históricamente dieron rabinos, sacerdotes o ministros (Florenzano, 2010).

Una de las razones para la dificultad de trabajar en este campo son las confusiones acerca del tema de religión: para muchos, ésta es sinónimo de puntos de vista intolerantes, dogmáticos u oscurantistas. Una definición de espiritualidad amplia, que puede facilitar el encuentro de bases comunes entre diversas culturas, incluye necesidades humanas que posiblemente son universales, tales como la necesidad de encontrar sentido, propósito y realización en la vida, la de esperanza o de voluntad de vivir y la de la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios (Florenzano, 2010).

Múltiples estudios muestran una asociación mayor entre felicidad y religiosidad en algunos grupos: personas mayores, solos, jubilados o personas con mala salud. Una de las hipótesis preferidas para explicar dichos hallazgos es la de que las iglesias son sistemas de apoyos sociales, que satisfacen necesidades gregarias y ayudan a resolver crisis y problemas, especialmente cuando no existen o fallan los soportes sociales (Florenzano 2010). Un segundo elemento explicativo ha sido la variable “cercanía a Dios”: quienes oran frecuentemente reportan mayor satisfacción vital. Un tercer elemento es la “certeza existencial”. Otro elemento ligado a los anteriores es el temor a la muerte y la creencia en el Mas Allá. El temer la muerte es un rasgo universal de la condición humana. A veces se centra en el proceso de morir, o en la pérdida de personas u objetos queridos, o en la falta de certeza con respecto a qué hay después.

En un estudio epidemiológico realizado por Comstock y Partridge (1972), mostraron que los religiosos observantes tenían menor mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cirrosis, cáncer rectal o suicidio. La explicación dada para este hecho es la de un mejor “comportamiento de salud”: las religiones en general proscriben conductas riesgosas para la salud: limitan el alcohol que lleva a la cirrosis, promueven el ayuno (enfermedades cardiovasculares), controlan la promiscuidad sexual (SIDA y ciertas formas de cáncer). Al mismo tiempo las redes de apoyo social que brinda la religión organizada ayudan a enfrentar subjetiva y materialmente las enfermedades cuando éstas sobrevienen (Florenzano, 2010).

En este sentido, la sujeto de estudio al encontrarse en distancia con sus creencias y espiritualidad como centro de apoyo, manifestaba también síntomas físicos de malestar, siendo clasificada como usuaria Policonsultante.

Hay muchos estudios recientes sobre el enfrentamiento religioso de problemas de salud mental, donde se muestra cómo el tener la compañía de Dios en la toma de decisiones o la búsqueda de acompañamiento en la comunidad religiosa son todas maniobras útiles para recuperar la salud. En el trabajo de Comstock (1972) antes mencionado, la tasa de suicidio entre religiosos observantes es menor (11 por 1.000) que entre los que no asisten a oficios (29 por 1.000) (Florenzano, 2010).

Otra perspectiva en la inclusión de los componentes espirituales y religiosos en una visión abarcativa de la salud mental, es el modelo “bio-psico-social”. Éste, formulado por George Engel en la década de 1960, ha gozado de progresiva popularidad como un modo de integrar los aspectos biomédicos de la psiquiatría, importantes dado el auge de las neurociencias y de la psicofarmacología, con los componentes psico-sociales de esta disciplina. Entre los últimos, las psicoterapias, sean psicoanalíticas, cognitivistas o sistémicas, corresponden al vértice psi, mientras que entre los componentes socioculturales es donde se debe insertar una consideración de las creencias trascendentes. Asimismo, al analizar la psicopatología que puede constituir el motivo de consulta, es importante ver cómo los cuadros clínicos son influenciados por las creencias del paciente, de acuerdo con palabras del autor (Florenzano, 2010). En este sentido, el rol de la espiritualidad y religiosidad en los cuadros psicopatológicos pueden complicar o proteger la evolución de los cuadros clínicos. Independientemente de si este rol es positivo o negativo, deben ser tomados en cuenta en la formulación de los planes terapéuticos con el paciente (Florenzano, 2010).

En consideración a lo expuesto anteriormente, el trabajo desde el enfoque de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas le permitió a la revisora del caso a incorporar la

dimensión religiosa y espiritual, en un espacio que pareciera estar reservado para la psicología como “ciencia”. Dicho enfoque es el que se pasa a describir a continuación.

## **2.2 MODELO SISTÉMICO CENTRADO EN LAS NARRATIVAS**

### **2.2.1. Introducción**

En el transitar de la Psicología, es posible decir que en los últimos años se ha instaurado una manera distinta de comprender el conocimiento como algo que depende de los ojos del observador, determinado no solo por el “objeto” observado, sino que pone un fuerte énfasis en el rol del observador como constructor activo de la realidad. Maturana (1992) plantea entonces la existencia de una objetividad entre paréntesis, la cual daría cuenta de la imposibilidad de una objetividad como ajena a la construcción del observador de esta. Es la misma estructura del organismo observante la que determina dicha construcción.

Mirando desde otra perspectiva, es posible decir que hacia fines de los años 90 empieza a producirse una deriva en la psicología en la que se incluye una mirada hacia los fenómenos sociales, como el sentido, lenguaje, diálogo y significado; camino hacia lo que se ha llamado la construcción social de la realidad. Esta postura da especial relevancia al contexto social en que ocurren los fenómenos, siendo entendido el concepto de verdad bajo esta mirada como una construcción social.

El concepto del “yo” como ha sido concebido tradicionalmente pasa a segundo plano, ya no es entendido como una forma consistente de ser, sino que es construido por las diferentes relaciones establecidas las cuales, se establecen a través del lenguaje. El lenguaje sólo emerge entre las personas, en su relación. Las palabras en sí mismo carecen de sentido

hasta que otro les da su consentimiento, por ende, el concepto de significado es ahora un concepto que emerge en la relación. De esta forma no es posible concebir un yo fuera de un conjunto de significados, podemos concluir que el yo es posterior a las relaciones, siendo estas últimas entonces el foco principal (Gergen 2006).

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

### **2.2.2 Antecedentes Ontoepistemológicos**

Bajo la propuesta de Zlachevsky (2015) siguiendo las ideas expuestas por Coddou, visualiza que todo enfoque terapéutico involucra seis niveles jerárquicos conceptuales: uno epistemológico, uno paradigmático, uno teórico, uno de modelo intermedio, uno técnico y finalmente agrega un nivel ontológico. A continuación, se pasa a describir cada uno de ellos:

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

Para llegar a conceptualizar lo anterior, hubo un movimiento, desde un operar desde una epistemología lineal causal a una cibernética. Desde un pensamiento moderno, centrado en criterios de objetividad y verdad, con una realidad que es captada por el observador, independiente de él; a un pensamiento Posmoderno, donde se cuestiona la idea de la verdad única, las explicaciones lineales causales, la idea de una realidad unívoca, e invita a situarnos desde la mirada de que el mundo es una construcción que realiza alguien, y que depende de las distinciones que ese alguien realiza en coordinación con otros en la interacción, donde en palabras de Keeney (1987). “*Si yo trazo una distinción, entre un sistema y yo mismo debo*

*recordar varias veces, que el marco de referencia fue trazado por mí” (p. 118).*

Otra parte de la mirada posmoderna tiene que ver con el lenguaje, ya no considerado como mera herramienta que representa la realidad, sino que, la constituye. Como plantean Anderson y Goolishian (1991). *“Al referirnos al lenguaje no nos referimos a un foco específico de signos, estructura o estilo, sino a la mediatización del lenguaje y a los significados contextualmente relevantes generados interactivamente en las palabras y otras acciones comunicativas”* (pág. 6). Los seres humanos somos en el lenguaje, *lenguajeamos*, que en términos de Maturana (1992), *“es un modo de coexistencia, una manera de convivir en coordinaciones recursivas de acciones consensuales que hacen que la estructura de los participantes cambie contingentemente con su participación en dicho espacio común”*.

En terapia se co-construye un Lenguaje común que permite una especie de danza en el Lenguaje entre consultante y terapeuta, en la construcción de significados. En el Lenguaje podemos mantener contacto humano significativo con otros, y compartir la realidad en que existimos (Anderson y Goolishian, 1991).

Desde un nivel epistemológico resulta fundamental entonces, la pregunta acerca de cómo se está mirando como terapeuta, cómo se está aproximando a comprender con el consultante.

- **Nivel de paradigma:** hace referencia a las concepciones respecto a lo que es susceptible de ser conocido, así como de la unidad mínima de análisis a considerar durante la terapia.

Bajo las ideas de la cibernética de segundo orden, *“El observador está en lo observado, el terapeuta está en el problema clínico, el que conoce está en lo que conoce”* (Keeney, 1987, pág. 125). Que de acuerdo con Maturana y Varela (2007) ese conocer es dentro

de las posibilidades de nuestra biología, ya que somos seres determinados estructuralmente, y no nos es posible distinguir entre ilusión y percepción. Asumir esa postura trae consigo la objetividad entre paréntesis, ya que al mirar desde la objetividad sin paréntesis asumiendo una realidad independiente del observador, sitúa peligrosamente desde el saber con autoridad. La aceptación de las habilidades del observador en lo observado, como plantea Maturana (1999), provoca un cuestionamiento inicial que, como consecuencia de este, se va a derivar un cambio en la posición que el terapeuta toma con respecto al sistema consultante.

Desde esta perspectiva, las narrativas nos hablan de la forma en que las personas se cuentan sus propias historias. Cada uno de los diferentes roles que realiza una persona en su cotidianidad implican una serie de supuestos y expectativas que determinan la forma en que será relatada una situación. Maturana llama a cada uno de estos contextos en los cuales se significan los relatos como *dominios de existencia*.

**-Nivel teórico:** este nivel, tiene que ver principalmente con las ideas desde las cuales se pueden establecer normas, e hipótesis sobre las unidades de análisis.

En este nivel el terapeuta se sitúa desde la idea del ser humano como ser situado con otros, que van siendo parte de un proceso recursivo de construcción y co-construcción de esa realidad en el aquí y el ahora, en el lenguaje, con una visión de ser humano como ser relacional, que es parte de un colectivo que coexiste en la praxis del vivir, en redes de significados compartidos, contingente en el tiempo. Entendido de esta forma, el ser humano situado histórica y contextualmente, que se relata en narrativa, entendiendo esta como un sistema de significados compartidos constituidos por actores o personajes, que incluye un guion, un escenario y un sentido, desde esa perspectiva estos relatos que no pueden ser

cuestionados en relación con su veracidad.

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

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

Desde la narrativa, las personas construyen los significados que atribuyen a su experiencia. Los relatos de cada persona son únicos, la experticia del terapeuta tiene que ver con el hacer preguntas, desde una perspectiva de “no saber”, de curiosidad por el mundo del otro. Esa Curiosidad es fundamental en el operar del terapeuta, ya que no sólo es mostrar interés por el multiverso de la persona, sino que es también ser respetuosa con su historia, su dolor y de aquello que la aqueja.

Al comprender, desde la teoría, que el ser humano es un ser social y que habita en el lenguaje, el modelo sistémico centrado en narrativas propuesto por Zlachevsky se define

como un enfoque que, como tantos otros, pretende describir al ser humano aquejado por algún sufrimiento en el ámbito terapéutico.

Este modelo entenderá que el problema que lleva a consultar, —reside en la descripción del problema, en los significados asignados a los hechos que se están viviendo (Zlachevsky, 2003, p.59). A su vez, el problema surge cuando el relato dominante no alcanza o no calza para una experiencia vivida en un dominio de existencia dado; en otras palabras, una narrativa puede ser sumamente funcional en un dominio de existencia, pero no necesariamente en otro, en un momento del devenir de la vida. En este contexto, la terapia que se sustenta en este modelo buscará co-construir (negociación y renegociar) significados y relatos alternativos en el dominio de existencia del cual el dolor forma parte a modo que se logre disolver el problema descrito en el lenguaje y abrir nuevas posibilidades. En palabras de Zlachevsky (2015) —la orientación final de la terapia es de co-construir en el proceso terapéutico una narrativa nueva, que emerja desde las propias creencias del paciente, que elimine su sufrimiento o le permita comprender y abordar su problema de manera diferente (p.26).

**-Nivel técnico:** corresponden a las técnicas utilizadas por el terapeuta en su labor. En este nivel el terapeuta debe ser experto en hacer preguntas, de permitir mediante la conversación que el otro pueda abrir su mundo en ese espacio, para que puedan emerger nuevos significados, de ocultar junto al consultante aquello que no ha sido visto, deconstruir aquellas ideas y discursos dominantes en los que a veces las personas pueden estar atrapadas. En palabras de Zlachevsky (2012) *“El poder de transformación de esta nueva forma de ver, de esta nueva narrativa reside en la posibilidad de “re-relatar”, de deconstruir los hechos de sus vidas, en el contexto de un significado nuevo y distinto”* (pág. 4).

### 2.2.3 Nivel Ontológico y la Triada inseparable, modelo X, Y, Z.

Como se menciona previamente, Zlachevsky (2015) agrega un nuevo nivel, al que llama **nivel ontológico**, respecto del cual sostiene, “es este nivel el que da cuenta de cómo la persona se responde a su propia interrogante de qué es para él o ella lo que define el ser de “lo humano” y cómo actúa desde esa comprensión.”

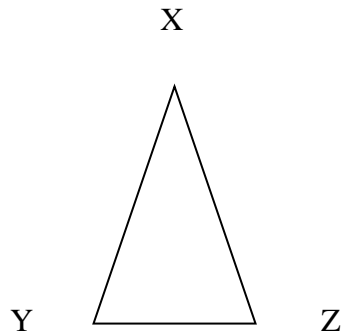
En relación con la idea de ser humano como un ser único e irrepetible en el operar terapéutico, La mirada ontológica del lenguaje, tiene profundo sentido como dominio de posibilidad, de existencia. Estamos sumergidos en el lenguaje, como la metáfora de Harlene (2000) “estamos en el lenguaje como peces en el agua”, y emergemos de él.

