



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

ESTUDIO DE CASO DE UNA JOVEN SUPERVIVIENTE DE LEUCEMIA, ABORDADO
DESDE EL
MODELO DE TERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN LAS NARRATIVAS

MARIA PAZ MARIN FARIAS

Profesor Guía: Carlos Varas Alfaro

Tesis: Estudio de caso presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso
para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica Mención en Psicoterapia
Constructivista y Construccionalista

Abril 2019

Valparaíso, Chile

AGRADECIMIENTOS

A Nicolás y Federico, pequeños y maravillosos seres que enternecen, enseñan y sonríen, y que si faltasen, “no habría milagro”.

INDICE

RESUMEN	6
1. INTRODUCCIÓN	8
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS	10
2.1 Caracterización del cáncer	10
2.1.1 Definición.....	10
2.1.2 Tipos de cáncer.....	10
2.1.3 Causas del cáncer	11
2.1.4 Tratamientos.....	12
2.1.5 Cáncer en cifras	13
2.1.6 Situación epidemiológica del cáncer en Chile	14
2.1.7 Interpretación de cifras de cáncer en Chile	16
2.1.8 Programas de cáncer y política.....	17
2.1.9 Leucemia	19
2.1.10 Leucemia en Chile.....	20
2.1.11 Aspectos psicológicos de la enfermedad oncológica	22
2.1.12 Malestar emocional en la enfermedad oncológica	23
2.1.13 El cáncer en la sociedad: la metáfora bélica	25
2.1.14 Aspectos psicológicos en enfermedad hematooncológica	28
2.1.15 Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización.....	29
2.1.16 Aspectos psicológicos asociados a quimioterapia.....	31
2.1.17 Aspectos psicológicos asociados a supervivencia.....	33
2.1.18 Psicooncología	40
2.2 Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas	45
2.2.1 Argumentos epistemológicos sobre elección de modelo terapéutico.....	45
2.2.2 Introducción al modelo TSCN	53
2.2.3 Fundamentos epistemológicos, de paradigma, y teóricos de la Psicoterapia sistémica centrada e n narrativas	55
2.2.4 Dominios de existencia	58
2.2.5 Sustentos ontológicos. Heidegger y Dasein	60
2.2.6 Sustentos ontológicos. Ortega y Proyecto.....	62
2.2.7 Tríada inseparable: Modelo XYZ. Co construcción de un problema	65
2.2.8 Premisas fundamentales en Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas	67
3. OBJETIVOS.....	69
3.1 Objetivo general	69
3.2 Objetivos específicos.....	69
4. ABORDAJE METODOLÓGICO.....	70
4.1 Fundamentos onto – epistemológicos	70
4.2 Estrategia de investigación: Estudio de caso.....	77
4.3 Técnicas o instrumentos de recolección de información	82
4.4 Criterios de rigor en la investigación cualitativa.....	82

4.5	Consideraciones éticas	85
5.	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	86
5.1	Identificación del caso.....	86
5.2	Antecedentes generales	87
5.3	Motivo de consulta o queja	89
5.4	Historia del problema	90
5.5	Análisis y descripción de la conducta problema	93
5.6	Establecimiento de metas de la intervención	95
5.7	Selección del tratamiento más indicado	96
5.8	Selección y aplicación de técnicas de evaluación	99
5.9	Aplicación de tratamiento	99
5.10	Evaluación de la eficacia de tratamiento.....	120
5.11	Estado del proceso y seguimiento	123
5.12	Vínculo terapéutico y persona del terapeuta	124
6.	RESULTADOS	129
7.	REFLEXIONES FINALES	132
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
9.	ANEXOS	144

INDICE DE TABLAS

Tabla N1. Cánceres y condiciones asociadas incluidas en programa AUGE GES.....	18
Tabla N2. Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés posttraumático DSM V.....	35
Tabla N3. Funciones del psicólogo en oncología.....	42

INDICE DE FIGURAS

Figura N1. Campo de la psicooncología y su relación con las principales disciplinas relevantes en el área.....	41
--	----

RESUMEN

El presente estudio de caso describe un proceso psicoterapéutico llevado a cabo bajo la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, modelo propuesto por Ana María Zlachevsky, en torno al caso de una joven superviviente de leucemia.

Para la descripción se utiliza la metodología de estudio de caso, el que se presenta mediante las normas para la redacción de casos clínicos de Buela – Casal y Sierra (2002).

Primero se realiza una revisión teórica del cáncer y leucemia, sus aspectos psicológicos, y se define la psicooncología. Se continúa con una crítica hacia la modernidad y de cómo la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas emerge como propuesta de intervención, siguiendo con una descripción teórico/ práctica del modelo.

La psicoterapia constó de ocho sesiones y se realizó en el Centro Médico de la Clínica Ciudad del Mar a partir de la consulta espontánea de una joven diagnosticada y tratada de leucemia, actualmente sin indicios de enfermedad. Desde modelo XYZ, se co-construyen cuatro problemáticas que describen el sufrimiento relacionado con sentimientos de ansiedad y temor.

A partir de las intervenciones realizadas, surgen nuevas narrativas que disminuyen el sufrimiento de la consultante, lo que da cuenta del logro de los objetivos de la psicoterapia. Se corrobora además la eficacia del proceso terapéutico mediante la aplicación del Cuestionario de Historias de Psicoterapia Adler, Skalina, y McAdams (2008).

Se concluye que la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas emerge como una propuesta novedosa de intervención útil para abordar la psicoterapia en el contexto oncológico.

ABSTRACT

The case of the study describes a therapeutic process completed under the model developed by Ana María Zlachevsky: Systematic Psychotherapy Focused on Narratives. The research focuses on the case of the young lady who survived to leukaemia.

The study uses the case study methodology, presented by the norms of the writing of the clinic cases described by Buela-Casal and Sierra (2002).

Firstly, a review of the theory of cancer and leukaemia is made, examining its psychologic characteristics and a definition of Psycho-Oncology is given. Secondly, the study does a critique of the modernity and how the Systematic Psychotherapy Focused on Narratives arises as a purpose of intervention. Thirdly, a theoretical/practical description of the model is offered.

The psychotherapy had eight sessions, and it was made in the Medical Centre of the “Ciudad del Mar” Clinic. It started with the appointment of a young lady diagnosed and in treated of leukaemia – at the moment healed -. The model XYZ describes four problems of the suffering, related to feelings of anxiety and fear.

From the psychologic interventions appear new narratives which help to decrease the suffering of the patient, demonstrating that the objectives of the psychotherapy were reached. Also, it is proven the effectiveness of the therapeutic based process on the application of the questionnaire applied by Adler, Skalina and McAdams in “Stories of Psychotherapy” (2008).

It is concluded that the Systematic Psychotherapy Focused on Narratives arise as a novel intervention which it works to the psychotherapy in the oncology context.

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se centra en el proceso terapéutico de una joven superviviente de leucemia, el cual es llevado a cabo desde los postulados de la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas.

Como marco contextual de este caso, se encuentra el cáncer, enfermedad relevante en gran parte del mundo, y en lo que Chile no es la excepción. De esta manera, representando la segunda causa de muerte en nuestro país, empuja a la elaboración de políticas públicas como la incorporación de 13 patologías oncológicas a las Garantías Explícitas en Salud y actualmente, a la discusión de la Ley del Cáncer.

El cáncer tiene la particularidad de involucrar aspectos psicológicos y sociales, lo que hace que quienes son diagnosticados no sólo vean afectada su esfera física, sino que toda su existencia comprometida. Si bien los tratamientos de la enfermedad han evolucionado favorablemente, en nuestra sociedad el cáncer sigue asociándose con sufrimiento, dolor y muerte en la mayoría de los casos. Esta característica de la enfermedad oncológica hace necesario su abordaje desde el modelo biopsicosocial, contexto en donde aparece la disciplina de la psicooncología.

La psicooncología, entendida como campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas, define como su marco de dedicación la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, además de la mejora de las competencias comunicativas y de interacción del personal sanitario. En cuanto al abordaje psicoterapéutico, la literatura describe intervenciones en su mayoría cognitivo conductuales y psicodinámicas, líneas con una epistemología moderna.

El abordaje psicológico en el contexto de oncología es algo complejo si se tienen en cuenta los efectos secundarios de los tratamientos, la potencial amenaza de muerte y el cambio repentino de vida que supone una enfermedad grave. Es por esto que cualquier psicoterapia en este contexto representa un desafío.