Según Zlachevsky es indispensable explicitar la mirada ontológica desde la cual se sostiene un terapeuta, pues es desde ahí desde donde emergen los propios significados utilizados en el trabajo psicoterapéutico.

El necesario sustento ontológico de la presente teoría se basa en el trabajo de Heidegger, quien en su obra *Ser y Tiempo* (1951) plantea que el *ser* determina y se manifiesta en el ente o Dasein (*ser-ahí*), sin embargo, lo trasciende. Ser y Dasein entonces se dan en conjunto de manera indivisible, uno como manifestación del otro.

Es el Dasein el que será interrogado respecto al ser, pues es el ente el que se encuentra arrojado en el mundo, experimentando. Heidegger propone tres momentos estructurales de estar-en del “ser ahí”, que se dan siempre juntos: temple anímico o encontrarse, comprender y el habla. Estos se explicarán más adelante al presentar la triada inseparable (X,Y,Z).

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



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

La **disposición afectiva (Y)** es un carácter del ser del Dasein, que le permite darse cuenta de que está vinculado con el mundo. Y ese mismo estado de ánimo lo hace sentir que el mundo le importa y le afecta (Zlachevsky, 2010, p.92).

El **comprender (X)** hace referencia a un entender primario (no intelectual), que le permite al Dasein interpretar el mundo, proyectarse hacia el futuro y escoger determinadas posibilidades de ser (siendo en el mundo). El Dasein existe espontáneamente de una manera proyectiva, volcado hacia el futuro, sabiendo de manera pre intelectual cómo y dónde dirigir su vida. —El Dasein arrojado a un mundo que no eligió comprende dicho mundo estando ya caído en él, siguiendo las reglas e imperativos del contexto social donde cayó y donde aprendió a vivir (Zlachevsky, 2010, p.92).

El **habla (Z)** permite al Dasein expresarse a través de palabras, las que se articulan en un discurso, que en principio tiene sentido. El habla logra expresar —la comprensibilidad afectivamente templada del estar-en-el-mundo de un Dasein fáctico, es decir en el aquí y el ahora (Zlachevsky, 2010, p.94). De este modo se ligan los tres existenciales dando forma al Dasein.

De acuerdo con lo anterior de manera gráfica, el problema psicológico se co-construirá entre terapeuta y consultante de la siguiente manera:

- Y: Emoción displacentera que trae a consultar al sistema consultante.

- X: Explicación que entiende el terapeuta, a partir del proceso de comprensión e interpretación de lo expresado por el sistema consultante, producto de su forma de significar el fenómeno en relación con el sistema discursivo en los que habita
- Z: Hace referencia al suceso crítico no esperado, el evento que algo cambió en algún dominio de existencia. Responde a la pregunta ¿por qué ahora?

Si bien la construcción de esta triada facilita y guía la intervención del terapeuta, ésta resulta imposible de realizar sin entender el mundo del consultante, sus significaciones, explicaciones, sistema de creencias, etc. sobre los cuales se funda su definición de sí mismo y de los otros en un determinado dominio de existencia. Es sólo a partir de este acercamiento que se podrá construir la triada.

Al comenzar con la emoción (Y), pues es ésta la que perturba al cliente y lo trae a consultar, sin embargo, no siempre aparece nítida. La emoción puede confundir el trabajo terapéutico llevando a hablar sólo desde lo problemático, debido a lo anterior, desde este modelo resulta central identificar un evento reciente que haya ocasionado la perturbación por la que el sistema consultante solicita ayuda. En otras palabras, identificar un evento (Z) que haya modificado la deriva del sistema consultante y que desencadene una explicación y por tanto una emoción que no esperaba ocurriera en este dominio de existencia.

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

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

De acuerdo con la revisión de los antecedentes teóricos, la investigadora considera que este modelo se ajusta en este caso en particular para desarrollar este caso, tomando en cuenta la visión ontoepistemológica coherente que la postura de la terapeuta y considerando las características situacionales y contextuales antes mencionadas. Se considera además los intentos previos por lograr alivio en más de 20 años de tratamiento de la consultante de este caso, desde el modelo moderno de la clínica en psicología.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir un proceso terapéutico y los cambios en la narrativa de una consultante categorizada como Policonsultante, abordado desde el Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir el problema psicológico desde la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas.
- Describir las intervenciones dirigidas a la deconstrucción de la narrativa que atrapa a la consultante en el dolor.
- Describir y analizar el cambio de la narrativa de la consultante como resultado del proceso deconstructivo del problema psicológico.

## **4. ABORDAJE METODOLÓGICO**

### **4.1. Fundamentos Ontoepistemológicos**

La presente investigación se sustenta en un paradigma constructivista-interpretativo, postura que critica al paradigma positivista convencional, en sus supuestos ontoepistémicos y metodológicos.

De acuerdo con Guba y Lincoln (2002) el paradigma constructivista propone una ontología relativista, en contraparte a la ontología realista del positivismo. Esto se refiere a que, rechaza la idea de la existencia de una realidad aprehensible, impulsada por leyes y mecanismos naturales inmutables. Tomando en cuenta lo anterior propone que la realidad tal como la conocemos, existe en forma de construcciones múltiples, locales, específicas y alterables, fundamentadas social y experiencialmente, y que dependen en su forma y contenido de las personas que las mantienen. De este modo, en términos de Maturana (1992) las construcciones no serían más o menos verdaderas, si no que existirían varios versos

igualmente válidos en el multiverso.

En términos epistemológicos, según Guba y Lincoln (2002), el paradigma constructivista se aleja de la postura dualista y objetivista que concibe al investigador y al objeto investigado como entidades independientes; con la posibilidad de estudiar al objeto sin influenciarlo o ser influenciado por él. Por su parte, el paradigma constructivista propone una epistemología subjetivista y transaccional.

Desde el constructivismo se elige la subjetividad, porque es allí donde se pueden descubrir las construcciones de los individuos. Si la "realidad" es construida intersubjetivamente, será entonces la interacción subjetiva la forma indicada para acceder a ella. En otras palabras, el investigador y el objeto de investigación se vinculan interactivamente de tal forma que los hallazgos son fundados al avanzar en la investigación (Guba y Lincoln, 2002).

De acuerdo con González-Rey (2006) al aproximarse a una visión constructivo-interpretativa del conocimiento, este se asume como una creación, y no como la aprehensión lineal de una realidad que se nos devela. La realidad por su parte es un dominio infinito de campos interrelacionados, independiente de nuestras prácticas, sin embargo, cuando nos aproximamos a ese complejo sistema a través de nuestras prácticas, en este caso la investigación científica, formamos un nuevo campo de realidad, donde estas prácticas se tornan inseparables de los aspectos sensibles a ellas en la realidad estudiada.

En síntesis, bajo este paradigma, el conocimiento será entendido como construcciones sobre las cuales hay un consenso relativo y no como hipótesis verificadas que pueden ser aceptadas como hechos y leyes. El propósito de la investigación será la comprensión de lo

construido en interacción y no, la explicación, la predicción y el control de los fenómenos. Y, por último, el rol del investigador no será el de experto que se encuentra en una posición neutral y privilegiada, si no que jugará el papel de participante y facilitador a lo largo del proceso (Guba y Lincoln, 2002; González-Rey, 2002).

En cuanto a la metodología, El presente estudio corresponde a un tipo de investigación cualitativa, la cual, en coherencia con los antecedentes teóricos expuestos, busca comprender el objeto de estudio de la subjetividad.

A diferencia de la metodología cuantitativa, la investigación cualitativa busca la comprensión del fenómeno y no su explicación causal, dando prioridad a su unicidad, en lugar de la intención de generalizar a partir de este (Stake, 2007).

Por otra parte, el objeto de estudio de la investigación cualitativa como interactuante, dinámico y situado en un contexto sociohistórico, por consiguiente, imposible de comprender a partir del paradigma positivista causa-efecto. El investigador por su parte, como se menciona previamente, en este caso, tiene un rol activo en la construcción e interpretación del conocimiento (Cuevas, 2002).

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

El tipo de estrategia metodológica utilizada en la presente investigación será el estudio de caso. Yin (1994) define el estudio de caso como una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.

Según Stake (1995) el estudio de caso es el estudio de la particularidad, no la

generalización, y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias.

Se considera, por ende, que el estudio de caso es la estrategia metodológica más adecuada para la presente investigación, ya que permite acercarse a la particularidad del caso, desde una perspectiva comprensiva, con el investigador cumpliendo un rol activo y sin buscar generalizaciones.

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

En la presente investigación, la recolección de información se realizó a través de un detallado registro escrito junto a apoyo con medio narrativo elaborado por la consultante, de la descripción de las ocho sesiones de psicoterapia realizadas, sumado a sesiones de control y acompañamiento post cumplimiento de objetivos planteados.

La información recogida en los apuntes de la terapeuta será organizada bajo la estructura de las “Normas para la Redacción de Casos Clínicos de Buena- Casal y Juan Carlos Sierra (2002), siguiendo los siguientes pasos:

- **Identificación del consultante:** Se caracteriza a la persona según su edad, sexo, estado civil, hijos, nivel de estudios, u otro rasgo relevante. Se puede incluir genograma y contexto interaccional en el que ocurre el problema.
- **Análisis del motivo de la consulta:** Se describe el problema que plantea el consultante y la interpretación que realiza el terapeuta de este.
- **Historia del problema:** Se detalla el origen del problema, cuándo se inició y en qué circunstancias, cómo evolucionó y cuando y por qué comenzó a ser desadaptativo para el consultante. Para una mejor comprensión de la situación también es importante la historia

de la persona.

- **Análisis y descripción de las conductas problemas:** Se definen de forma operativa las conductas problema, los diagnósticos elaborados desde una aproximación psicopatológica y las variables relacionadas: otras conductas, variables biológicas, ambientales
- **Establecimientos de metas y objetivos terapéuticos:** Se establecen las metas clínicas relevantes, negociadas con el consultante.
- **Selección de los tratamientos más adecuados:** En esta sección se especifica el tipo de tratamiento para el caso.
- **Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos:** En función del tipo y características del sistema consultante, del problema y del tipo de selección del tratamiento se seleccionan las técnicas de evaluación. Se exponen los resultados obtenidos y en función de ello se revisan las fases anteriores, pues podría ocurrir que en función de la evaluación se replantee la información hacia lo relatado anteriormente.
- **Aplicación de los tratamientos:** Se explica el contenido, número y duración de las sesiones.
- **Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos:** En el caso de la presente investigación este criterio estará dado por la liberación del empujar al validar su relación con la dimensión espiritual de la cual se encontraba distanciada.
- **Seguimiento:** Se debe especificar si se ha realizado y en qué períodos.

Cabe mencionar que en la presente investigación se realizarán algunas adaptaciones al esquema propuesto por Buela – Casal y Sierra (2002), para una mejor exposición y

comprensión del caso, de acuerdo con cómo se van dando los cambios en terapia y en coherencia con las bases ontoepistemológicas del modelo de Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas.

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

La investigación cualitativa no ha estado exenta de críticas por algunos autores que cuestionan su aparente falta de validez y confiabilidad, ambos conceptos trasladados desde la investigación cuantitativa que difícilmente son aplicables en el contexto comprensivo o discursivo. Ha habido autores como Denzin (1978) y Bronfenbrenner (1979) (mencionados en Cuevas, 2002) que han planteado la “triangulación” como forma de responder a las críticas respecto a la validez. Por su parte, Cuevas, reflexiona al respecto que la intención de velar por la rigurosidad científica no aporta mucho a cambio del sentido positivista de la investigación, que no responde a la lógica cualitativa.

Guba & Lincoln (2002) han propuesto criterios de validez para la investigación cualitativa, que son similares a los criterios de rigor que tradicionalmente han sido usados dentro del paradigma positivista convencional. A continuación, se define cada uno de dichos criterios y se describe la forma en que se ha buscado dar cumplimiento en la presente investigación.

##### ***4.3.1.1 Credibilidad***

Este criterio es análogo al de validez interna, y refiere a la similitud entre las realidades construidas por los participantes en el proceso y las reconstrucciones del evaluador atribuidas a ellos. Para Guba y Lincoln (1989; cit. en Hidalgo, 2005), la credibilidad se alcanza cuando el investigador, mediante de observaciones y diálogos con los participantes

del estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

Como una forma de dar cumplimiento a lo anterior la terapeuta buscó captar e insertarse en el mundo de la consultante de la manera más cercana posible, a través de una postura atenta, escucha activa, comprensiva, empática y participativa. Sumado a lo anterior a lo largo de todo el proceso terapéutico se realiza retroalimentación si la comprensión que lograba la terapeuta tenía relación con lo que la consultante intentaba comunicar, dicho de otra forma, el proceso psicoterapéutico consideró una constante negociación de significados.

#### ***4.3.1.2 Transferibilidad***

La transferibilidad puede ser entendida como relacionada a la validez externa. Este criterio refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln (1989; cit. en Hidalgo, 2005) mencionan que se trata de estudiar qué tanto se ajustan los resultados con otro contextos. Para ello se necesita la descripción detallada del lugar y las características de los sujetos donde el fenómeno fue estudiado. En consecuencia, el grado de transferibilidad es la acción de establecer similitud entre los contextos.

En esta investigación, para dar cumplimiento a este criterio, se ha realizado una descripción detallada de manera escrita, de las características de la consultante, de sus antecedentes, del proceso llevado a cabo, de los resultados y el contexto en que se desarrolló el proceso terapéutico e investigativo, a través de un lenguaje narrativo y en consideración de los propios relatos que emergen en el proceso.

#### ***4.3.1.3 Dependencia o Confiabilidad***

Este criterio es similar al de veracidad. Dice relación a la consistencia de las observaciones en el tiempo. La dependencia está referida a que, en el proceso de la observación, el investigador que la realiza es contrastado a la vez con un agente interno o externo al estudio, como persona adecuada que expresa su opinión sobre todo el proceso observado.

Para cumplir con este criterio en la presente investigación se describen de manera explícita cada uno de los pasos realizados, siendo éstos revisados por la profesora guía en el contexto de supervisión.