La psicoterapia es un área de la psicología caracterizada por la diversidad. Ha habido intentos de homogeneizar los procesos de terapia, sin embargo, lo que ha resultado es la conciencia de que existen múltiples formas de entender a los seres humanos y sus problemáticas, y a partir de esto, muchas propuestas de intervenciones. Cada modelo terapéutico representa coherencia con sus formas de entender lo humano, y éxito a la hora de trabajar con las personas. Además, cada terapeuta configura su propio modo de operar, lo que lleva a reflexionar que la elección de uno u otro modelo terapéutico tiene que ver con las creencias de cada psicólogo.

La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas se sitúa como un modelo terapéutico más entre otros, con bases en el posmodernismo, que plantea una propuesta alternativa a los abordajes tradicionales modernos. Este trabajo describe este modelo y describe un estudio de caso en el contexto de la oncología llevado a cabo bajo este modo de operar.

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

2.1 Caracterización del cáncer

2.1.1 Definición

Cáncer es el término utilizado para referirse a una multitud de procesos clínicos que tienen en común la existencia de una proliferación anormal de células. No es una enfermedad única, sino que engloba a una serie de patologías que tienen factores de riesgo diferentes, localizaciones distintas, cuadros clínicos propios, evolución y pronósticos diversos.

Las células cancerosas presentan un crecimiento descontrolado y tienen la capacidad de diseminarse por el cuerpo, mediante invasión a tejidos vecinos y metástasis. Las metástasis son las responsables de la mayoría de los fallecimientos en las personas diagnosticadas (Alberto Adansa y cols., 2012).

2.1.2 Tipos de cáncer

Según el tipo de células afectadas, los tipos de cáncer se pueden clasificar en carcinomas (el más común, proviene de células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo, siendo los más frecuentes el cáncer de pulmón, de mama y de colon), sarcomas (surgen de las células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo como el hueso, el cartílago, el tejido conectivo, el músculo y la grasa), linfomas (se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico), y leucemias (originados en las células que componen la sangre, como las de la médula ósea) (Cruzado, 2010).

2.1.3 Causas del cáncer

Las enfermedades oncológicas tienen un origen multifactorial, siendo producidas por influencias combinadas de factores genéticos, biológicos (como edad y sexo), exposiciones ambientales (como asbesto, aflatoxinas, luz ultravioleta o arsénico), infecciones crónicas (virus hepatitis B y C, papiloma y helicobacter pylori) y estilos de vida no saludables (Estrategia nacional de cáncer, 2016).

El envejecimiento de la población, tanto a nivel nacional como mundial, es un punto importante a la hora de comprender al aumento del cáncer. En muchos tumores las tasas de incidencia aumentan con la edad, lo que se ha interpretado como un efecto acumulativo de la exposición a cancerígenos, además de la pérdida de la eficacia de los mecanismos de reparación celular (Alberto Adansa y cols., 2012).

Aunque los mecanismos del cáncer no están totalmente descritos e interpretados, se han realizado esfuerzos para identificar factores de riesgo con el fin de realizar prevención de la enfermedad. De esta forma, se considera que el 70% de los tumores malignos podrían evitarse si se adoptasen hábitos de comportamientos saludables.

Los factores de riesgo son diferentes para cada tipo de cáncer. Entre los principales se encuentran el consumo de tabaco, alcohol, dieta alta en grasas saturadas y baja en fibra e ingesta de frutas y verduras, la inactividad física, la exposición a sustancias tóxicas, infecciones, riesgos ocupacionales y alteraciones genéticas (Cruzado, 2010).

2.1.4 Tratamientos

Una vez confirmado el diagnóstico, se requiere de acciones terapéuticas inmediatas.

Cruzado (2010) señala como los principales tratamientos del cáncer los siguientes:

- Cirugía: Consiste en la extirpación del tumor y/o tejido de la zona afectada. Al realizarla, se procura producir el menor deterioro posible, utilizándose además la realización de implantes, trasplantes, etc. Los efectos secundarios de este tratamiento dependen de varios factores, como la localización, tamaño del tumor, tipo de cirugía y estado general de salud de la persona intervenida.

- Quimioterapia: Consiste en el empleo de fármacos para destruir las células neoplásicas, pudiéndose utilizar uno solo o una combinación de varios tipos. La quimioterapia puede ser adyuvante (aplicada tras la cirugía para prevenir la aparición de nuevos tumores), neoadyuvante (para reducir tamaño del tumor y aplicar cirugía u otro tratamiento local) o paliativa. El tratamiento conlleva una serie de efectos secundarios que varían dependiendo del fármaco y dosis utilizados, siendo los más frecuentes la alopecia, astenia, infecciones, pérdida del apetito, náuseas y vómitos y diarreas, los que suelen desaparecer gradualmente finalizado el tratamiento.

- Radioterapia: Consiste en la utilización de radiaciones para destruir las células tumorales. Comúnmente se utiliza en forma combinada con otro tratamiento. Puede administrarse de manera externa o interna. Para su realización, es necesario determinar la zona a radiar, de forma que se pueda aplicar la dosis adecuada de forma continuada sobre la zona delimitada. La radiación en sí no causa dolor, pero puede producir efectos secundarios que en su mayoría son temporales, siendo el más frecuente la astenia, y en el caso de administración externa, se

pueden producir quemaduras en la zona tratada, que hacen que esté más sensible, enrojecida y que se experimente sensación de quemazón.

- Hormonoterapia: Utilizado en aquellos tumores que dependen de hormona para su crecimiento, este tratamiento impide que las células cancerosas utilicen la hormona que necesitan para crecer. Genera poca toxicidad, siendo los efectos secundarios más frecuentes la fatiga, retención de líquidos, aumento de peso, sofocos, náuseas y vómitos o cambios de apetito. Dependiendo del tipo de terapia hormonal los efectos van a ser de carácter temporal o definitivo.

- Inmunoterapia o terapia biológica: Consiste en la estimulación del sistema inmune para que desencadene una respuesta y aumente las defensas ante el tumor. En ocasiones es útil para reducir los efectos secundarios derivados de los tratamientos oncológicos, y sus propios efectos secundarios varían en función del tratamiento empleado, y por lo general desaparecen al finalizarse. Es común la aparición de síntomas similares a los de la gripe, como fiebre, dolor muscular, debilidad, náuseas, vómitos o diarrea, así como erupciones cutáneas, sangrado e inflamaciones.

2.1.5 Cáncer en cifras

El cáncer, que representa una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, ha mostrado un incremento constante en su incidencia en todos los países. El número de casos nuevos en los países desarrollados se ha duplicado en los registros mundiales desde 1975 al año 2000. La prevalencia mundial es de 24,6 millones de personas con cáncer (dentro de los primeros cinco años del diagnóstico). El 53% de los nuevos casos ocurre en países subdesarrollados.

Las enfermedades oncológicas contribuyen en un 7,6% de los Años de vida saludables perdidos (AVISA) a nivel mundial.

A nivel global, se estiman 67 millones de muertes al año por la enfermedad oncológica. El cáncer que más mortalidad produce es el de pulmón (147%), seguido del cáncer hepático (12%) y gástrico (12%) (Alberto Adansa y cols., 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos, previéndose que este número aumente a 22 millones en los próximos 20 años. El año 2015, habría causado 8,8 millones de muertes, y cerca del 70% de estas defunciones ocurre en países de ingresos medios y bajos. Los tipos de cáncer que ocasionan más fallecimientos son el pulmonar, hepático, colorectal, gástrico y mamario (OMS, 2017). Según la Organización Panamericana de la Salud, el cáncer representa una de las mayores causas de mortalidad en las Américas, produciéndose en el año 2012 1,3 millones de muertes en la región. La mayoría de los fallecimientos son a causa del cáncer de pulmón, próstata y colorectal en hombres, y cáncer de pulmón, mama, y colorectal en mujeres.

Se estima que en el año 2030 las muertes producidas por cáncer aumenten a más de 2,1 millones, y que se diagnostiquen 1,8 millones de casos nuevos en América Latina y el Caribe (Actualización programa nacional de cáncer y desafíos del programa de cáncer cervicouterino, MINSAL, s/f).

2.1.6 Situación epidemiológica del cáncer en Chile

La información epidemiológica se basa en los registros poblaciones y registros hospitalarios, además de los registros de defunciones.