#### ***4.3.1.4 Confirmabilidad***

La confirmabilidad es equivalente al criterio de objetividad, y se refiere a la manera en la cual un investigador/a puede seguir la ruta, de lo que hizo otro/a. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones, planteamientos e ideas que ese investigador/a tuvo en relación con el estudio. Esta estrategia permite examinar los datos y llegar a conclusiones similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas.

Para cumplir este criterio, la terapeuta llevó un registro detallado en ficha clínica de la consultante, en el que registró los datos y diálogos que surgieron a lo largo del proceso terapéutico, así como sus propias reflexiones.

### **4.4. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO**

El estudio de caso es comprendido consensualmente como *“La examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso”* (Scandar, 2014. Pág. 76) Dicho caso, agrega Scandar, es un fenómeno puntual con un

contexto específico determinado del cual no se puede separar sin que pierda sentido.

En el marco de la aplicación del enfoque clínico de Terapia Sistémica centrada en las Narrativas (TSCN) de Ana María Zlachevsky, este apartado expone los objetivos específicos del presente estudio de caso, cuales son:

- Describir las distintas etapas del proceso terapéutico y sus estrategias de intervención.
- Describir cambios en las Narrativas.

La descripción del proceso se realiza, siguiendo la estructura para la redacción de casos clínicos, propuesta por Buela-Casal y Sierra (2002).

A continuación, se realizará la presentación del caso de María Teresa, paciente que llega derivada al programa de salud mental del CESFAM de Paredones. La consultante acude derivada por profesional psicóloga que se traslada de lugar de trabajo.

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

La psicoterapia realizada se enmarcó en el Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas y tuvo una duración de 8 sesiones.

La consultante otorga su consentimiento para la presentación de su caso a través de un consentimiento informado (Ver anexo 8.1).

#### **4.4.1. Identificación del caso**

María Teresa es una mujer de 54 años, que trabaja como temporera en temporada de cosecha de fruta, en periodos que fluctúan entre 6 meses de trabajo y 6 meses cumpliendo

labores de hogar. Es casada, separada de hecho de su esposo con el cual tuvo 3 hijos, María Andrea, José y Rodolfo. Actualmente vive sola.

La consultante tiene una baja escolaridad, alcanzó solamente 5° básico, se casa a la edad de 17 años con Roberto, quien era mayor de edad al momento del matrimonio, la consultante ve esto como un medio de escape ya que relata una larga historia de abuso y maltrato por parte de “amigos de su madre” y familiares, con una crianza lejana por parte de la madre debido a severos problemas de consumo de alcohol que terminan con su muerte por cirrosis hepática cuando la consultante tenía 13 años, quedando al cuidado de su hermano y del hogar.

María Teresa relata encontrar una salida de escape en su matrimonio, aunque haya habido episodios de Violencia intrafamiliar y de consumo problemático de alcohol por parte de su esposo. La separación entre la consultante y su esposo ocurre cuando la hija mayor de ambos, María Andrea, devela a su madre haber sido abusada sexualmente y violada por su padre, cuando tenía 16 años.

El hecho relatado marca un hito en el ciclo familiar, se genera un quiebre y termina con la consultante realizando una denuncia a Carabineros que no fue acogida, ya que, por su relato menciona que no le creyeron, porque de acuerdo con como la consultante lo describe, su familia tendría antecedentes de problemas de salud mental, un hermano con Esquizofrenia. A pesar de lo anterior María Teresa decide irse del hogar con sus tres hijos trasladándose al pueblo de Paredones desde la localidad de Panilongo, a unos ocho kilómetros de distancia.

María Teresa relata su vida desde la fortaleza, el sufrimiento y la injusticia. Se siente orgullosa de haber podido dar educación a sus hijos para darles una vida distinta a la de ella.

El vínculo de María Teresa con el CESFAM de Paredones es estrecho, tanto así que ha sido clasificada como usuaria Policonsultante, de acuerdo con la definición planteada en los antecedentes teóricos. Si bien la única patología crónica de María Teresa es el hipotiroidismo, refiere distintas manifestaciones sintomáticas, presentando una correcta adherencia a las derivaciones propuestas.

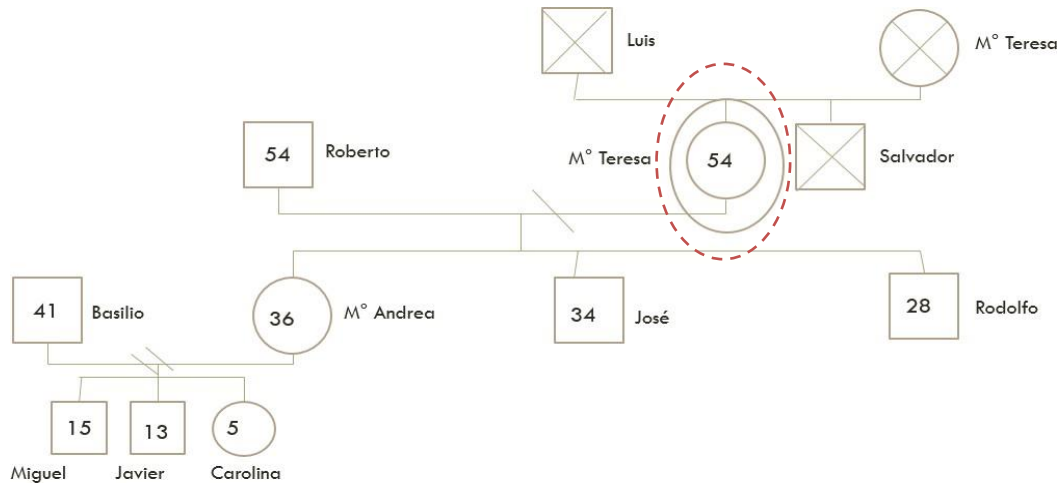
La consultante presenta una escasa red de apoyo, no se vincula en organizaciones comunitarias, sus únicas redes son sus hijos, ya que, incluso con sus compañeros de trabajo, no tiene una buena relación de acuerdo con lo que menciona.

En cuanto a su vínculo con lo religioso, María Teresa se define como cristiana, que en algún momento participó de manera muy activa en la iglesia evangélica del pueblo, asistiendo regularmente a las distintas actividades que se realizaban, leía las escrituras y se vinculaba con las demás personas de la comunidad religiosa.

Esa red social activa sufre un quiebre, refiriendo que se aleja de la iglesia, al mencionar los motivos, no parecen claros, y es un tema que prefiere evadir, sin embargo, da cuenta de que es algo significativo en su vida y es parte de su identidad, ya que se presenta con frecuencia en su relato, mencionándola como la única herencia valiosa de su madre desde que era una niña.

#### **4.4.2. Antecedentes generales**

A continuación, se presenta genograma de la consultante:



María Teresa, es la hija mayor de Luis y María Teresa, ambos ahora fallecidos, su padre se suicida cuando ella tenía 4 años y su madre fallece cuando ella tenía 13 años por una cirrosis hepática secundaria a años de consumo problemático de alcohol.

De acuerdo con el relato de la consultante, su único hermano se llamaba Salvador, con quien tenía un vínculo muy cercano, ya que se hizo cargo de su cuidado al fallecer la madre. María Teresa refiere que su hermano tenía Esquizofrenia, lo anterior, de acuerdo con lo que menciona la consultante, generó un impacto social, ya que eran considerados como una familia extraña por el resto de la comunidad, limitando sus redes de apoyo comunitario. Otro de los problemas que relata María Teresa presentes en la dinámica familiar en la infancia fueron el consumo problemático de alcohol de la madre, violencia intrafamiliar por parte del padre y abuso sexual de parte otros familiares.

La consultante se casa a la edad de 17 años con Roberto con quien tiene tres hijos, María Andrea, José y Rodolfo.

María Teresa refiere mantener una relación de conflicto con su esposo desde su

separación hace 18 años, gatillada por la develación de abuso sexual y violación que realiza María Andrea, su hija, en contra de su padre, Roberto; violación de la cual la menor habría quedado embarazada a la edad de 16 años, embarazo, de acuerdo con lo referido por la consultante, no llega a término por inviabilidad.

La relación actual de María Teresa con sus hijos es cercana, y con María Andrea es una relación ambivalente e inestable, entre la sobreprotección, a pesar de no vivir juntas, y de conflicto. Respecto a los hijos de María Andrea, ellos mantienen una relación distante con su abuela.

La consultante actualmente vive sola, no menciona parejas luego de su separación y no mantiene vínculos con su entorno comunitario.

#### **4.4.3 Análisis del motivo de consulta**

María Teresa es usuaria del de salud mental desde el año 1994 con tratamiento farmacológico por diagnóstico de “Síndrome angustioso” realizado por médico. El año 2003 recibe un cambio de tratamiento farmacológico iniciando Fluoxetina y Diazepam cambiando su diagnóstico a “Síndrome ansioso depresivo”.

El año 2015 inicia proceso de psicoterapia completando 10 sesiones y tratamiento médico en programa de salud mental con Clonazepam 2 mg. 1 Cada noche.

El año 2016 se realiza cambio de profesional psicóloga, y quien describe toma el caso, la consultante asiste a la sesión de derivación con una nota que dice *“Trabajar la culpa, ordenar historia de vida y derivar a talleres de SERNAMEG por historia pasada de VIF”*.

María Teresa manifiesta que se siente ansiosa y angustiada, y ha presentado resistencia a la alta clínica. A pesar de llevar un largo proceso de psicoterapia, no se encuentra conforme con los avances.

Al preguntar por cómo se siente actualmente la consultante refiere:

*“Tengo un enredo terrible en mi cabeza, me confunde hasta mi propia vida a veces”*

*“Quiero que usted me ayude, que me ayude a ordenar todo esto que me ha pasado y que me ayude a sanar esto que siento”*

Al ser un caso con una historia relatada como multi-problemática, no se presenta claridad inicial en lo que genera el malestar generalizado.

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

En el caso presentado, la queja inicial corresponde a una construcción previa realizada por la consultante y su terapeuta anterior. La historia del problema es relatada en un inicio como el agobio constante por las múltiples situaciones que han acompañado su vida, vida con la que no se siente conforme, y que la abruma al punto de no poder entender u ordenar los acontecimientos relevantes que han ocurrido, por lo que ordenamos en una línea de hitos, desde el suicidio del padre, hasta su independencia total. El relato de la historia del problema en la primera sesión inicia con lo descrito anteriormente.

Sin embargo, en el caso de María Teresa la historia del problema se va construyendo sesión a sesión y el relato de la queja genuina emerge como intervención terapéutica, transitando desde la narración de “una vida miserable” hacia un hecho puntual que desencadena la intensificación de los síntomas. Este hecho tiene que ver con que su esposo le solicita el

divorcio, trayendo a su recuerdo el hecho que genera el quiebre familiar con la develación de abuso sexual por parte del padre hacia la hija mayor. A partir de ese relato, María Teresa narra desde la rabia cómo ese “acto de maldad” arruina su vida y la de la familia, siente rencor, emergiendo emociones como la angustia y la rabia.

Lo anterior da pie a la aparición de la queja que finalmente abre el diálogo hacia la construcción de una narrativa que de alivio a su malestar y dolor. Es ahí donde aparece el dominio de existencia en su relación con Dios, con la religiosidad de la que se había alejado hace unos años y que había sido un relato de identidad primordial durante parte su vida, como herencia valiosa de su madre, el participar en la iglesia evangélica.

La angustia y la rabia de que su esposo le pidiera el divorcio, permiten que aparezca la dimensión espiritual, narrado desde la consultante como la salida a su queja. Lo que María Teresa quiere es “ser escuchada y ayudada por Dios”. Es ahí donde emerge la queja que la mantiene por tanto tiempo en malestar, la consultante siente miedo y angustia por no saber si Dios podrá perdonarla por pensar y sentir, que su hija “arruinó” su matrimonio y la familia.

En base a esa confesión que ella hace a Dios a través de un medio narrativo es que se reconstruye su relación con la religión y Dios.

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

Durante el desarrollo de las sesiones y tomando los objetivos terapéuticos que la consultante traía por su derivación, doy cuenta que el trabajo en esos dominios de existencia no tenía sentido para ella, en este caso, la voz del terapeuta “perdía valor”. Para ilustrar lo anterior, se invita a mirar la conversación terapéutica como un vals entre terapeuta y

consultante, con movimientos sincronizados y coordinados que se desplazan en el espacio. En esta conversación terapéutica eso no estaba ocurriendo, ambas danzaban a su ritmo y a tropezones. La terapeuta recuerda supervisar su caso y describir que sus palabras “rebotaban” en la consultante, que eran devueltas como quien rechaza algo. Algunas de las devoluciones desde la consultante eran: *“No señorita, es que, a ver, cómo le explico, todo está en manos de Dios”*, *“Señorita si yo trato, pero es que hay algo más grande, es que usted no va a entender, es que nosotros tenemos una fuerza de arriba, divina, más grande”*.

Es desde ese “rechazo” que la terapeuta da cuenta de que quizás esta danza se bailaba de a tres, había una voz que María Teresa pareciera que necesitaba tener presente, y que la escuchara para develar emociones que parecía que no se le permitían validar.

El ver el transitar de las emociones de la consultante, desde la tristeza, la angustia, la ansiedad, dan paso mediante la validación, en el espacio terapéutico de su sistema de creencias, a la aparición del miedo a no ser perdonada por Dios.

Emergen en ese momento pensamientos y emociones asociadas a la contradicción del discurso dominante de la maternidad, con la culpa de sentir que todo lo que ella luchó para salir de un hogar donde había sufrido abusos y maltrato, al haber encontrado el amor de su vida, se viera de pronto destruido por la develación de abuso hacia su hija, por parte de la persona que “le salvó la vida”.

María Teresa, pone en lo conductual su rol de madre en primer lugar, y de acuerdo con su discurso “hace lo que una madre haría, lo correcto”, que en el relato de la consultante está puesto en el hecho de realizar la denuncia a su esposo, sabiendo que eso terminaría con su matrimonio y su familia, no quería hacerlo, pero conocía la sanción social ello implicaba.