Al igual que en el resto del mundo, en Chile ha variado la mortalidad por grandes causas, pasando de una mayoría de defunciones por enfermedades transmisibles en la década de 1960, a una predominancia de las enfermedades del sistema circulatorio y cáncer (enfermedades no transmisibles) como las principales causas de muerte actualmente. Esto, se puede explicar por el aumento en el nivel de las condiciones de vida, el envejecimiento poblacional, cambios en el estilo de vida y los avances en la provisión de los servicios de salud. Los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en Chile, después de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2015, se produjeron 26.866 fallecimientos por esta causa (14.045 hombres y 12.821 mujeres), correspondiendo al 26% del total de las muertes. Se proyecta que en los próximos 5 años el cáncer sea la primera causa de muerte (Indicadores básicos de salud Chile 2015).

Anualmente, 45.000 adultos y 500 niños son diagnosticados de cáncer. (Jornada PANDA, MINSAL, 2017).

Las enfermedades tumorales son la primera causa de carga por enfermedad, con el total de 13,8% del total de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) en 2013 (Estrategia nacional de cáncer, 2016).

Los tumores más frecuentes, desde el punto de vista de la mortalidad y de carga de enfermedad son estómago, pulmón, vesícula y vías biliares, colon, mama, próstata y cervicouterino. Exceptuando el cáncer de pulmón, Chile tiene la mayor carga de enfermedad en todos los cánceres en comparación con la carga a nivel mundial (Estrategia nacional de cáncer, 2016).

Respecto de la mortalidad por cáncer, ésta aumenta con la edad, en especial después de los 59 años, y es mayor en los hombres. Los tumores que representan los primeros

lugares como causa de muerte en los hombres son el cáncer de estómago, seguido por el de próstata; en el caso de las mujeres, son el cáncer de mama, seguido de estómago, tráquea, bronquio y pulmón, y vesícula. La mortalidad varía a lo largo del país, siendo las regiones más afectadas Antofagasta, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, Magallanes y Los Ríos.

El conjunto por la mortalidad por cáncer ha bajado, siendo las disminuciones más relevantes las observadas en cáncer de esófago, cérvico uterino, vesícula biliar, esófago y estómago. Sin embargo, aumentaron los cánceres de endometrio, colon, recto e hígado.

Se ha demostrado que la clase social y la etnia tienen un impacto negativo en la incidencia, tratamiento y mortalidad del cáncer. Esto, tendría relación con varios factores incluidos los socioeconómicos, al haber mayores dificultades para el acceso a centros terciarios de alto nivel de atención del cáncer. La población de menor nivel socioeconómico tiene mayor mortalidad por cáncer, independiente del sexo. (Estrategia nacional de cáncer, 2016).

2.1.7 Interpretación de cifras de cáncer en Chile

El aumento de las cifras de cáncer a nivel nacional se puede interpretar, por una parte, por el envejecimiento de la población. Desde la década del 50, la expectativa de vida en Chile aumentó desde 55 años a 80,5 en 2015 (83,4 en mujeres y 77,4 en hombres), y se proyecta que en 2050 llegue a los 87,8 años. En consecuencia, el número de personas que llega a las edades en donde suele aparecer el cáncer es cada vez mayor.

Por otro lado, se ha demostrado que existe un predominio de estilos de vida poco saludables, existiendo un alto consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo, sobrepeso y obesidad.

2.1.8 Programas de cáncer y política

Debido a lo anterior, el cáncer representa uno de los mayores desafíos actuales de la salud pública chilena. Es por esto que se ha venido trabajando progresivamente en políticas para su abordaje. En 1986 se formó la Comisión Nacional del Cáncer, y un año más tarde, se creó la Unidad de Cáncer en el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino. Al mismo tiempo, se crean los Programas Nacionales de Drogas Antineoplásicas del niño y del adulto (PINDA y PANDA).

En la década del 90 se implementan los Programas de Cáncer de Mama (1995), el desarrollo de Radioterapia (1997), los primeros Registros Poblacionales de Cáncer (1998), y el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (1999).

En el año 2005, como parte del proceso de Reforma de Salud, se implementa la Política AUGE – GES, las Garantías Explícitas en Salud. El programa otorga garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad para 80 patologías. Incluye al sistema público y privado, y permite a las personas acogerse a sus garantías y derechos, pero exclusivamente en el conjunto de prestadores que la aseguradora (Fonasa o Isapre) disponga para ello.

La Política Pública AUGE – GES incluye a 13 cánceres y condiciones asociadas, como se muestra en la tabla N1. Los tumores representan el 75% de los tumores de mayor prevalencia, el alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos, la prevención

del cáncer gástrico y de vesícula, y el abordaje de la depresión en mujeres con cáncer de mama.

Lo anterior se concreta en atenciones a través de la Red Oncológica Nacional, la cual da respuesta a los requerimientos de los programas de salud. Actualmente dispone de 23 centros de tratamiento de cáncer para el adulto, 20 centros de tratamientos de cáncer infantil, 1 red de radioterapia, con 7 centros en el sector público, 73 unidades de cuidados paliativos, 42 unidades de patología mamaria, 43 unidades de patología cervical, 1 centro de trasplante de médula ósea del adulto y 1 centro pediátrico, y 1 laboratorio de exámenes complejos y 2 en desarrollo.

De todas maneras, existen problemas para satisfacer la creciente demanda de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tanto en cantidad de atenciones como en calidad.

Cervicouterino
Mama mayores de 15 años
Cánceres en menores de 15 años - Linfoma y tumores sólidos - Leucemia
Testículo en personas de 15 años y más
Linfoma en personas de 15 años y más
Gástrico
Próstata en personas de 15 años y más
Leucemia en personas de 15 años y más

Colorectal en personas de 15 años y más
Ovario Epitelial
Vesical en personas de 15 años y más
Osteosarcoma en 15 años y más
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
Colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años
Tratamiento de erradicación del Helicobacter pylori
Abordaje de la depresión en mujeres con cáncer de mama

Tabla N1. **Cánceres y condiciones asociadas incluidas en Programa AUGE GES**

2.1.9 Leucemia

La leucemia se encuentra dentro del grupo de enfermedades oncohematológicas junto con los linfomas y el mieloma múltiple. Estas enfermedades, que tienen distintos patrones de comportamiento y respuestas al tratamiento, se caracterizan en general, por el fracaso de funciones de la médula espinal y por el impacto emocional que provoca, al amenazar la vida y estabilidad de quien es diagnosticado (Remor y cols., 2003).

En las leucemias existe un aumento notable en los niveles de glóbulos blancos o leucocitos, afectando la sangre y la médula ósea. En estos casos no es posible identificar un tumor sólido localizado. Es un concepto que engloba varias neoplasias con distintas formas de presentación, diversos tratamientos y pronósticos. La Organización Mundial de la Salud, en la clasificación del año 2008, reconoce al menos 25 tipos de leucemia.

Según su procedencia, se pueden clasificar en linfoide o mieloide, que a su vez, pueden ser agudas (de rápida progresión) o crónicas (lenta progresión).

Han existido avances en las técnicas para detectar las anomalías que provocarían estas enfermedades, las que influyen en los distintos momentos: diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Sin embargo, las pruebas diagnósticas, ahora más seguras, continúan siendo agresivas e invasivas para las personas: punciones de médula ósea, numerosos pinchazos en vena, etc.

En cuanto a los tratamientos, se encuentra la quimioterapia, la cual se establecería en fases: de inducción (aplicación de distintos protocolos y evaluación respuesta obtenida); de consolidación/intensificación (aplicación de tratamiento en dosis más altas, que provocan mayores efectos secundarios); y de mantenimiento (tiene como objeto terminar con la enfermedad que pudiera existir residualmente). En muchas personas está indicado el trasplante de médula ósea. También se encuentran los inmunomoduladores, el tratamiento de las recidivas, y de secuelas y segundas neoplasias.

De todas maneras, es importante destacar las mejoras en los tratamientos de soporte que se traducen en disminución de la toxicidad del tratamiento y el interés en los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la enfermedad, lo que tiene considerable importancia en la mejora de la calidad de vida.

2.1.10 Leucemia en Chile

Según el primer informe de los registros poblaciones de cáncer, Chile tiene una tasa de incidencia de leucemia de 6,1 y 4,2 x 100.000 hbt/año, constituyendo el 2,6% de todos los cánceres.