Pero en su emocionar, duermen una serie de emociones displacenteras que, llevadas hacia su relación con Dios, ella terminará, en caso de que muera, en “una vida eterna sin la gracia de Dios”, porque entiende desde el discurso social y la palabra de Dios (a través de la Biblia), que como madre no puede sentir o pensar que su hija destruye su vida. El miedo de sentirse de esa manera la aleja del factor protector más significativo en su vida que es la religión.

María Teresa anhela que Dios la escuche y la perdone, la contradicción de lo que siente con lo que la sociedad plantea que es lo esperado, han generado que lleve años en malestar emocional, que los objetivos terapéuticos planteados anteriormente no le hicieran sentido, porque reparar la situación de maltrato que relató haber vivido en su matrimonio, o reparar el dolor de madre al tomar conocimiento del abuso hacia su hija por parte de su esposo, no eran coherentes con su genuino sentir. Por tanto, el problema no sólo es con la propuesta social, sino que también con lo que Dios espera de ella, y las personas que adhieren a la creencia religiosa, en este caso evangélica.

En esa línea, la intervención terapéutica, luego de hacer una revisión de hitos de vida, al ajustarse al sistema de significado preferido de la consultante y validando su sistema de creencia, dan espacio a la voz de Dios en el espacio de terapia, o en otra forma, espacio a la dimensión espiritual.

#### **4.4.6. Establecimiento de las metas del tratamiento**

En congruencia con el modelo sistémico centrado en narrativas, las metas del tratamiento fueron co-construidas con María Teresa acorde a las diferentes emociones displacenteras y pensamientos que la consultante tenía respecto a la mirada de la religión

respecto a lo que ella sentía.

Por tanto, las metas de tratamiento no se definen en un inicio y emergen desde el sistema de creencias de la consultante en el espacio de terapia en el desarrollo de las sesiones, que generan una apertura a nivel discursivo en el lenguaje, ajustándonos a los conocimientos valóricos de María Teresa, parte de su narrativa de identidad, validando su sistema de significado preferido, en torno al dominio de existencia de su relación con Dios.

Traer al espacio terapéutico la dimensión espiritual, a través de la “palabra de Dios”, nos permite re-cordar, y ampliar significados para disminuir emociones displacenteras, como la angustia, el miedo y la culpa, reconstruyendo y validando su relación con Dios.

#### **4.4.7. Selección del tratamiento más indicado.**

En el presente estudio se ha seleccionado la Terapia Sistémica centrada en las Narrativas, para el abordaje del caso a trabajar. Se consideró que dicho modelo permite comprender los significados particulares de la consultante, conocerla desde un preguntar curioso que favorece la generación de un ambiente cercano, libre de juicio y que de espacio a la emergencia de su propia voz como experta en su vida.

Este caso, desde el punto de vista terapéutico, tiene un momento que implica el dejar a un lado la voz del terapeuta anterior para hacer emerger la voz de la consultante en relación con su queja genuina, dando paso a la validación de su sistema de significados preferido.

Esta psicoterapia permitió conocer a la consultante más allá del diagnóstico médico inicial, y la etiqueta de usuaria policonsultante, sin atraparse en los límites que una mirada patologizante ofrece tanto al consultante como al terapeuta. El movimiento terapéutico de

desprenderse de nociones previas y suspender en el aire los antecedentes clínicos de María Teresa, permite mirarla, desde su vereda, con la consultante, no solo hubo que soltar definiciones arbitrarias desde la clínica, propuesto por el modelo de salud mental en APS, sino que también, desprenderse de la idea de quejas dominantes. En esta línea, era tentador, reparar y deconstruir historias de violencia y abuso, que parece lógico, sin embargo, no hacían sentido como queja en María Teresa.

El enfoque centrado en narrativas al no ser excluyente en su planteamiento de técnicas a utilizar permite utilizar tantas herramientas como sean posibles en tanto útiles y coherentes con quien consulta; como en este caso, usar un medio narrativo con fines terapéuticos para conectar la voz de Dios con la consultante, tanto a través de cartas, como traer al espacio de la sesión pasajes bíblicos, validando así su sistema de creencias.

Finalmente, y no por ello de menor importancia, la elección de este modelo de trabajo responde a la coherencia ontoepistemológica con el terapeuta, aspecto que permite la realización de una terapia que da poder, valor y sentido a la voz del consultante como experto en su vida.

#### **4.4.8. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos**

Con el fin de mantener la coherencia con los planteamientos del modelo aquí utilizado, la evaluación de resultados es realizada por el propio sistema consultante en el desarrollo del proceso terapéutico. Esta evaluación se sostiene en criterios propios de la consultante, inicialmente al aceptar y acordar la invitación de “la palabra de Dios” en el espacio terapéutico y la referencia de alivio de malestar subjetivo, la validación de la “voz de Dios” como parte de sus narrativas de identidad y el re-encuentro en la relación con la vida espiritual como factor protector.

Por otra parte, la consultante presenta disminución de síntomas que permiten que deje el tratamiento farmacológico y un cambio conductual que hace que deje de cumplir con los criterios de clasificación usuaria Policonsultante (de acuerdo con el protocolo).

#### **4.4.9. Aplicación del tratamiento**

En el presente apartado se describirán las ocho sesiones de terapia, desarrolladas con la consultante, explicitando la fecha, duración y lugar en que se realizó. Además, se realiza una descripción general de cada sesión donde se juntará en un solo apartado algunas sesiones en par, por la corta duración de atención establecido por el sistema (30 min.), no se alcanzan a completar los objetivos planteados y las acciones terapéuticas llevadas a cabo, lo anterior se respalda en registros realizados en ficha clínica 1464-H del CESFAM de Paredones.

##### **✓ Sesión 1 y 2**

**Fecha:** 21 de enero de 2016 y 4 de febrero de 2016.

**Lugar:** Box de atención psicológica CESFAM Paredones

**Duración:** 30 min cada sesión.

**Descripción general de la sesión:** Cabe mencionar que, si bien esta descripción es la primera sesión de la consultante con terapeuta que realiza el estudio, para Sra. María Teresa, esta era la sesión número once, considerando proceso psicoterapéutico anterior.

En el primer encuentro se recaban antecedentes relevantes y se curiosean para conocer a la consultante, su motivo de consulta, que en este caso venía con indicación directa mediante un documento de su terapeuta anterior. Se realiza indagación respecto a si ella está

de acuerdo con lo ahí propuesto con relación a “ordenar antecedentes de su vida y derivar a SERNAMEG para reparación de situaciones de Violencia Intrafamiliar”.

En el inicio de las sesiones se presentan dificultades para llevar un ritmo conversacional, por evidente verborrea de la consultante, acompañada de dificultad para expresarse verbalmente, hilando relatos de manera desorganizada y confusa en un comienzo. En la segunda sesión se construye en conjunto el Genograma para indagar respecto a sus redes familiares, entorno y relaciones y se realiza planificación del proceso a seguir, respecto a frecuencia de atención y aspectos relevantes del protocolo del programa.

### **Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico centrado en Narrativas**

**XYZ:**

**Y (emoción):** Angustia.

**X: (explicación):** *“Tengo un enredo con lo que ha pasado en mi vida y estoy confundida”.*

**Z: (Acción):** Acude con derivación de terapeuta anterior que dice que necesita ordenar su historia.

**Por qué ahora:** Continuación de proceso psicoterapéutico inconcluso por renuncia de terapeuta tratante.

**Dominio de existencia:** Personal

**Acción terapéutica:** Frente a la pregunta a la consultante respecto a la queja actual o motivo de consulta para acudir a psicoterapia ella refiere: *“Yo he tenido una vida muy...como decirlo, miserable, he sufrido mucho, hay cosas que no puedo ni siquiera decir, a veces*

*pienso que soy mala, señorita”*

Ante la intención de la terapeuta de indagar respecto a lo mencionado como queja da cuenta de la dificultad para establecer un diálogo, como se ilustra a continuación.

Terapeuta: *Sra. María Teresa, noto que esta situación la tiene al parecer muy agobiada, ¿A qué se refiere cuando me dice que “es mala”?*

Consultante: *“Tengo un enredo terrible en mi cabeza, me confunde hasta mi propia vida a veces... Mala, señorita, no lo puedo decir...es que nadie puede entender”*

Terapeuta: *¿Cómo le gustaría que le ayudara?*

Consultante: *“Quiero que usted me ayude, que me ayude a ordenar todo esto que me ha pasado y que me ayude a sanar esto que siento”*

La Terapeuta nota de manera evidente angustia y agobio por lo que propone comenzar ayudando a ordenar su historia de vida.

Terapeuta: *¿Le parece si comenzamos la próxima sesión con una actividad que le ayude a ordenar todos esos eventos que usted me cuenta que han sido importantes en su vida?*

Consultante: *¡Sí Señorita! Eso quiero, quiero que me ayude a ordenar esta cabeza.*

Al finalizar la sesión se invita a la consultante a anotar o recordar, eventos importantes y significativos en su vida que quisiera revisar en la sesión siguiente para desarrollar la actividad propuesta.

✓ **Sesión 3 y 4**

**Fecha:** 3 de marzo de 2016 y 17 de marzo de 2016.

**Lugar:** Box de atención psicológica CESFAM Paredones

**Duración:** 30 min la tercera y 60 min la cuarta.

**Descripción general de la sesión:** Al inicio de la sesión María Teresa refiere sentirse muy entusiasmada del trabajado propuesto en la sesión anterior, se explica que por un tema de tiempo probablemente no alcancemos a terminar, por lo que será citada excepcionalmente en quince días más para continuar el trabajo iniciado en la tercera sesión.

Al finalizar la cuarta sesión emerge una nueva hipótesis de trabajo gracias al trabajo colaborativo de construcción de “Los capítulos del libro de mi vida”.

**Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico centrado en Narrativas XYZ:**

**X (emoción):** Rabia.

**Y: (explicación):** *“No entiendo por qué ese hombre me tiene que molestar ahora”.*

**Z: (Acción):** Esposo le pide el divorcio.

**Por qué ahora:** Hace dos meses esposo, quien fuera su expareja luego de la separación por la develación de abuso hacia su hija, la contacta para pedirle formalmente el divorcio.

**Dominio de existencia:** Relación de pareja

**Acción terapéutica:** María Teresa en esta sesión refiere sentirse menos angustiada, pero ansiosa porque relata que estuvo haciendo lo que se acuerda la segunda sesión respecto a identificar hitos importantes en su vida.

En las dos primeras conversaciones con la consultante doy cuenta de que, a pesar de

baja escolaridad, maneja un amplio vocabulario y tiene especial habilidad para expresarse a través de metáforas, dándole un uso simbólico al lenguaje en el saber popular.

Es por esto por lo que, como una estrategia terapéutica para destacar recursos personales, y aprovechar su habilidad narrativa como recurso terapéutico, le propongo poner nombre a cada uno de los hitos a mencionar y para cumplir el objetivo de “ordenar su vida” contar lo que ella había recopilado como si su vida fuera un libro y cada capítulo es algún acontecimiento significativo que ella haya identificado utilizando así la metáfora narrativa de la vida como una historia de libro. Esta idea emerge desde los planteamientos de White y Epston (1993) en su Libro Medios Narrativos con Fines Terapéuticos, respecto a la Analogía del texto y la terapia.

Terapeuta: *¿Sra. María Teresa, ¿qué le parece si a cada una de esas historias que usted recordó, le ponemos un nombre, como si fueran capítulos de un libro?*

Consultante: *¡Yaaa! ¡Qué bonito señorita, sí yo tengo mucho que contar, es que me han pasado tantas cosas, ay! Si usted supiera señorita.*

Terapeuta: *¿Por cuál de esas historias quiere comenzar?*

Consultante: *La historia del suicidio de mi padre señorita, yo tenía 4 años señorita, yo no sé, yo no entendía mucho, pero yo creo que de ahí mi vida fue...pum...todo mal señorita, mi padre se colgó en el cerro y yo lo vi.*

A través de la narración de ese relato terapeuta busca destacar recursos y significados en torno a la fortaleza, a partir de esa experiencia que la consultante narra como determinante en lo que ha sido su vida.

Terapeuta: *Cuando la escucho, pienso en la fortaleza que debe haber tenido desde tan pequeña para enfrentar ese capítulo en su vida, y estar aquí conmigo hoy, buscando ayuda para estar mejor... ¿Cómo le gustaría que se llamara ese capítulo de su vida?*

Consultante: *“El vuelo de mi papá”. Porque creo que ese día el voló, se liberó de este mundo, no sé por qué lo hizo, pero estará mejor así. Cerramos ese capítulo señorita, ahora quiero contarle la historia del alcohol. A mi mamá la mató el trago señorita, ella tomaba todos los días desde que se murió mi papá, tomó tanto que no pudo cuidarnos. Yo tuve que hacerme cargo. Mi mamá se mató igual que mi papá, solamente que ella lo hizo más lento, y sufrimos más señorita.*

Terapeuta: *¿Y cómo quiere ponerle a este capítulo?*

Consultante: *“Mamá no te hagas más daño” Por culpa de mi mamá aparece la otra historia señorita, la historia de abuso y maltrato. Como mi mamá tomaba, se enojaba y nos pegaba con mi hermano, y llegaban hombres a la casa, ahí esos hombres que llevaba mi mamá a tomar con ella abusaron de mí, no sé si de mi hermano señorita, pero de mí sí.*

Terapeuta: *Cuando me cuenta esta historia, la observo con una tranquilidad que no había visto sesiones anteriores, ¿qué pasa por su cabeza ahora?*

Consultante: *Que todo eso señorita me hizo más fuerte.*

Terapeuta: *¿No le parece un tremendo nombre para esa historia?*

Consultante: *Sí señorita, pongámosle así mismo.*

Se toma ese momento de conexión terapéutica para dar término a la sesión y poder

continuar con el resto de las historias en la cuarta sesión.