La leucemia ocupa el décimo primer lugar en términos de mortalidad por tumores malignos (DEIS), siendo responsable de 759 fallecimientos el año 2013 (403 hombres y 356 mujeres), con una tasa ajustada de 3,3 x 100.000 hbt/año.

En las últimas décadas, la tasa de sobrevida relativa a 5 años de las leucemias ha ido mejorando. De esta manera, en la década del 60 una persona con leucemia tenía el 14% de posibilidades de sobrevida a 5 años, en los años 70 un 22% y en el año 2000 se elevó a un 48%.

La leucemia para personas mayores de 15 años está incluida dentro de las 80 patologías garantizadas por el programa GES. La guía clínica establecida está dirigida a población de ambos sexos de 15 años y más de edad, con sospecha de leucemia, y pacientes adultos con leucemia diagnosticada. Plantea como sus objetivos:

- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad por leucemia en Chile y aumentar la proporción de leucemias detectadas en forma precoz.
- Orientar a médicos generales y otros no especialistas respecto de la identificación de los pacientes de riesgo que debieran ser candidatos a derivación.
- Aportar recomendaciones sobre el manejo de personas con leucemia desde su prevención hasta el tratamiento de los casos progresivos, basadas en la mejor evidencia científica disponible, el consenso de los expertos y adecuadas al contexto nacional.
- Disminuir la variabilidad de la atención en el manejo preventivo, tratamientos y seguimiento de las leucemias

El flujograma indicado en guía GES para leucemia en personas de 15 años y más contempla desde la sospecha de casos para derivación a especialista hematólogo – internista, en donde se descarta o se considera la sospecha fundada, en cuyo caso se debe

derivar a un centro especializado para confirmación, estudio, tratamiento y seguimiento de adultos con leucemia, y seguir la conducta terapéutica según comité de hematología oncológica.

2.1.11 Aspectos psicológicos de la enfermedad oncológica

El diagnóstico de una enfermedad oncológica trae consigo numerosos cambios en los ámbitos personal, familiar, laboral, social y espiritual. Además, el cáncer suele ser percibido de manera amenazante, al asociarse con sufrimiento, dolor, mutilación, incapacidad, cambios y muerte, convirtiéndose en un estigma social y tabú (Sanz y Madelel, 2004).

Socialmente, se visualiza a la persona con cáncer como una persona muy enferma y débil pero a la vez, como alguien valiente que se resigna a la situación y afronta sus dificultades y consecuencias negativas. La influencia social en cuanto a la significación negativa que se le da a la enfermedad afecta perjudicialmente el proceso de ajuste y adaptación (Castaño y cols., 2013)

En las distintas fases de la enfermedad existen potenciales fuentes de estrés tanto para quien es diagnosticado como para su entorno: sospecha de diagnóstico, diagnóstico, tratamientos, finalización y seguimiento, y en algunos casos, la recidiva y tratamientos paliativos.

La confirmación de diagnóstico, que implica pruebas médicas, interpretación y decisiones sobre tratamientos, suele asociarse a incertidumbre, ansiedad, negación e incredulidad, al constituir una amenaza a la supervivencia, al bienestar psicológico y a los proyectos vitales (Cruzado, 2010).

2.1.12 Malestar emocional en la enfermedad oncológica

Se ha reconocido la presencia de malestar emocional en personas con cáncer y su importancia. Como consecuencia la agencia de salud pública del Gobierno Federal de Canadá (Canadian Strategy for Cancer Control) aprobó en 2004 la declaración del distrés emocional como el “sexto signo vital” en pacientes de cáncer. Esto fue respaldado por la Sociedad Internacional de Psicooncología y por la Unión Internacional Contra el Cáncer.

El distrés emocional es definido por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) en 2007 como “una experiencia emocional desagradable y multifactorial de naturaleza psicológica, social y/o espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado”. De esta manera, se da a entender que existe una amplia variedad de respuestas emocionales que van desde las consideradas “normales” y proporcionales ante la enfermedad, hasta la presencia de signos y síntomas que propician la disfuncionalidad de la persona y dificultan el tratamiento y vivencia en general. Este distrés emocional estaría presente entre el 30% y 40% de la población oncológica adulta (Martínez López y cols., 2017).

La prevalencia de trastornos psicopatológicos en cáncer ha sido estudiada y documentada, así mismo, es reconocida la dificultad para identificar y tratar sintomatología clínica, debido a la convergencia de síntomas físicos y psicológicos. En este punto, se ha destacado la importancia de la disposición de conocimientos y abordaje multidisciplinario para la adecuada diferenciación entre la presencia de sintomatología debido a factores psicológicos o debido a factores médicos (propios de la enfermedad o consecuencia de los tratamientos).

Se ha documentado sobre la presencia de trastornos del estado de ánimo, adaptativos y de ansiedad. Sin embargo, los resultados entre los estudios demuestran gran variabilidad debido a las diferencias metodológicas y a la falta de un protocolo de investigación homogéneo. De todas maneras, se conoce que los síntomas de ansiedad y depresión es mayor en la población oncológica que en la población general (Hernández y Cruzado, 2012).

Respecto a los factores que favorecen la presencia del malestar emocional se encuentran, en primer lugar, aquellos que se relacionan con el cáncer. En este contexto, se pueden identificar el tipo y grado de la enfermedad, deterioro o presencia de síntomas físicos como el dolor, efectos secundarios de tratamientos y hospitalización. También se identifica la percepción de cercanía con la muerte, el temor a la evolución de la enfermedad, crisis espirituales y de creencias. Por otro lado, se encontrarían problemas económicos, incapacidad laboral y problemas familiares, como la falta de cuidados o sobreprotección.

Entre los factores que no se relacionan con la enfermedad y que dificultan la adaptación y bienestar emocional se encuentran antecedentes personales de depresión, de intento o ideación suicida, falta de apoyo social, presencia de eventos vitales estresantes, alcoholismo o abuso de drogas y la presencia de enfermedades simultáneas que se asocian con síntomas depresivos. También, se reconoce mayor presencia de malestar emocional en personas jóvenes. (Cruzado, 2010; Maté, 2004).

De lo anterior, se desprende que las reacciones emocionales de la población oncológica no son genéricas y es importante tener en cuenta además las peculiaridades de cada individuo afectado, así como de su entorno social y familiar.

2.1.13 El cáncer en la sociedad: la metáfora bélica

Es común ver campañas asociadas a la sensibilización del cáncer, o rostros públicos que han sido diagnosticados de la enfermedad, bajo el lema de “lucha contra el cáncer”. Esta metáfora, frecuentemente utilizada en los medios de comunicación, se filtra en el entorno familiar y social del paciente, e incluso a los equipos de salud (Rojas y Fernández, 2015).

Proveniente de EEUU, cuando en 1971 el presidente Richard Nixon firmaba el Acta Nacional del Cáncer, se comenzó a conocer consensualmente esta política como la “Guerra contra el cáncer”, al utilizar esta metáfora en la comunicación de las iniciativas sociales (Rojas y Roman, 2018). De esta manera, se ha instalado en el imaginario social la percepción de la enfermedad oncológica como “terrible y devastadora”, que se “aprovecha de los pacientes”, o bien, que alguien “perdió la lucha” cuando se ha fallecido (Rojas y Fernández, 2015). El cáncer no es la única enfermedad cuyo alrededor se han construido narrativas sociales, de esta manera, enfermedades como la lepra, la tuberculosis y el VIH – SIDA, que han alcanzado notoriedad o han puesto en peligro la sociedad han sido objeto de simbolismos sociales, y así, *“Estas asociaciones y metáforas que usamos con las enfermedades producen múltiples consecuencias políticas, económicas, sociales, éticas y clínicas, que frecuentemente desconocemos o minimizamos”* (Rojas y Roman, 2018).

El lenguaje de la metáfora bélica ha sido comúnmente aceptado y la sociedad lo ha hecho propio. Como consecuencia, está la idea de que se debe adoptar una actitud de “lucha” ante el cáncer, adicionando exigencias a quienes están en tratamiento y a quienes los indican, que se traducen en mensajes tales como “no llorar”, “no pensar en cosas negativas”, “hacer una vida normal”. La base de esto está en la idea de que el “pensar

positivo” se asocia a un mejor pronóstico, proveniente de los planteamientos de la psicogénesis del cáncer, o la interpretación lineal de los avances de la psiconeuroinmunología (Rojas y Fernández, 2015). Es importante destacar que los temas de psicogénesis y psiconeuroinmunología no son parte de los alcances e intereses de este estudio, sino que sólo se mencionan para las implicancias emocionales y sociales que han llegado a tener en la población oncológica y su entorno.

La actitud asociada a la metáfora bélica entonces se hace concreta en exigencias en cuanto al manejo emocional de los pacientes, reforzando la idea de que una “actitud correcta” es la represión de emociones como la tristeza, la rabia o el miedo por su connotación negativa. Así, se deja de lado el hecho de que la expresión de estas reacciones son parte del proceso de adaptación a la situación de la enfermedad y su tratamiento, provocando a su vez una suerte de voluntariedad al paciente: *“El mensaje tiene implícita (y a veces explícita) la idea de que la cura de la enfermedad depende de la actitud y estilo de afrontamiento del paciente, otorgando una ilusión de control y un mensaje no realista de lo que puede hacer que el cáncer remita o progrese”* (Rojas y Fernández, 2015, p.355). Así, pacientes viven sus procesos de enfermedad reprimiendo emociones por temor y/o culpa, de haberse “provocado” la enfermedad o no sostener adecuadamente una “buena actitud”: *“Entonces se aíslan emocionalmente porque temen revelar «la verdad» de su tristeza y temor, y con ello decepcionar o preocupar a familiares y equipos tratantes. Los miembros del círculo familiar también caen en este juego y ocultan sus emociones por el riesgo de «deprimir» a la persona afectada y con ello facilitar el avance de la enfermedad (lo que se alimenta del mismo mito)* (Rojas y Roman, 2018).

Por otro lado, la metáfora bélica también tiene implicancias en cuanto a la relación del paciente con sus equipos tratantes. Rojas y Fernández (2015) señalan que el propio cuerpo queda visibilizado como “el campo de batalla”, por tanto como el enemigo contra el que luchar, en donde se pierde autonomía, ya que se deben acatar decisiones médicas tal como un soldado a su superior, y quedando relevado a una menor jerarquía. Por tanto, se favorece una visión autoritaria en los equipos y en la relación médico paciente. Las mismas autoras describen también que se favorece la no expresión de necesidades corporales y la minimización de efectos secundarios de tratamientos, por mantener la “actitud de lucha”, que se demostraría en levantarse, no quejarse, etc. Esto, ya que al existir profesionales situados en la óptica militar y por tanto en la ya mencionada posición de autoridad, se permite la categorización de los pacientes entre “fáciles” o “difíciles” en términos de su manejo, o la psicopatologización de conductas que cuestionen los actos o decisiones médicas, como “oposicionista” o “negador”:

“Este enfrentamiento tiende a generar aislamiento en los pacientes y favorecer conspiraciones de silencio al interior de grupos familiares y redes de apoyo. Al silenciar sus emociones, pensamientos recurrentes y síntomas (tanto físicos como psicopatológicos), para no frustrar las expectativas de sus seres queridos y su equipo tratante, se produce una vivencia más solitaria del proceso y, a la larga, mayor sufrimiento, dolor y psicopatología que puede requerir intervenciones tanto psicosociales como farmacológicas. En ese sentido, puede

conducir a complicaciones médicas y problemáticas psicosociales de diversa complejidad y manejo”. (Rojas y Fernández, 2015, p.356).

2.1.14 Aspectos psicológicos en enfermedad hematooncológica

Bajo el concepto de “cáncer” se encuentran distintas enfermedades que siguen distintos cursos y tratamientos, incluso bajo un mismo diagnóstico. De esta manera, las implicancias que cada tipo de cáncer tiene para los individuos y su entorno variará. Las enfermedades oncohematológicas se caracterizan, en gran medida, por una aparición más o menos súbita, una evolución insidiosa y un curso impredecible. En algunas ocasiones la enfermedad es detectada por exámenes rutinarios o ajenos al tema, lo que hace que las personas sean rápidamente hospitalizadas y sometidas a exhaustivos análisis, y se enfrenten a la brusca exigencia de adaptarse a la realidad de que su supervivencia está amenazada. Por otro lado, la propia naturaleza de la enfermedad, en donde no es posible identificar un tumor sólido localizado, dificulta la comprensión del proceso.

Dado el diagnóstico, las personas afectadas se ven expuestas a numerosos estresores que hacen que la situación tenga una importante implicancia emocional, como lo son, los tratamientos largos, pruebas dolorosas como punciones lumbares, separación del entorno habitual, aislamiento, problemas con la imagen corporal, situaciones de baja predictibilidad y control como efectividad de tratamientos, efectos secundarios y complicaciones; reincorporación a sus vidas o el afrontamiento del final de ésta. Lo anterior refleja que se debe hacer frente a altos niveles de estrés durante y después de la enfermedad,

lo que se demuestra en que más del 50% de las personas enfermas muestren síntomas psicológicos (Remor y cols., 2003).

2.1.15 Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización

La percepción de los hospitales/clínicas por quienes son ingresados y su entorno suele ser de un estresor físico, cultural, social y personal. Esto, por una parte, por aspectos propios de las instituciones, como las estructuras, los olores, ruidos, ausencia de distractores, diseños de habitaciones y salas de espera, que están diseñados para facilitar el trabajo del personal de salud y que resultan en una visión de un entorno amenazante y hostil.

El hecho de hospitalizarse es un impacto psicosocial en sí, pero además, se suma al estar padeciendo alguna enfermedad, apareciendo el estrés como una de las primeras consecuencias, seguido de síntomas de depresión y manifestaciones de irritabilidad.

El impacto emocional además se produce por la inmersión en una cultura hospitalaria, en donde aparecen normas propias y un lenguaje invadido de tecnicismos que es familiar para los trabajadores pero ajeno para quien es ingresado. Además, se exige la adaptación a rutinas hospitalarias (pruebas, exploraciones, preguntas, horarios de comida, sueño y visitas), haciendo que se experimente una pérdida de las rutinas cotidianas y personales para la adquisición de estos nuevos ritmos que restringen la autonomía, intimidad y capacidad de elección. Por otro lado, su identificación va de la mano del diagnóstico, gravedad, número de habitación o cama, perdiendo la identidad personal. La exposición a otros enfermos también contribuye al impacto emocional.

En algunos casos, se da un trato despersonalizado, asimétrico, y con poco interés en aspectos personales por parte del personal de salud hacia hospitalizados. Esto podría deberse a las altas exigencias, responsabilidad y riesgos del trabajo en donde las decisiones tienen implicancias vitales, lo que puede resultar en un alto nivel de estrés laboral. Por otro lado, la vivencia cercana y frecuente con personas que empeoran o mueren puede resultar en una necesidad de distanciamiento emocional que permita seguir llevando a cabo el trabajo, lo que se traduce en un trato menos cercano. Esta forma de relación se traslada también hacia la familia, perdiendo muchas veces información valiosa sobre los cuidados y procesos de la persona enferma. Por último, el objetivo de algunos procedimientos no es la visión amplia de quien es la persona, sino que el foco está en algún detalle, prueba o información, entonces la atención del profesional se centra en ello.

Las reacciones ante una hospitalización variarán dependiendo del nivel de salud y características de la enfermedad, expectativas, experiencias previas relacionadas, personal que atienda, apoyo social y familiar, nivel educativo y económico y características personales. Dentro de las respuestas encontramos personas que aceptan la dinámica de manera más pasiva no buscando información mediante preguntas, no manifestando quejas ni demandas. Por lo general, se presentan en individuos de mayor edad. Estas reacciones suelen ser vistas como “buenos pacientes”, al contrario de modos de reacción más activos, de preguntar, argumentar, quejarse y demandar atención, que son catalogados como “malos pacientes”. Esto, porque resultan en mayor desafío en cuanto al manejo y necesidad de explicaciones. De todas maneras, este estilo de respuesta logra mayor sensación de control, información e implicancia en decisiones.

Las reacciones ante personas hospitalizadas más activas y demandantes por parte del personal clínico puede ir desde la demostración de amabilidad y disposición, hasta el ignorar necesidades y “conducta problemática”, en algunas ocasiones administrando sedantes o dando el alta antes de tiempo.