Terapeuta: (...) *¿qué le parece si continuamos lo que estábamos haciendo?*

Consultante: *Sí señorita, ay, señorita me quedé pensando, pensando, y me siento más uf, como le digo como con un peso afuera señorita...ya pero menos cháchara y sigamos. La otra historia señorita es la historia de cuidar a mi hermano (...) Porque como le había contado mi mamá murió cuando yo tenía 13 y tuve que cuidar a mi hermano que era distinto, era especial mi hermano, hablaba solo, gritaba, como que se le había metido el demonio, ahora sabemos que esquizofrenia tenía, una enfermedad de la cabeza y yo me siento orgullosa de haberlo cuidado. Entonces a la historia de mi hermano quiero ponerle “Yo estoy aquí”.*

Terapeuta: *Cuando me dice que se siente orgullosa es algo que se nota, su voz está llena de fuerza, debe haber sido fundamental para su hermano.*

Consultante: *Yo sé que yo fui importante para mi hermano, y eso fue lo que me mantuvo viva señorita porque...y de aquí viene la otra historia, la historia de pensar matarme. Yo tenía 16 años, ya no quería vivir, mi vida era una basura señorita, pensé hacerlo tres veces, pensaba en tirarme al estero, no quería morir como mi papá, y cuando estaba ya en la tercera vez que lo pensaba ya decidida, escuché un ángel señorita, en el sueño, el ángel me decía que no lo hiciera, y estoy segura de que ese fue un llamado de Dios para tenerme con vida. Entonces a esa historia quiero ponerle “El tercer intento y la voz del ángel”.*

El relato de la historia de “el tercer intento y la voz del ángel” se transforma en un punto crucial en la terapia, es ahí donde aparece con más fuerza la relevancia de la dimensión espiritual como factor protector en la vida de la consultante, lo que dará paso como intervención terapéutica para lograr resignificar la culpa y el miedo al no perdón de Dios.

Consultante: *Y después de lo del ángel señorita aparece el hombre que arruinó mi vida, o sea, en el momento él me salvó, yo estaba enamorada señorita, yo tenía 17 años, él era mayor, pero yo lo amaba, él se preocupaba de mí, y me pidió matrimonio y nos casamos. Yo no le puedo decir que fui feliz, él igual me trataba mal, pero nunca tan mal como lo que me hizo sufrir mi mamá con esos amigos esos que iban a tomar a la casa. Vivíamos como pobres, pero yo tenía mi familia, tuve a la María Andrea, mi niña que quien iba a decir que después este infeliz desgraciado con permiso suyo señorita, le iba a hacer eso...es que no puedo ni pensarlo, pero en ese momento yo me liberé de mi vida basura.*

Terapeuta: *¿Entonces como le gustaría que se llamara esa historia?*

Consultante: *“Fuiste mi escape”*

El nombre de la historia pensado por María Teresa marca otro hito en la narración, porque al dar título a esa historia, pone por sobre el relato de dolor de saber que la persona que amaba había abusado de su hija, el hecho de haberla salvado de su infancia dolorosa. Sorprende a la terapeuta quien pensaba en un título como “maldito el día que te conocí”, sin embargo, la consultante pone el foco de significado hacia otro evento de su vida. En este punto, considera relevante, quien describe el caso, resaltar que lo anterior constituye una creencia desde el propio sistema discursivo y de creencias de la terapeuta. De acuerdo con esta mirada, no podemos evitar tener estas tentaciones interpretativas, pero sí debemos ser capaces de reconocerlas y controlarlas, cuando aparecen en la conversación terapéutica.

Consultante: *Después viene la tragedia señorita, cuando mi niñita tenía 16 años se curó en su cumpleaños y así de golpe y nada me dice pum, “qué tanto defendís a mi papá si me violó”. Y yo señorita no sentía las piernas, sentía que se me iba a reventar la cabeza, no*

*tengo muchos recuerdos de lo que hice, pero sentía que no lo iba a soportar, mi corazón se partió en mil pedacitos, yo me acuerdo haber agarrado a mis tres cabros y haber ido caminando al pueblo, a denunciarlo, porque señorita, ¡cómo! Y de ahí todo se me nubla, y me buscaron de la muni una casa para que viviera con mis hijos y no supe más de ese infeliz.*

*Terapeuta: (...) ¿Se imaginó tener la valentía que tuvo para hacer lo que hizo?*

*Consultante: No señorita, yo creo que yo iba guiada por Dios, porque yo como le decía no me podía las piernas, no las sentía y caminé 8 kilómetros para denunciarlo. Pero como la justicia no hizo mucho, yo le pongo a este capítulo “La maldad se paga en el infierno”. Y de la manito señorita viene la otra historia, la del quiebre de mi familia, porque, o sea, Dios nos dice que el matrimonio es para toda la vida, pero Dios tampoco permitiría que yo estuviera con un abusador señorita, entonces mi mente hizo pum... y yo le pongo a esa historia “mis hijos no me van a perdonar” porque yo nunca perdoné a mis padres por romper la familia, y yo había hecho lo mismo con la mía separándome de ese hombre...*

En este punto de la sesión aparecen una serie de discursos dominantes respecto a la religión y sus valores, emerge la voz potente de Dios como guía valórica en su vida y los conflictos que eso trajo al presentar la disonancia narrada al tomar decisiones.

*Terapeuta: ¿Y si Dios le pudiera decir algo a usted ahora qué le diría?*

*Consultante: Ay señorita es que eso ya es otro tema porque pucha, Diosito no debe estar contento conmigo, yo he sido mala, no sé cómo decirle es que es muy difícil. Pero a pesar de todo, señorita, yo salí adelante y esa es mi historia del trabajo, yo le pondría “Ganándome el pan”. Porque señorita yo pude trabajar, trabajo ahora y eduqué a mis hijos, y esa es mi*

*vida ve...*

A través de esta actividad, la consultante logra mirar los distintos acontecimientos significativos de su vida, como historias de esfuerzo, valentía y superación, como relatos de identidad. Como estrategia terapéutica se utiliza como una forma de potenciar recursos personales y darle valor a lo que debió enfrentar, cambiando la narrativa desde una “una vida miserable” hacia “me ha tocado difícil y he podido salir adelante”. Como avance terapéutico, baja considerablemente el nivel de ansiedad y verborrea lo que permite disponernos en un diálogo más efectivo y retomar lo que queda pendiente respecto su relación con la figura religiosa. Se presenta cuadro resumen con las historias:

- Historia: de suicidio “El vuelo de mi papá”.
- Historia de alcohol: “Mamá no te hagas más daño”.
- Historia de maltrato y abuso infantil: “Lo que sufría me hizo más fuerte”.
- Historia de cuidar a su hermano: “Yo estoy aquí”.
- Historia de ideación suicida: “El tercer intento y la voz del ángel”.
- Historia de Roberto: “Fuiste mi escape”.
- Historia de abuso sexual a hija: “La maldad se paga en el infierno”.
- Historia de quiebre de la familia: “Mis hijos no me van a perdonar”.
- Historia de trabajo: “Ganándome el pan”.

✓ **Sesión 5**

**Fecha:** 7 de abril de 2016.

**Lugar:** Box de atención psicológica CESFAM Paredones

**Duración:** 30 min.

**Descripción general de la sesión:** A pesar de que María Teresa se va mucho más aliviada en la sesión anterior, acude a la sesión número cinco, particularmente agobiada.

**Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico centrado en las Narrativas XYZ:**

**Y (emoción):** Angustia.

**X: (explicación):** “*Nadie puede ayudarme con esto que siento*”.

**Z: (Acción):** Esposo le pide el divorcio.

**Por qué ahora:** Hace dos meses esposo, quien fuera su expareja luego de la separación por la develación de abuso hacia su hija, la contacta para pedirle formalmente el divorcio.

**Dominio de existencia:** Personal

Consultante- terapeuta

**Acción terapéutica:** En esta sesión se busca indagar en la importancia de la dimensión espiritual de la consultante. La quinta sesión es la que la terapeuta lleva a supervisión terapéutica, ya que, luego del alivio de las primeras cuatro sesiones, viene un quiebre, y da cuenta de una separación entre lo que para la consultante es importante y el dominio de “aporte” de la terapeuta en este caso. Por eso se sitúa también la relación terapéutica como dominio de existencia, ya que, al verbalizar que nadie pueda ayudarle, la terapeuta da cuenta de que en ese dominio de existencia la voz del terapeuta que para muchas personas es una voz significativa en términos de cambio, aquí quizás no lo fuera, hay algo que no puede decirse, porque no es coherente con su sistema de creencias.

Consultante: (...) *“¡Debería desaparecer ese desgraciado, maldito, si me lo topara yo le juro que no sé qué haría, agarro un palo y se lo parto en la cabeza señorita!*

*Pero sabe que la culpa es mía, yo nunca me di cuenta lo que estaba pasando, como pude ser tan tonta, ay si yo no sé qué me pasaba Dios mío...Mi hija, tiene problemas usted tendría que atenderla señorita ella no está bien”.*

Terapeuta: (...) *¿A qué se refiere con que su hija no está bien?*

Consultante: *“Es que, esto que yo tengo acá adentro, no puedo, no puedo...todo hace pum. Fallé como mamá, soy una y después la otra, algodón y roca, Lucho conmigo misma”*

Terapeuta: *¿Le gustaría contarme con qué lucha?*

Consultante: *“Es que no me salen las palabras señorita, Dios que está allá arriba yo le pido y le pido y nadie puede ayudarme con esto que siento, todo es de Dios”*

En este punto de la psicoterapia terapeuta, visualiza su actuar como invalidado, hay una barrera en el lenguaje que hace que no pueda haber apertura de posibilidades en esta conversación, por lo que la terapeuta decide invitar la voz de Dios como coterapeuta, una voz coherente con el sistema de valores y creencias de la consultante, dar espacio a la dimensión espiritual.

Consultante: *“Señorita gracias, usted me escucha y me sentí tan bien el otro día y yo soy tan difícil, y le pedí a Dios que nos ayudara en esta conversación”.*

### ✓ **Sesión 6**

**Fecha:** 5 de mayo de 2016.

**Lugar:** *Box de atención psicológica CESFAM Paredones*

**Duración:** *30 min.*

**Descripción general de la sesión:** La consultante acude más tranquila a sesión, se genera un espacio de diálogo y escucha mutua.

### **Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico centrado en Narrativas**

**XYZ:**

**Y (emoción):** Angustia.

**X: (explicación):** “Nadie puede ayudarme con esto que siento”.

**Z: (Acción):** *Esposo le pide el divorcio.*

**Por qué ahora:** Hace dos meses esposo, quien fuera su expareja luego de la separación por la develación de abuso hacia su hija, la contacta para pedirle formalmente el divorcio.

**Dominio de existencia:** Personal

Consultante- terapeuta

**Acción terapéutica:** Se inicia la sexta sesión con una intervención- invitación que permita ajustar el espacio terapéutico al espacio de significados y sistema de creencias de la consultante a la cual ella da sentido.

Terapeuta: “*Sra. María Teresa me quedé pensando en la sesión anterior y me gustaría proponerle que empezáramos esta conversación pidiéndole a Dios que nos ayude, que por medio de una oración nos pueda escuchar y acompañar, ¿le parece?*”

Consultante: *¿En serio señorita?, ya, sí.*

La terapeuta le pide a la consultante que dirija una oración para iniciar la sesión. En términos sintomáticos y de observación clínica, el efecto que esto tiene en el espacio terapéutico y en la consultante, es que baja el nivel de ansiedad y verborrea, comienza a hablar más pausado y calmado, se dispone a la conversación de diferente forma.

La acción terapéutica central es darle valor a su sistema de creencia y ajustar la conversación al sistema de significados preferido de la consultante. Es en ese momento en que no sólo ella percibe que yo la valido como ser humano en su dolor desde la comprensión en su ontología personal, sino que además ella valida la persona del terapeuta en ese dominio de existencia.

En este espacio de validación de sus creencias y de su relación con Dios, se toma una parte del relato donde ella me narraba que se escribía cartas con su esposo, y se genera la invitación para que pueda escribirle una carta a Dios. Mediante esa acción se busca aparte de la utilización de un medio narrativo con fin terapéutico, (White y Epston, 1993) dar poder a su relación con la dimensión espiritual y hacerla parte del espacio terapéutico.

Frente a la propuesta, acepta entusiasmada refiriendo que escribirle cartas a su esposo que nunca envió, le ayudaba a estar aliviada, en momentos de mucha angustia.

### ✓ *Sesión 7*

**Fecha:** 10 de junio de 2016.

**Lugar:** Box de atención psicológica CESFAM Paredones

**Duración:** 30 min.

**Descripción general de la sesión:** En relación con dos sesiones atrás, María Teresa se observa tranquila, acude puntual a la sesión y menciona que lo único que quería era que llegara la fecha de encuentro. Se inicia la sesión preguntando si había podido escribir la carta, y se pregunta si está dispuesta a que la leamos en conjunto. Al estar de acuerdo se repite acción de la sesión anterior iniciando la conversación con una oración de gracias y petición de compañía.

### **Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico centrado en Narrativas**

**XYZ:**

**Y (emoción):** Miedo, Angustia.

**X: (explicación):** “Dios no va a perdonarme que piense que mi hija destruyó mi matrimonio y la familia porque ella sabía lo que hacía”

**Z: (Acción):** Esposo le pide el divorcio.

**Por qué ahora:** Como parte de la terapia la consultante escribe una carta a Dios donde expone sus miedos y su angustia.

**Dominio de existencia:** Relación con Dios.

**Acción terapéutica:** Se inicia la sexta sesión con la lectura de la carta que escribe dirigida a Dios. En un tono de alivio, decide ella dar lectura a la carta en voz alta. Se anexa su transcripción completa y no la carta original por petición de la consultante, presentando en

este apartado un extracto que de explicación al movimiento terapéutico (Anexo 8.2).

Consultante: *“Mi Dios, sé que estás ahí para escucharme como tu hija, no podía sacar esto tan doloroso que siento aquí dentro y me avergüenzo de mirarte a la cara, quiero pedirte perdón por no cumplir tus mandatos y por...pensar que mi hija tuvo la culpa de destruir mi familia, tengo rabia, furia, yo no quiero pensar así pero no puedo sacarme esa idea de adentro mi Dios...tengo miedo mi Dios, miedo de que no me perdones”*

Mediante la validación de su relación con Dios, relación de la que ella se había auto marginado, porque a pesar de haber “hecho lo correcto” su emocionar se encontraba afectado y bajo confusión. La validación y apertura de ese espacio significativo referido por ella abre el diálogo y las posibilidades de entendimiento en torno a la queja, que a la sesión número siete, dista bastante de la queja original, la apertura desde la validación de ese relato de identidad abre posibilidades de alivio al dolor emocional y relatos alternativos, de refuerzo de su sistema de creencias, que hoy al estar situacionalmente como una mujer que vive sola y se siente sola, reencontrarse además con la única herencia valiosa de su madre, la iglesia. No fue necesario deconstruir, esta intervención no deconstruye narrativas, sólo valida y refuerza lo que ella en la precariedad de su vivencia de vida logró tomar como factor protector, y que hoy se reencuentra en un espacio de psicoterapia, mediante la oración y el diálogo desde la espiritualidad.

Esta apertura ocurre luego de que, a partir de sus palabras, *“poder recién poner en palabras”*, ya que la culpa con Dios no se lo permitía, por lo que la opción de asistir a terapia o pedir ayuda, no era posible.

Según White (1993; 1994) las narraciones o relatos modelan y tienen efectos en nuestras vidas, en nuestras relaciones y en nuestra identidad. En este caso se siguen los

planteamientos de White y Epston (1993) en relación con la potencialidad del uso de medios escritos para fines terapéuticos con el objeto de dar apertura al lenguaje significativo de la consultante, registrar los significados logrados y la posibilidad de re-visarlos para el trabajo en terapia.

Consultante: *“Señorita ahora que sé que él me está escuchando me gustaría pedirle que me perdone por esto que siento y que me ayude con este dolor tan grande y sé que él la mandó a usted para ayudarme, me costó mucho escribirla, pero ahora me siento como una pluma liviana... ¿cree usted que Dios pueda perdonarme?”*

Terapeuta: *¿Sra. María Teresa, cree usted en la misericordia de Dios?*

La consultante sólo sonríe y no contesta.

### ✓ *Sesión 8*

**Fecha:** 8 de Julio de 2016.

**Lugar:** Box de atención psicológica CESFAM Paredones

**Duración:** 30 min.

**Descripción general de la sesión:** En esta sesión María Teresa refiere sentirse tranquila, liviana, recuerda las primeras sesiones donde ni ella misma se entendía. Para este encuentro la terapeuta prepara material en relación con lo conversado en la última sesión respecto al “perdón de Dios”. María Teresa logra abrirse al dolor y la presión social de lo que implica ser considerada “mala madre” aquella que no cree en su hija cuando ha sido abusada, aquella madre juzgada socialmente por quedarse con la persona que abusa. Con ese dolor vivía María

Teresa por años.

**Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico centrado en Narrativas XYZ:**

**Y (emoción):** Tristeza.

**X: (explicación):** “Ahora sí que perdí al hombre que yo amaba”

**Z: (Acción):** Esposo le pide el divorcio.

**Por qué ahora:** Escribe otra carta donde le narra a la terapeuta su tristeza, por haber recibido la solicitud de divorcio.

**Dominio de existencia:** Relación de pareja

**Acción terapéutica:** Se inicia la sexta sesión con la lectura de la segunda carta. (Anexo 8.3).

Consultante: *“Ahora que siento que Él (Dios) me acompaña y me perdonaría, miro hacia adelante, quiero que me ayude a perdonar, ahora puedo hacerlo porque siento paz en el corazón y Estoy tratando de fabricar un mundo bonito para mí”*

En esta carta cambia la voz de la consultante, hacia la terapeuta, sus peticiones siguen siendo hacia Dios, pero valida el espacio de terapia para conversar en esa red de significados.

La terapeuta para mantener la conversación en el mismo sistema de significados de la consultante trae a la sesión pasajes bíblicos que hablan de la misericordia y el perdón de Dios, como una forma de dar apertura a nuevas posibilidades de alivio emocional desde sus creencias personales.

Terapeuta: *“María Teresa la sesión anterior me preguntaba usted si yo creía que Dios podría*

*perdonarla, y sentía que yo no tenía esa respuesta, pero recordé que usted leía la palabra de Dios y estuve buscando parte de su palabra y quiero compartir estos pasajes con usted:”*

*“Cuando estuvieres en angustia, y te alcanzaren todas estas cosas, si en los postreros días te volvieres a Jehová tu Dios, y oyeres su voz; porque Dios misericordioso es Jehová tu Dios; no te dejará, ni te destruirá, ni se olvidará del pacto que les juró a tus padres.”*

***(Deuteronomio 4 30-31)***

*“Vuélvete, Señor, rescata mi vida, sálvame por tu misericordia,” Sal. 13, 6.*

*“Rásguense el corazón y no las vestiduras. Vuélvanse al Señor su Dios, porque él es bondadoso y compasivo, lento para la ira y lleno de amor, cambia de parecer y no castiga.”*

***Joel 2:13***

La consultante agradece las palabras y refiere que eso le recuerda que Dios va a estar con ella y no la va a dejar sola, y que quizás es una señal de que vuelva a la iglesia para pasar más tiempo cerca de su palabra. María Teresa se expresa desde el alivio, y la tranquilidad, los hechos de su vida no cambiaron en nada, solamente se repara y se valida probablemente uno de los únicos pilares de fortaleza y factor protector en su vida, su relación Dios y la intervención terapéutica que abre ese espacio al alivio después de años de tratamiento es desde la persona del terapeuta, mirar al consultante desde la curiosidad, como experto en su vida y escuchar su queja genuina, ya que en este caso era sencillo, dejarse llevar por las grandes problemáticas de la psicología, había Violencia intrafamiliar, abuso sexual, psicopatología, etc. Sin embargo, lo que a la voz del consultante hizo sentido fue la dimensión espiritual, eso era parte de su ontología personal.

Durante el proceso terapéutico no se aborda el dominio existencial de la relación de la consultante con su hija. Una propuesta de trabajo a futuro con la consultante es conversar acerca de la empatía con su hija respecto a su propia experiencia. La consultante en su experiencia de vida fue víctima de abuso sexual y maltrato. A pesar de lo anterior, no ha logrado conectar con la experiencia de su hija, incentivar la reflexión mediante la apertura del diálogo con preguntas como, por ejemplo: *¿Cómo fue para usted que contara que le pegaron y no le creyeron?*

La experiencia de empatizar su propia experiencia con la de su hija puede aportar en la reparación de la vivencia y la Narrativa que ha construido respecto a su relación con ella.

#### **4.4.10. Evaluación de la eficacia del tratamiento**

La eficacia del tratamiento, desde el modelo Sistémico Centrado en Narrativas, está dada por el efecto liberador de las emociones que aquejan al consultante, en este caso a partir de la presión de los discursos dominantes respecto a los valores de la religión y el ser madre, logrando la apertura hacia el alivio mediante la validación de su sistema de creencias.

María Teresa inicia su proceso terapéutico con la siguiente narrativa: “Mi vida ha sido miserable, me siento atrapada y confundida, en esto que no puedo decir”. A medida que se recordando su historia de vida y relevando factores protectores y relatos de identidad respecto a la fortaleza, valentía y superación, junto a la Re vinculación y validación de su relación con la dimensión espiritual, la consultante fue capaz de construir nuevas explicaciones y liberarse de la emoción de miedo a no ser perdonada, culpa por pensar de esa forma como madre y de la angustia que la aquejaba.

En el apartado anterior, se puede observar en el relato de María Teresa, como evalúa la

eficacia del tratamiento, en tanto se logra sentir, más liviana “como una pluma” al liberarse de la carga emocional de “no poder expresar lo que sentía”, tranquila, respecto a la misericordia de Dios y orgullosa al evaluarse como una mujer fuerte que fue capaz de enfrentar la vida.

Por otra parte, y como fue un caso situado en el contexto de tratamiento en APS, se considera relevante mencionar que en cuanto al tratamiento farmacológico que María Teresa, llevaba, con el avance de las sesiones fue disminuyendo la dosis de Clonazepam de 2 mg., hasta ser suspendida en su totalidad. Lo anterior en acuerdo con médico de salud mental a cargo del caso, terapeuta tratante y consultante.

#### **4.4.11. Estado de Proceso y Seguimiento**

Se decide con la consultante continuar con las sesiones de acompañamiento ahora en su tristeza del duelo por la pérdida de lo que ella refiere como “el amor de su vida”, donde si bien ya había alivio sintomático significativo, ella prefiere continuar escribiendo cartas y llevarlas al espacio de terapia por un tiempo más (Anexo 8.4, 8.5 y 8.6).

La frecuencia de las sesiones disminuye a un encuentro cada dos meses, donde María Teresa acude con una carta, refiere además estar participando de la iglesia de manera regular, menciona sentirse aliviada y más sana, tiene trabajo como temporera lo que la mantiene muy ocupada y activa en sus redes sociales.

La consultante mantiene una relación cercana con sus hijos y nietos, incluidas María Andrea, respecto a indagar en el dominio de existencia madre-hija María Teresa refiere que entiende que *“el dolor me hizo pensar muchas cosas, yo estoy en paz con mi hija y con Dios”*

María Andrea acude por sugerencia de su madre a terapia por primera vez, atendida

por el equipo de salud mental del CESFAM de Paredones.

En términos de salud familiar, la consultante sale del listado de Policonsultantes, asistiendo solamente a sus controles de rutina y sus controles con psicóloga.

Al último encuentro realizado En diciembre de 2018 María Teresa se encontraba sin tratamiento farmacológico.

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

Desde la mirada ontoepistemológica y teórica en el que se sostiene la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, se considerara a cada participante del proceso terapéutico, (terapeuta y consultante) como un Dasein, que está siendo en el aquí y el ahora, al interior de un dominio de existencia determinado: la relación terapéutica. Ambos participantes acuden al encuentro aportando sus propias narrativas personales, su propia visión de mundo y ambos esperan ciertos comportamientos del otro (Zlachevsky, 1998, p.14).

Para Zlachevsky (1996) la relación terapéutica es una co-construcción que se da en la interacción entre terapeuta y sistema consultante. En dicha interacción se iría creando la realidad, gracias a la permanente coordinación y negociación de significados, a través del uso del lenguaje. Esta realidad, que surge contextualizada, nunca es fija, sino que va cambiando con la conversación, siendo retocada o acentuada de determinada manera en virtud del contexto en el que las preguntas, aseveraciones y respuestas emergen, de las circunstancias de la interacción terapéutica y de las características y expectativas de ambos protagonistas del proceso: paciente y terapeuta (Zlachevsky, 2015, p.21).

Cabe señalar que, al poner la objetividad entre paréntesis, se considera que la posición o verdad del consultante es igualmente válida que la del terapeuta, lo que otorga características de horizontalidad a la relación terapéutica. En este contexto, el terapeuta ya no es considerado un experto que sabe lo que le ocurre al sistema consultante. El terapeuta solo se considera experto en hacer preguntas a partir de una perspectiva de no saber; desde una posición de genuina curiosidad. Pero no sobre la vida en general, sino sobre aquello que aqueja a quien vino a consultar (Zlachevsky, 2015, p.18). En este punto, es importante destacar la posición respetuosa del terapeuta Sistémico Centrado en las Narrativas respecto de lo que el sistema consultante desea trabajar en psicoterapia. Quien decide lo que le es doloroso es el sistema consultante, nunca el terapeuta, en este punto se marca una distinción respecto a posturas modernas de la psicología. La relación es horizontal, donde el profesional es experto en el arte de hacer preguntas desde el curiosear y el sujeto que consulta experto en su propia vida. La co-construcción de significados se realiza en conjunto, tomando en cuenta que cada persona es un multiverso y en la conversación terapéutica se danza con cada uno de los relatos de identidad en los distintos dominios de existencia en los que habita la queja descrita en el lenguaje del sistema consultante.

Finalmente es importante mencionar, que la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, busca construir un vínculo terapéutico, que permita un encuentro humano, genuino, seguro y de confianza.

Particularmente el vínculo con María Teresa se desarrolló desde un comienzo en un ambiente de respeto y cordialidad, entre consultante y terapeuta, lo que se tradujo de en un trato ameno y buena adherencia al tratamiento. El proceso de construcción del vínculo fue

transitando en concordancia con la validación del sistema de creencias del consultante, que va más allá de haberlo respetado y tenido presente, implicó que para que la vinculación fuera efectiva, situar al terapeuta en el lenguaje del consultante. María Teresa avanza desde la verborrea, confusión y malestar significativo, lo que se considera en este estudio como una dificultad inicial en la terapia, hacia la calma, el alivio y la claridad, generado por el alivio sintomático. La inclusión en el espacio de terapia del lenguaje religioso marca el paso de la validación, no sólo de la consultante, sino que también de la terapeuta como integrante del sistema relacional. El respeto y valoración siempre presente, más la cercanía y honestidad de la conversación desde el no juzgar respecto al sistema de valores y creencias del terapeuta, permitió construir un vínculo de valoración para ambas.

Sobre la persona del terapeuta, la curiosidad y el suspender su propio sistema de creencias y valores, para mirar desde la perspectiva de la consultante, es el elemento clave en la construcción de explicaciones alternativas que hicieron transitar hacia el alivio emocional. Traer al espacio terapéutico el lenguaje que a la consultante le hizo sentido, fue valorado y generó la apertura de un canal de conversación que estuvo entrampado por varias sesiones. Como terapeuta se debió lidiar con resolver el entrampamiento del espacio de lo no dicho, en ese sentido fue fundamental buscar ese intersticio que permitiera la apertura al diálogo genuino, que en este caso ocurre al incluir la voz como “co- terapeuta” de la figura espiritual significativa de la consultante. Dentro del modelo de variables inespecíficas del terapeuta en psicoterapia, no se incorpora explícitamente la dimensión espiritual, por lo que en este caso el modelo queda aquí incompleto, ya que, la apertura al alivio no se explica desde lo descrito teóricamente en lo planteado por ese modelo.