Las personas hospitalizadas suelen tener consideración ante quienes los atienden comprendiendo que es una labor difícil. Otros prefieren acatar normas para evitar consecuencias como una mala atención (Remor y cols., 2003).

2.1.16 Aspectos psicológicos asociados a quimioterapia

Los casos de curación de cáncer superan el 50%, estando los tratamientos oncológicos basados principalmente en radioterapia y quimioterapia (Vega y cols., 2004), siendo posiblemente esta última el tratamiento más conocido, temido y estigmatizado, visualizándose como una experiencia violenta, difícil y traumatizante. La caracterización social de la quimioterapia puede influir en la demora de consultar ante la aparición de síntomas, rechazar el tratamiento, abandonarlo o favorecer que quienes vayan a recibirlo tengan una experiencia de malestar emocional (Castaño y cols., 2013).

Esta imagen social del tratamiento deviene de sus efectos secundarios. En el último tiempo se han desarrollado esfuerzos y avances de la mano de nuevos fármacos y esquemas terapéuticos que permiten una mejor calidad de vida, sin embargo, la quimioterapia continúa produciendo efectos colaterales que afectan negativamente a las personas, la mayor parte de los casos sólo de forma temporal, pero en otros durante meses o años.

Los efectos colaterales se producen debido a que “la quimioterapia no actúa selectivamente sobre las células tumorales produciendo su efecto citotóxico (inhibiendo el

ciclo de división celular), sino que su falta de especificidad hace que también ejerza su acción sobre el resto del organismo. Por ello, los fármacos citotóxicos tienen un amplio espectro de toxicidades en diferentes órganos pudiendo ser desde toxicidades leves hasta llegar a conducir a la muerte” (Vega y cols., 2004, p.137). Los efectos secundarios dependen tanto de los fármacos como de la persona que recibe el tratamiento. La utilidad de la quimioterapia está basada en que generalmente los beneficios superan los efectos tóxicos.

Los efectos tóxicos de la quimioterapia son numerosos, pudiendo sintetizar la toxicidad general en lo siguiente (Alberto Adansa y cols., 2012):

- Local y dérmica
- Alteraciones médula ósea
- Infecciones
- Cardiotoxicidad
- Toxicidad pulmonar
- Toxicidad hepática
- Toxicidad gastrointestinal
- Reacciones alérgicas
- Cistitis
- Neurotoxicidad
- Toxicidad renal
- Toxicidad gonadal
- Teratogénesis

Las alteraciones en la médula ósea (muy frecuente, siendo el principal efecto secundario de la mayoría de las quimioterapias, ya que al actuar sobre las células que están en división, la médula ósea es en especial sensible. Se produciría entonces descenso en los glóbulos rojos (anemia), descenso de los leucocitos (inmunodepresión, que hace a la persona más propensa a padecer infecciones que en condiciones normales), y descenso de las plaquetas, aumentando el riesgo de hemorragias); la alopecia y toxicidad gastrointestinal (mucositis, náuseas y vómitos, diarrea, estreñimiento) constituyen las mayores preocupaciones de personas sometidas a quimioterapia, y a su vez, contribuyen a la imagen negativa del tratamiento (Vega y cols., 2004).

Lo anterior se suele acompañar de malestar psicológico, ansiedad, tristeza, falta de autoestima e irritabilidad, debido al temor a la ocurrencia de los efectos mencionados, la vivencia de los cambios en la imagen corporal, la sexualidad, y en actividades diarias (Cruzado, 2010).

2.1.17 Aspectos psicológicos asociados a supervivencia

Gracias a una mayor detección temprana y avances en tratamientos, el número de supervivientes de cáncer ha aumentado, estimándose que alrededor del mundo existen 24 millones de personas supervivientes. (Galindo y cols., 2014).

Dentro de estas personas, hay quienes regresan a sus actividades cotidianas relativamente libres de síntomas manteniendo un funcionamiento lo más normal posible, mientras otros continúan experimentando los síntomas físicos producidos por los tratamientos, con sus consecuencias psicológicas. Los supervivientes “están en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad prematura, relacionados directamente con el cáncer en

sí mismo, comorbilidades preexistentes y haber recibido un tratamiento oncológico” (Galindo, 2014, p.234).

La presencia de malestar emocional en los supervivientes puede deberse, por una parte, a la reducción del permanente contacto con el personal de salud y la atención continua del entorno, que significaron un soporte durante el proceso de enfermedad, al considerarse que ya no son tan necesarios después del alta. El hecho de verse sometido a la exigencia de retomar las actividades habituales hace notar que en los momentos inmediatos tras los tratamientos no se poseen las capacidades plenas para esto. A esto se suma el temor a la recurrencia, principalmente en las revisiones periódicas y su espera de resultados, lo que generaría en las personas estados de incertidumbre, sentimientos de soledad y abandono y ansiedad (Cruzado, 2010).

Las consecuencias psicológicas de las personas que han experimentando la experiencia de cáncer y tratamientos han sido conceptualizadas como la aparición de síntomas de Trastorno de estrés postraumático (TEP), cuyos criterios para el diagnóstico, según DSM V, se detallan en la Tabla N2. Según García Torres y cols., (2015) este tipo de síntomas se observaría en torno al 3-45% de los supervivientes, con tendencia a cronificarse al igual que en la población general. Sin embargo, el TEP de los supervivientes diferiría al presentado en la población general, en aspectos como la complejidad de la experiencia traumática, los efectos secundarios de tratamientos y la posibilidad de recurrencia de enfermedad que favorecería la cronicidad de los síntomas. Según los mismos autores, la mayoría de los supervivientes no cumpliría todos los criterios para un diagnóstico de TEP, pero si se observarían uno o varios síntomas, agrupándose en tres categorías: pensamientos intrusivos y re experimentación; embotamiento emocional y

evitación de los recuerdos; hipervigilancia e hiperactivación fisiológica. Existe entonces dificultad para realizar un diagnóstico siguiendo los criterios establecidos por clasificaciones psiquiátricas.

<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):</p> <p>(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</p> <p>(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</p>
<p>B. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <p>(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamiento o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.</p>

(2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

(3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.

(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- (2) Esfuerzos por evitar actividades lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- (6) Restricción de la vida afectiva (p. ej. incapacidad para tener sentimientos de amor).
- (7) Sensación de un futuro desolador (p. ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia, o en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación

(*aurosal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- (2) Irritabilidad o ataques de ira.
- (3) Dificultades para concentrarse.
- (4) Hipervigilancia.
- (5) Respuesta exagerada de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otra área importante del la actividad del individuo.
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Agudo: Si los síntomas duran menos de 3 meses.</p> <p>Crónico: Si los síntomas duran 3 meses o más.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>De inicio demorado: Entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.</p>

Tabla N2. **Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático – DSM V**

Asociados a la aparición de los síntomas se señalan aspectos psicosociales como bajos ingresos, desempleo, bajo estatus social, bajo apoyo social, diagnóstico de cáncer en edad temprana, y gran impacto de la enfermedad, tanto positiva como negativamente. También, el TEP se asociaría con síntomas de depresión y ansiedad. Entre aspectos relacionados con enfermedad, la aparición de síntomas de TEP se relacionaría con personas que fueron tratadas con quimioterapias o cirugías de mayor agresividad y que recibieron el diagnóstico de estadios más avanzados de enfermedad.

En cuanto a los tratamientos, los mismos autores señalan que no se ha encontrado en la literatura una gran variedad de tratamientos psicológicos para la reducción de

síntomas. En cuanto a tratamientos farmacológicos, no se ha informado de la eficacia en TEP en supervivientes de cáncer. En población general, se recomienda el uso de inhibidores selectivos de serotonina, aunque menos de la mitad tienen mejoría de síntomas con estos fármacos. Las guías de tratamiento de TEP de la APA recomiendan la psicoterapia como medida terapéutica más efectiva.

Con respecto a tratamientos psicológicos, en la literatura se encuentran aplicación de terapia cognitivo conductual, aunque con resultados contradictorios (en algunos casos se muestra reducción de sintomatología de intrusión y evitación, en otros no hay efectos); mindfulness (con reducción en evitación e hiperactivación); counselling (sin efectos); técnicas neuro emocionales, desensibilización más técnicas complementarias (se reporta reducción significativa en pensamientos intrusivos y evitación, aunque en estos casos existen problemas metodológicos).