Por último, como terapeuta durante el transcurso de la terapia se ha mantenido el interés constante y la valoración por la vivencia de la consultante, esto se explica en alguna medida por el desprendimiento de la búsqueda de “técnicas psicológicas” desde la teoría y centrarse en la epistemología y ontología de la TSCN, que permitió desde ese base de conocimientos, que el terapeuta buscara pasajes bíblicos y permitiera la voz de Dios en el espacio de terapia por sobre la aplicación de técnicas de psicológica tradicionales, que bajo el marco teórico de psicología moderna, no se hubiese intervenido de la misma manera.

Lo descrito anteriormente, trajo para la terapeuta, la apertura a un reencuentro con su propia narrativa, respecto a la dimensión espiritual. Lo que fue significativo para su propia experiencia. La mirada en retrospectiva de ello, desde la mirada de la terapeuta, es una de las riquezas de las corrientes posmodernas en psicoterapia, al dar visibilidad a la multiplicidad de voces que se co-construyen en ese espacio.

## **5. RESULTADOS**

En el presente apartado se describirán los resultados de las intervenciones realizadas, en el marco de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, en el caso de María Teresa.

Al recibir a la consultante en la primera entrevista psicológica, acude con una derivación de su terapeuta anterior con quien había completado diez sesiones, y sugería el abordaje de ciertos objetivos terapéuticos. Si bien en un comienzo, María Teresa está de acuerdo con lo planteado, a medida que van transcurriendo las sesiones, van emergiendo distintas narrativas en torno a la queja.

En este caso la co-construcción del problema esquematizado en el modelo X,Y,Z va modificándose a medida que avanza el proceso, se inicia el trabajo con uno de los objetivos propuestos previamente respecto a poder ordenar eventos de su vida, ya que se siente confundida. En ese momento el evento (Z) que moviliza a María Teresa, no es más la derivación para la continuidad del proceso de psicoterapia. La explicación o narrativa de ese evento está enmarcado en sentirse confundida y abrumada con los hechos que han afectado su vida (y). Dicha explicación, mantiene atrapada e inmovilizada a la consultante y genera la emoción de angustia (X), como malestar subjetivo.

Lo descrito anteriormente corresponde a la primera y segunda sesión, a partir de ello los movimientos terapéuticos fueron generando cambio en la co-construcción del problema o queja.

En la tercera y cuarta sesión se trabaja utilizando la metáfora narrativa del relato para el anclaje y apropiación de sus propias historias como narrativas de identidad, que aliviaran a la consultante en su confusión. Esto permite que a través de técnicas narrativas se empodere de su historia fortaleciendo sus recursos personales y factores protectores, resignificando la narrativa de su vida, trayendo consigo, por una parte, disminución del nivel de angustia. Respecto a lo anterior el uso de esta técnica terapéutica cognitiva narrativa, si bien no forma parte como de la Terapia sistémica centrada en narrativas, contribuye a un aporte sustantivo a la hora de dar respuesta la queja inicial de la consultante respecto a lo que ella refiere como necesidad de “dar orden” a los hitos que marcaron su vida, lo anterior a ojos de la autora esto genera un encuadre o pie inicial para el camino a la resignificación o reencuentro con su narrativa personal.

En la quinta sesión se produce un cambio en la co-construcción del problema, a partir de re-cordar eventos de su vida, emerge un nuevo por qué ahora (Z), aparece la solicitud de divorcio por parte de su esposo, cambiando el temple anímico (Y) a Rabia. La explicación a esto se mantiene en la confusión de no entender por qué (X).

Es en este encuentro donde el dominio de existencia pasa al plano de relación de pareja donde aparece el espacio de lo no dicho, donde los valores y creencias de la consultante se apropian del espacio y de su narrativa. Lo “que no puedo decir” se transforma en angustia y la sensación de no poder ser comprendida en ese dolor, donde el relato dice relación con “ser mala” o “Haber fallado”.

En las sesiones siguientes emerge en el espacio de terapia la dimensión espiritual. Dentro del relato de vida de la consultante desde el dolor y el sufrimiento, aparece anclado en sus narrativas de identidad, la religión y la imagen de Dios, solo él puede ayudarla en este malestar. Las ideas dominantes respecto al “pecado” desde la religiosidad la mantienen temerosa y distante de su principal factor protector.

Al realizar una análisis de las sesiones desde el dominio de existencia donde “algo” ocurre, que, en este caso, corresponde a la Solicitud de divorcio, llevó a que María Teresa, viera amenazado su sistema de significados en torno a su relación con Dios y la religión. Lo anterior atenta además con los discursos sociales dominantes respecto a la idea del matrimonio y la familia, como algo que se mantiene “para toda la vida”.

En este sentido, la culpa y castigo, a través del dolor físico, le es funcional a la consultante en el dominio de existencia de su relación con Dios, y disfuncional, en el dominio personal y social, manteniéndola en constante malestar emocional.

La terapeuta invita a participar del espacio terapéutico a la dimensión espiritual, ajustándose a las redes de significado preferidas de la consultante, dialogando en su propio lenguaje. Esa intervención ortogonal logra la apertura genuina al diálogo en este nuevo sistema, conformado por terapeuta, consultante y dimensión espiritual. Emerge así un nuevo X, Y, Z, donde la emoción (Y) se transforma en miedo y la explicación (X) en la incertidumbre de no saber si Dios pueda perdonarla por pensar que su hija arruinó su familia y matrimonio.

Ahora en el espacio terapéutico se conversaba en un lenguaje común, el uso de medios narrativos con fines terapéuticos, como las cartas y en las sesiones de “la palabra de Dios” a través de pasajes Bíblicos, vuelven a acercar a la consultante a su sistema de creencias preferido, la terapeuta utiliza el espacio de terapia para validar sus creencias y valores, permitiendo que se abra el espacio de lo no dicho en una nueva co-construcción del problema, emerge así la Tristeza (X), bajo la explicación de haber perdido al hombre que amaba (Y) al haber ocurrido el evento desencadenante (Z) de la solicitud del divorcio. Esta co-construcción se transforma en sí misma en una intervención terapéutica. Ahora no solo hablamos un lenguaje común, sino que, además, la consultante se siente validada en su dolor.

Todo lo anterior pudo ocurrir, bajo el supuesto de que solo es posible perturbar el sistema, en coherencia con el propio sistema reflexivo de creencias del consultante.

Lo anteriormente descrito, lleva a María Teresa a modificar su temple anímico, manifestando que se siente aliviada, tranquila y liberada del sentimiento de culpa y miedo de no ser perdonada: *“Me siento como una pluma ahora... quiero una vida más bonita para mí”*. Finalmente, la consultante, retoma su participación en la iglesia y se mantiene tranquila, continúa escribiendo cartas, y asistiendo cada dos meses a compartir una conversación

terapéutica en el espacio, entre consultante, terapeuta y la dimensión espiritual.

El regreso de la consultante a la iglesia es relevante en el caso, ya que, la distancia de María Teresa de la iglesia como grupo de apoyo, surge desde el malestar en su temple anímico asociado a su relación con Dios, es por esta razón que la consultante llega a Policonsultar en el servicio de salud en APS y en consiguiente a la terapeuta. La autora pone énfasis en el hecho de del regreso de la consultante a la iglesia de la cual había estado distanciada, como también un aporte desde la mirada de salud comunitaria de APS, al modificar su ecomapa también baja el nivel de riesgo salud, ya que, como análisis de salud familiar, las redes de apoyo comunitario son considerados como factor protector en la salud de las personas.

## **6. REFLEXIONES FINALES**

En el siguiente apartado, se expondrán las reflexiones que realiza la terapeuta/investigadora, en torno al proceso de tratamiento y la realización del estudio.

Se considera relevante mencionar que la principal relevancia de la presente investigación está puesta en la particularidad y riqueza que otorga un estudio de caso. A su vez, si bien no es posible establecer generalizaciones, este estudio podría aportar a la transferibilidad y creatividad, en la medida que ofrezca a otros terapeutas la posibilidad de beneficiarse de la forma de proceder presentada, en casos similares.

Para iniciar las reflexiones respecto al caso, se considera poner el foco en dos aspectos centrales; el abordaje terapéutico clínico en el contexto de salud en atención primaria y la persona del terapeuta.

Respecto al abordaje del caso clínico en atención primaria, el desafío de continuar un proceso terapéutico que lleva más de veinte años en intervención farmacológica, y luego de diez sesiones previas de psicoterapia, sin mayor alivio sintomático, resultó en sí mismo un desafío. Resultaba sencillo seguir encaminándose en los protocolos de tratamiento y abordaje propuesto por las orientaciones técnicas de salud mental, que desde una posición de “poder” en el conocimiento de las quejas de las personas, establece lineamientos básicos de trabajo. Era sencillo abrumarse desde la postura del terapeuta, por la seguidilla de problemáticas presentes en la historia de vida de la consultante, la terapeuta al leer la ficha clínica se abrumó al pensar, la cantidad de temas a “intervenir”, la cantidad de programas a derivar y todos las narrativas que ahí, supuestamente había que deconstruir.

La lectura de la ficha clínica y antecedentes de la consultante era aproximarse a la persona de manera limitada y reduccionista, era mirarla desde el déficit, desde la patología y desde la privación social. Si se le pregunta a la terapeuta, cuánto de la consultante se ve reflejado realmente de acuerdo con los datos que ahí aparecen, podría responder que muy poco.

Mirando desde otra vereda, se dispone a poner en estas reflexiones la persona del terapeuta, porque quizás la única deconstrucción que hubo en este caso fue precisamente la mirada del rol del terapeuta. Desde la revisión teórica estaban claros los principios, persona experta en su vida, co-construcción del problema, respeto por el sistema de creencias del consultante, etc. En el trabajo con María Teresa la terapeuta no solo tuvo que suspender sus propias creencias, valores, visiones de la vida y del problema, sino que, debió dar un paso más allá y encarnar el sistema de significados preferido de la consultante para hacerlo parte

del espacio de terapia, en palabras más simples, el respeto genuino llevado a la acción.

El relato de la consultante puso en conflicto los propios juicios de la terapeuta respecto a la maternidad, al feminismo, a la violencia hacia la mujer, hacia el abuso sexual, ¿Al comprender este dolor, se está validando la violencia y el abuso?

Desde la ontología de vida de la terapeuta, caminaba a deconstruir todos esos discursos dominantes disruptivos, a los ojos de ella, para la consultante. Quizás de no haber realmente puesto en acción lo planteado en los principios ontoepistemológicos de la TSCN, la consultante continuaría, en un temple anímico displacentero y siendo rotulada por el sistema de salud como Policonsultante.

Es por ello, que la terapeuta que participó del caso piensa que al adscribirse al Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas y a su supuesto que concibe al consultante como experto en su propia vida (Zlachevsky, 2015), fue posible adquirir una postura más respetuosa y ética acerca de la libertad de la consultante para escoger lo que para ella es problemático y lo que desea trabajar; lo que pareció tener sentido para ella, ya que se mantuvo en el proceso terapéutico dando respuesta a sus expectativas.

En la misma línea, cabe señalar que el modelo Sistémico Centrado en las Narrativas favoreció una intervención breve, ya que al sustentarse en una postura postmoderna fue posible centrarse en el aquí y el ahora de la consultante y en el problema específico que ella decidió trabajar. Alejándose de otro tipo de intervenciones tradicionales que suelen involucrar mayor tiempo, ya que, al sustentarse en una postura moderna, aíslan al consultante de su contexto actual y se concentran en la inalcanzable búsqueda de la verdadera naturaleza del problema que se encontraría oculta al interior de la mente individual y en los problemas

pre-definidos desde la tradición en el modelo Biopsicosocial (Gergen, 2001).

Frente a lo anterior, la autora quisiera mencionar que, el interés por demostrar la centralidad de la dimensión espiritual en el caso, bajo ningún punto de vista, busca opacar o rechazar el impacto de la terapia, en los efectos traumáticos del abuso. La autora como funcionaria de salud pública en APS desde un modelo de salud familiar y comunitario independiente de la forma de abordaje terapéutico, pone sobre la mesa y realiza consejería y educación (lineamientos del trabajo en APS) respecto a situaciones de abuso y Violencia. Y autora de esta revisión expresa su preocupación respecto a la delgada línea en relación con respetar “a ojos cerrados” las preferencias de la consultante, frente a eso considera que, respecto a hechos de abuso, discriminación, violencia o cualquier violación a los derechos humanos, los postulados del modelo debieran ser más enfático respecto al rol de terapeutas como agentes de cambio, ya que va más allá de consideraciones técnicas, son consideraciones éticas. Como se revisa en los antecedentes teóricos, la sugerencia desde los lineamientos técnicos del ministerio de salud respecto al abordaje terapéutico desde el modelo cognitivo conductual, parece no ajustarse coherentemente a la visión de la salud mental comunitaria respecto a los procesos promocionales y preventivos, frente a lo cual las miradas posmodernas en psicoterapia pudieran aportar estrategias enriquecedoras de estos proceso y no centrarse solamente en el alivio sintomático, lejano al modelo biopsicosocial, que visualiza a las personas como agentes de cambio socio comunitario.

Encontrarse con la consultante, desde la curiosidad genuina, desde lo no dicho, desde la idea de comprender, de que los problemas se construyen en el Lenguaje y pueden disolverse en él, es bajo esa mirada que el espacio de lo no dicho es infinito; así como también

el horizonte de posibilidades que puede traer el encuentro en una conversación terapéutica. Entender que el terapeuta es parte de ese espacio, lleva a pensar en la delicada tarea de hacer psicoterapia, y del cuidado y respeto que requiere esa relación. Porque, ante todo, por la pregunta sobre desde dónde situarse como terapeuta y entender al ser humano, se considera significativo incluir en este espacio el concepto de Amor, amor en términos de Maturana, de legitimación del otro en un espacio de igualdad (Maturana, 1991).