Galindo Vásquez y cols. (2014) revisaron los efectos de terapias psicológicas aplicadas a supervivientes de cáncer reportados en literatura. Se encontró que dentro de los principales problemas estaban la depresión y ansiedad, y afectaciones de la calidad de vida como fatiga y afectaciones del sueño. En cuanto a las intervenciones psicológicas, se encontró que la mayoría de las realizadas consideran la psicoeducación con estrategias cognitivo conductuales, además de estrategias como rehabilitación física y modificación de la dieta. Estos cambios conductuales se consideran beneficiosos al tomar en cuenta la necesidad de mejorar la calidad de vida, salud y disminuir factores de riesgo que aumenten posibilidad de recurrencia de enfermedad. Se identifican resultados estadísticamente significativos en ansiedad, depresión, afectaciones del sueño, fatiga, calidad de vida y

síntomas post menopáusicos; sin embargo, aunque se supone de efectos benéficos los resultados no son homogéneos.

Los mismos autores señalan que la mayoría de la literatura coincide en que las intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer son positivas, tanto solas como combinadas con otras modalidades de tratamiento. El objeto de las intervenciones es la reincorporación de las personas a la vida cotidiana y su funcionalidad, lo que implica una estabilización de vida.

Lo anterior da cuenta de la necesidad del estudio de tratamientos psicológicos en supervivientes de cáncer, tanto por el creciente número de personas en esta etapa, como por las implicancias emocionales que representa.

2.1.18 Psicooncología

Cruzado (2010) define la Psicooncología como “un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad”.

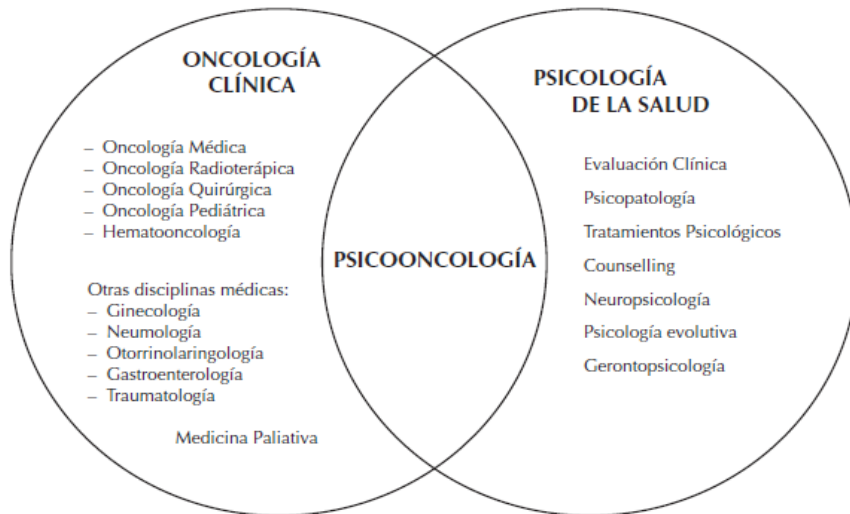


Figura N1: Campo de la Psicooncología y su relación con las principales disciplinas relevantes en el área (Cruzado, 2010)

Consiste en el estudio de las respuestas emocionales de las personas con cáncer en cada etapa de la enfermedad, de su entorno y profesionales de la salud. Esto implica conocer las reacciones emocionales esperables ante la enfermedad, y distinguirlas de trastornos médicos, psicológicos o psiquiátricos; reconocer alteraciones emocionales adaptativas y desadaptativas; proporcionar tratamientos psicológicos adecuados a las reacciones y etapas, tanto para enfermos como para su entorno; y conocer alteraciones emocionales que pueden surgir entre el personal tratante (Remor, 2003).

La Psicooncología surge a partir de la importancia social y sanitaria del cáncer, ya que a pesar de las cifras cada vez más esperanzadoras, el número de personas con esta enfermedad es alto, y su caracterización sigue ocasionando temor. Además, aparece por el reconocimiento de los estresores a los que están sometidas las personas enfermas y sus

familiares a lo largo del proceso, y el reconocimiento de que los objetivos del sistema sanitario son tanto la curación como el alivio del sufrimiento.

Cruzado (2010) establece que las funciones de los profesionales de la Psicooncología se encuentran en cuatro grandes áreas:

- Asistencia clínica al paciente y sus familiares para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, revisiones, cuidados paliativos y duelo.
- Docencia: la formación en habilidades de comunicación, manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con la persona enferma.
- Prevención: programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos de cáncer, detección precoz.
- Investigación: de aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer, tratamientos o sistema asistencial.

A su vez, existirían funciones específicas, las que se muestran en la tabla N3:

<p>PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">- Promoción de estilos de vida saludables. Educación para la salud.- Comportamientos de detección precoz.- Consejo genético oncológico.
<p>EVALUACIÓN CLÍNICA</p> <p>a) Áreas de evaluación</p>

- Exploración inicial: capacidades cognitivas (atención, lenguaje, pensamiento, orientación, memoria, afecto), Screening de trastornos psicopatológicos.
 - Adaptación a la enfermedad y su tratamiento. Satisfacción con la información. Comprensión de la información. Participación en las decisiones. Confianza en el equipo médico. Adherencia médica. Afrontamiento del diagnóstico y tratamientos.
 - Estado emocional: ansiedad, depresión, autoestima, culpa, ira, etc.
 - Calidad de vida.
 - Apoyo familiar y social.
- b) Informe psicológico
- c) Diagnóstico (según criterio DSM – IV, CIE - 10)

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- Psicoeducación, consejo psicológico y orientación sobre estrategias para superar problemas de información y necesidades de comunicación y emocionales.
- Control de los estados de ánimo negativos: ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa, aislamiento, negación. Identificar emociones negativas, expresarlas. Estrategias para afrontarlas.
- Tratamiento de trastornos asociados al cambio en la imagen corporal.

<ul style="list-style-type: none"> - Solución de problemas y planificación de actividades. - Intervención familiar: psicoeducación, información sobre el estado sanitario y psicológico del paciente. Estrategias de ayuda y comunicación con el paciente. Afrontamiento de estados emocionales negativos. Resolución de problemas de la vida diaria. - Afrontamiento de los tratamientos oncológicos (cirugía, quimioterapia, fatiga, náuseas y vómitos, anorexia, dolor y otros). - Problemas sexuales
<p>PERSONAL SANITARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de comunicación con el enfermo y su familia. Afrontamiento del estrés. Ayuda al manejo de sus propias emociones ante los pacientes y familiares. - Habilidades de comunicación con el equipo. - Prevención del burnout.
<p>INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidades psicológicas y sociales de los pacientes y familiares. Factores psicológicos y sociales asociados al cáncer. Valoración de calidad de la evaluación y tratamientos aplicados.

Tabla N3. **Funciones del psicólogo en oncología**

2.2 Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas

2.2.1 Argumentos epistemológicos sobre elección de modelo terapéutico

Las explicaciones acerca de la naturaleza del conocimiento han sido objeto de diversos paradigmas a lo largo de la historia. El modelo terapéutico utilizado en este trabajo, terapia sistémica centrada en narrativas (TSCN), se posiciona dentro de la mirada posmoderna (Zlachevsky, 2011). Para adentrarnos en este tema, se comenzará por describir algunos aspectos de la perspectiva moderna, siguiendo lo señalado por Gergen, quien comenta que una forma útil de entender la posmodernidad, es contrastándola con la modernidad, visión de mundo que ha predominado en occidente durante el siglo xx (Gergen, 1990 en Tarragona, 1999). La perspectiva moderna, basada en una epistemología positivista, supone que existe una realidad separada del observador, susceptible de ser conocida de manera objetiva, siendo central la idea de la verdad como algo accesible a través del método científico (Tarragona, 1999, 2006). El conocimiento es visto como un “espejo” de la realidad y la función del lenguaje es representacional, es decir, representar al mundo tal cual es (Anderson, 1997, en Tarragona, 1999, 2006). Esta forma de pensar ha tenido repercusiones en el mundo científico, político y social (Villegas, 1992).