Para finalizar, parece importante realizar algunas reflexiones en relación con las debilidades de este estudio y las posibles proyecciones para investigaciones futuras de este tipo. La terapeuta investigadora decide manifestar y poner cuidado respecto a los límites respecto a la queja del consultante, por ejemplo, en relación la vulneración de derechos, delitos y temas legales. En este caso los temas legales estaban resueltos, y no se estaba frente a un consultante menor de edad. El rol de los adultos, y sobre todo de adultos funcionarios de servicio público tienen la obligación de dar cuenta de los delitos y vulneraciones ocurridos, manifestado este paso de manera explícita en el setting terapéutico al hablar de confidencialidad.

En el caso de María Teresa, no estaba siendo actualmente vulnerada, no había menores involucrados, ni causas judiciales abiertas. Como terapeuta/investigadora se considera que la postura ética respecto al ejercicio de la salud y la psicología principalmente en salud pública es algo que no se puede trazar.

Por otra parte, se considera que este estudio podría ser replicado utilizando una muestra más amplia, para potencialmente dar cuenta de la riqueza y variabilidad que se presenta en diferentes casos, unidos por la temática de diagnósticos de larga data y pacientes

policonsultantes de atención primaria, en contextos rurales, pero con particulares historias biográficas, definiciones del problema y objetivos terapéuticos.

En la reflexión posterior a esta revisión, se considera importante trabajar en el acompañamiento terapéutico, el cual se sostiene hasta la actualidad, en lo mencionado respecto a la empatía con la propia experiencia de la consultante respecto a al temple anímico asociado al dominio de existencia de la consultante con su hija. Lo mencionado podría contribuir a las Narrativas de reparación y bienestar emocional, también desde una perspectiva de género.

La relevancia ética en este estudio muestra que los límites respecto a la naturaleza de las intervenciones y la co-construcción de los objetivos transita al límite de los márgenes legales y éticos, en este caso particular, se pudo validar la dimensión espiritual como objetivo primario, debido a que no había menores de edad involucrados en situación de negligencia, ni situaciones actuales de maltrato, ni causas judiciales en curso. Como terapeuta ejerciendo además en el servicio público, estos aspectos éticos desde la postura ontoepistemológica de la persona que realiza esta revisión, no se pueden trazar a la hora de construir objetivos de intervención terapéuticos.

Más allá de lo anterior, en este estudio se visualiza a la consultante, como alguien que le permitió a la terapeuta construirse. Y en el espacio de terapia co-construirse junto a la consultante. Esa relación, hizo que algo emergiera, una narrativa distinta, una belleza nueva.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. Goolishian, H (1991). “Sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar”. Revista de psicoterapia, Vol. 2, N° 6-7.
- Anderson, H. (2000) “Conversación, Lenguaje y Posibilidades: Un enfoque Posmoderno de la psicoterapia”. Editorial Amorrortu, Bs Aires.
- Buela-Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos<sup>1</sup>. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2(3), 525-532.
- Bruner, J. (1996). “Realidad Mental y Mundos posibles”. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- CESFAM Paredones, (2015). “Protocolo de usuarios clasificados como Policonsultantes”.
- Comstock GW, and Partridge KB. Church attendance and health. J Chronic Diseases. 1972; 25: 662-672.
- Cuevas, A. (2002), “Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología”. Revista cubana de psicología, Vól 19, Nro 1.
- Dell, P. F. (1985), “Understanding Bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences”. Journal of marital and family therapy, 11(1), 1-20. Traducción: Demichelli.
- Fernández, M. (2016). “Cambio histórico, sociedad secular e Iglesia: Interpretaciones del mundo católico ante un contexto de transformación. Chile, 1960-1964”. Teología y vida, 57(1), 39-65.
- Florenzano, R. (2010), “Religiosidad y Salud Mental: ¿Amigos o enemigos?”. Rev GPU

- 2010; 6; 2: 221-229.
- Keeney, B. (1987) “La Estética del cambio”. Editorial Paidós, Bs. Aires.
  - Keeney, B (1990) “La improvisación en Psicoterapia. Guía práctica para estrategias clínicas creativas”. Editorial Paidós, Bs. Aires.
  - Gergen, K. Warhus, L. (2001) “La terapia como construcción social. Dimensiones, deliraciones y divergencias”. Revista Sistemas familiares. Año 17 N°1. Buenos Aires.
  - Gergen K. (2006), “Construir la Realidad”, Ediciones Paidós. Barcelona, España.
  - Gergen K. (2006), “El yo Saturado”, Ediciones Paidós. Barcelona, España.
  - Gergen, K; Gergen, M. (2011). “Reflexiones sobre la construcción social”, Ediciones Paidós. Barcelona, España.
  - González-Rey, F. (2006). Investigación Cualitativa y Subjetividad. Guatemala. ODHAG.
  - Guba, E. y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en Competencia en la Investigación Cualitativa. En Denman, C. y Haro, J. (Ed.), Por los Rincones. Antología de Métodos Cualitativos en la Investigación Social. Revista Región y Sociedad, XIV (23), 113-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10202314>
  - Heidegger, M. (1951), “El ser y el tiempo”. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, Argentina.
  - Ilustre Municipalidad de Paredones (2018). “Plan Comunal de Salud 2018”.
  - Maturana, H. (1992). El sentido de lo Humano. Santiago, Chile: DOLMEN
  - Maturana, H (1999). “Transformación en la convivencia”. Dolmen ediciones.
  - Maturana, H. Varela, F. (2007). “El árbol del conocimiento”. Ed. Universitaria, Santiago, Chile.
  - Ministerio de Salud (1999), “Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría”. Unidad de Salud

Mental, Chile.

- Ministerio de Salud. (2010) “Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020”.
- Ministerio de Salud (2013), “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”.
- Ministerio de Salud (2013), “Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más”.
- Ministerio de Salud (2014), “Manual Series REM 2014-2016”
- Ministerio de Salud (2015), “Salud mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones”
- Ministerio de Salud (2017). “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025”
- Minoletti A. López C. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.
- Miranda, G & Saffie, X. (2014). “Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile?”. Acta bioeth. vol.20 no.2, Santiago.
- Montero, I., & León, O. G. (2002). “Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología”. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2(3), 503-508.
- Organización Mundial de la Salud (1978), “Alma-Ata 1978, Atención primaria de salud”.
- Sassenfeld, A. (2010) “Algunas reflexiones sobre la hermenéutica filosófica de Hans-Georg Gadamer y su relación con la práctica de la psicoterapia”. Revista GPU. Psiquiatría Universitaria.
- Scandar, M. G. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. Psicodebate, 14(1).


- Serrano, S. (2008). ¿Qué hacer con Dios en la República? Política y secularización en Chile (1845-1885). Santiago: Fondo de Cultura Económica .
- Stake, R. (1995). Investigación con estudio de casos. Madrid. España: Morata.
- Stake, R.E. (2007), “Investigación con estudio de casos”. Ed. Morata, Madrid, España.
- Watzlawick, P. compilado (1993). “La realidad inventada”. Ed. Gedisa, Barcelona, España.
- Yin, R. (1994). Case Study Research: Design and Methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zlachevsky, Ana María (1996), “Una mirada constructivista en psicoterapia”, Revista Terapia Psicológica, Año XIV, Vol. VI, N°26, Santiago de Chile.
- Zlachevsky A. (1998). ¿Es posible ser coherente?. Recuperado de [http://www.academia.edu/14236216/\\_ES\\_POSIBLE\\_SER\\_COHERENTE](http://www.academia.edu/14236216/_ES_POSIBLE_SER_COHERENTE)
- Zlachevsky A. (2003). Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas: Una Aproximación. Revista Universitaria Límite. 10, 47-64.
- Zlachevsky, Ana María (2010), “Una invitación a pensar lo ontológico en la psicoterapia conversacional”, Cuadernos de Postgrado en Psicología UV, Año 2010, N°2, Magíster en psicología clínica, mención psicoterapia constructivista y construccionista, Valparaíso, Chile.
- Zlachevsky, A. (2011) “La importancia de reflexionar sobre lo ontológico en el proceso de formación de terapeutas.” Revista actas psiquiátricas, Vol. 57, n°2. Buenos Aires.
- Zlachevsky, Ana María (2012), “Constructividad y razón narrativa: bases para operar en terapia narrativa”, Revista de psicología de la Universidad de Chile, Vól. 21, Nro 2. Santiago de Chile.
- Zlachevsky, Ana María (2015), “Relatos Clínicos, filosofía y terapia narrativa”. Ediciones

Mayor, Chile.

- White, M. & Epston, D. (1993). Medios Narrativos para Fines Terapéuticos. Barcelona, España: Paidós.

## 8. ANEXOS

### 8.1. Consentimiento Informado

 **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Paredones, 6 Febrero, 2017

A través del presente documento se invita a la Sra.  Rut:   
, a participar del estudio de caso Realizado por la psicóloga Consuelo Andrea Fernández López, Rut: 17.716.009-1, en el contexto del Magister de Psicología Clínica, Mención en Psicoterapia Construccionalista y Constructivista de la Universidad de Valparaíso.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, a continuación se explican las circunstancias y condiciones bajo las cuales se desarrollará la investigación:

1. **Objetivos del estudio**  
Describir el proceso y los efectos terapéuticos de una intervención realizada desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.
2. **En qué consiste su participación**  
Su participación en voluntaria.  
Se utilizará la información que surja en el contexto del proceso terapéutico desarrollado para llevar a cabo la investigación.
3. **Derechos de la participante.**  
La participante tiene derecho de manifestar dudas en cualquier momento de la investigación, y podrá retirarse del estudio en cualquier momento que considere necesario.

4. Reserva de identidad.

Los nombres de los participantes no serán revelados, siendo sustituidos por nombres ficticios.

5. Confidencialidad de los datos

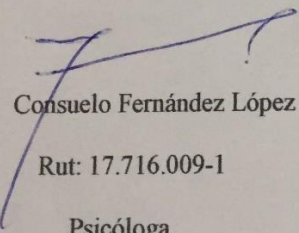
La información recogida será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito, fuera de los de esta investigación.

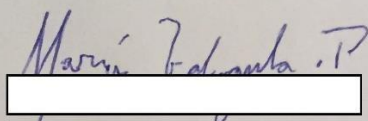
6. Costos y pagos.

Al ser realizada en contexto de atención pública la psicoterapia no tendrá costo para la consultante. Del mismo modo no otorgará dinero por concepto de pago a quienes participen en el estudio.

7. Utilización y publicación de los hallazgos.

Una vez que la investigación finalice, los resultados podrán ser divulgados a través de instancias académicas o publicaciones de la disciplina psicológica o médica, resguardando la identidad de los participantes.

  
Consuelo Fernández López  
Rut: 17.716.009-1  
Psicóloga

  
  
Rut:   
Colaboradora del estudio

## 8.2. Carta 1

*“Mi Dios, sé que estás ahí para escucharme como tu hija, no podía sacar esto tan doloroso que siento aquí dentro y me avergüenzo de mirarte a la cara, quiero pedirte perdón por no cumplir tus mandatos y por...pensar que mi hija tuvo la culpa de destruir mi familia, tengo rabia, furia, yo no quiero pensar así pero no puedo sacarme esa idea de adentro mi Dios...tengo miedo mi Dios, miedo de que no me perdones.*

*Porque tú dices proclama para que yo te perdone y enséñame a perdonar a los demás porque me hace bien para mi persona. Tú sabes cuantos pecados tengo, y también sabes que no quiero pecar, pero se me escapa de mis manos.*

*Señor Jesús no quiero ofenderte con mis pecados, perdóname, mi señor, Señor quiero ordenar mi vida y portarme bien para adelante*

*Muchas gracias por todo”.*

### **8.3 Carta 2**

*“Señorita: He estado un poquito mejor, ahora que siento que Él me acompaña y me perdonaría, miro hacia adelante, quiero que me ayude a perdonar, ahora puedo hacerlo porque siento paz en el corazón y estoy tratando de fabricar un mundo bonito para mí. Quiero gracias por mi familia, y mis hijos y mis nietecitos. Tengo que seguir mi vida”*

#### 8.4 Carta 3

Yo estoy muy bien ahora  
Me siento bien como siempre  
Tengo un hermoso camino por  
andar en mi vida

En el trabajo todo está parejo  
mi linda familia está bien por  
lo menos de salud

Mis 8 nietos están hermosos y lindos  
Estoy con poco tiempo para hacer  
cosas que quisiera en mi vida

Estoy en el trabajo haciendo esta  
carta son las 3 de la tarde.

A Dios agradezco todas las  
cosas que me han pasado.

Que Dios bendiga a mi familia  
y los cuide mucho siempre

Maria R. Ponce

## 8.5 Carta 4

En este día me siento mejor  
por un lado; pero por otro no tan  
bien.

El mejor logro de mi vida es  
haber conocido a Dios como mi padre  
hermano y el mejor amigo también.

Y el segundo logro es tener mis  
3 hijos quiero estar en paz conmigo  
misma.

Me siento triste por el por mi  
hija, quiero lo mejor para ella.

Como mujer me siento sola.  
Pido a Dios que me de paciencia  
~~amor~~ y calma y me ayude  
a seguir adelante.

Tengo que seguir mi vida

María Refugio P

8.6 Carta 5.

5-9-1916

Ola Señor Jesús

Don yo la Maria Teresa quiero contarte  
algunas cosas

¿Qui lo sabes todo de mi Señor  
¿Tu sabes mis alegrías y mi penas y sabe  
todo mis fracasos y te pido por favor  
que bendigas a mis 3 hijos, a los que  
quieren y los perdones y los salves para  
tu reino por lo mas importante que tengo  
en esta tierra

y que bendigas a todos mis nietos  
y los críos para tu reino mi Señor

Te pido por todo mis compañeros de  
trabajo por mi trabajo y mi salud  
por mis enemigos y enemigas tambien

Señor perdóname si tu quiere por todo  
lo malo que he echo en mi vida mi Señor  
Jesús te amo te quiero mucho mucho mucho

Ayúdame con mis nietos pequeños  
que necesito panitos por favor ayúdame  
tu eres mi hermano y mi amigo enpe aquí  
Maria Teresa Tapia