La postura posmoderna, en cambio, postula que el conocimiento está construido socialmente a través del lenguaje, que no podemos tener una representación directa del mundo, sino que sólo podemos conocerlo a través de nuestra experiencia de éste. Por conocimiento socialmente construido se entiende el conocimiento social o el significado que le damos a los eventos y vivencias, no al conocimiento científico o del mundo físico (Anderson, 1997, 2006 en Tarragona, 2006). El posmodernismo ha cuestionado la

naturaleza del conocimiento, poniendo en duda la posibilidad de “aprehender” la realidad directamente, tal cual es (Tarragona, 1999). El lenguaje aparece como un eje central, en donde bajo esta mirada se entiende que más que representar la realidad, la constituye. Esto quiere decir que las palabras no “reflejan” o expresan lo que se piensa o siente, sino que le da forma en gran medida a las ideas y al significado de la experiencia (Tarragona, 2006). Hoyt (1998, en Tarragona, 1999) señala que “conocemos” y “comprendemos” a través de nuestros sistemas de lenguaje, que éste es más que un medio para transmitir información, pues le da forma a nuestra conciencia y estructura nuestra realidad.

El conocimiento y conocedor se conciben como interdependientes, lo que surge a partir de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión. De esta manera, la mente del individuo ya no es considerada como una entidad intrapsíquica, sino que es abordada dentro de un contexto de significado construido socialmente (Zlachevsky). Villegas (1992), señala que de esta manera, la realidad no es una ni uniforme, sino que múltiple y diversa, y requiere ser construida e interpretada; y sería esta característica de multidiversidad, la más destacada del posmodernismo, la que representa la naturaleza del constructivismo.

Harlene Anderson señala que el término posmoderno se refiere a una crítica, no a una época histórica, ni a un modelo o “técnica psicoterapéutica”. Esta crítica se centra en un cuestionamiento sobre la naturaleza del conocimiento y el cómo conocemos, y ha puesto en duda la posibilidad de aprehender la realidad directamente, tal cual es. Propone en cambio, que nuestra definición de la realidad es construida a través de un consenso lingüístico (Anderson, 1997, en Tarragona, 1999).

Ambas visiones, moderna y posmoderna marcan supuestos en el trabajo psicoterapéutico. Anderson (1997, en Tarragona 2006) señala que las psicoterapias ubicadas en la tradición moderna parten de la base de que el terapeuta es un observador objetivo de los consultantes y de que posee un conocimiento experto sobre la naturaleza humana o dificultades del paciente. Lo anterior resulta en una relación jerarquizada ya que el terapeuta sabría más que su cliente, sabría qué es lo que “realmente” le está pasando y tendría ideas de cómo “deben ser” las relaciones y personas sanas o funcionales. Estas terapias serían un análogo a una intervención médica, partiendo generalmente de un diagnóstico que determina el tratamiento a seguir y sus objetivos, siendo el terapeuta quien sabe qué pasos o etapas se darán en la terapia, y quien “da de alta” o decide cuándo debe terminar. Autores dentro de la corriente posmoderna en psicología destacan que dentro del discurso moderno el lenguaje utilizado es de déficit, y que la terapia es vista como una tecnología para “componer” personas defectuosas, asimismo, se ha expresado preocupación por los efectos negativos que los diagnósticos psicopatológicos pueden llegar a tener en las personas (Tarragona, 1999, 2006).

Las terapias situadas en la perspectiva posmoderna cuestionan los supuestos tradicionales sobre la naturaleza de las personas, los problemas y de la relación terapéutica, surgiendo de esta manera diversas terapias tales como construccionista, constructivista, narrativa, colaborativa, postestructuralista (Tarragona, 1999). Anderson (1997, en Tarragona, 2006) señala que el término posmoderno constituye una amplia “sombra” bajo la que caben muchas corrientes de pensamiento distintas pero interrelacionadas. Este trabajo describe los fundamentos la Terapia sistémica centrada en narrativas, sin embargo, parece útil mencionar algunas características comunes de las terapias posmodernas

descritas en Tarragona (2006), varias de las cuales serán explicadas luego desde el modelo TSCN:

- Inspiración interdisciplinaria: Fundamentos inspirados en autores como Gregory Bateson, Peter Berger y Thomas Luckman, Clifford Geertz, Victor Turner, Ludwig Wittgenstein, Hans – Georg Gadamer, Jacques Derrida, Paul Ricoeur, Michel Foucault, Jean – Francois Lyotard, John Shotter, Walter Truett Anderson , Richard Rorty, Kenneth Gergen, L.S Vigotsky, Jerome Bruner y William James, entre otros.

- Visión social / interpersonal del conocimiento e identidad: El significado que le damos a nuestra experiencia se construye a través de interacciones con otras personas y no dependen sólo de cuestiones individuales.

- Atención al contexto: Entienden a las personas siempre en contexto.

- El lenguaje como eje central de la terapia: Terapia vista como un proceso conversacional y se piensa que el diálogo y la conversación con generadores de significados.

- La terapia como colaboración: Proceso terapéutico como una actividad en la que participan conjuntamente clientes y terapeutas, son compañeros o socios en la conversación, en la construcción de soluciones o en el desarrollo de nuevas historias o identidades.

- La multiplicidad de perspectivas: Multiplicidad de descripciones como un recurso en el trabajo terapéutico

- Valorar el “conocimiento local”: Se cuestionan las explicaciones que pretenden ser aplicables a todos los seres humanos y en su lugar, se valora el entender la vida de los

pacientes desde sus propios puntos de vista, lo que lleva a los terapeutas a adoptar una postura de curiosidad, respeto y colaboración.

- El cliente como estrella: Cliente como experto en su propia vida.

- Ser “públicos” o “transparentes”: Se entiende que los terapeutas no son observadores objetivos de sus clientes, sino que como todos, entienden las cosas desde alguna perspectiva.

- Interés por lo que si funciona: Énfasis en lo que va bien, lo importante y valioso para las personas.

- La agencia personal: La posibilidad de tomar e implementar decisiones que acerquen a lo que se quiere lograr en la vida o lo que se preferiría hacer.

- Flexibilidad en la duración de la terapia: Generalmente, el consultante decide si y cuando quiere volver a ver al terapeuta, y quien sería deseable que asistiera a las siguientes sesiones.

Villegas (1992) también se refiere a las diferencias entre las dos posturas terapéuticas, señalando que en la visión tradicional se supone que el terapeuta funciona como un científico, y que el proceso de interpretación terapéutica es la sustitución gradual del discurso del paciente por el discurso del terapeuta. El mismo autor cita a Donald Spence (1982) en *Narrative Truth and Historical Truth* (Villegas, 1992, p.10): *“El terapeuta toma constantemente decisiones sobre la forma y la condición del material del paciente en base a sus presupuestos teóricos. Si, por ejemplo, el analista presupone que la contigüidad indica causalidad, interpretará una secuencia de acontecimientos inconexos como manifestaciones de una cadena causal. Si parte del supuesto de la transferencia, interpretará como tal cualquier incidente en la relación con el terapeuta”*.

El autor se refiere a la perspectiva constructivista para señalar el cambio entre las visiones de psicoterapia. Cita a Anderson y Goolishian (1988, 1992) quienes destacan el papel de e la negociación del significado en el proceso de cambio terapéutico: *“El cambio en terapia resulta de la creación de una nueva narrativa y de la consecuente oportunidad para una nueva gestión de los problemas. El poder transformativo de la narrativa reside en su capacidad de re – narrar los acontecimientos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y distinto. Vivimos en y a través de la identidad narrativa que desarrollamos en el diálogo con los demás. La habilidad del terapeuta consiste en la capacidad de participar en este proceso. Desde el punto de vista hermenéutico el cambio en terapia viene representado por la creación dialógica de una nueva narrativa. A medida que evoluciona el diálogo se van construyendo mutuo acuerdo de las historias todavía no contadas”* (Anderson y Goolishian (1988, 1992) en Villegas (1992), p.11). Por último, se señala que psicoterapia se puede concebir como una actividad lingüística en la que la conversación genera el desarrollo de nuevos significados, y para esto, se requiere de una actitud de curiosidad genuina por parte del terapeuta. Esta actitud expresa la necesidad de conocer más respecto de lo que dice el paciente, antes de utilizar opiniones y expectativas preconcebidas sobre el consultante, sus problemas o modalidades de cambio.

La descripción de las terapias que se ubican en la mirada moderna nos da cuenta de lo que se entiende tradicionalmente por psicoterapia. El marco de este trabajo además es la vivencia de una enfermedad oncológica y por tanto su atención está en estrecha relación y colaboración con las ciencias médicas. De esta manera, es frecuente entender la atención psicológica – o “tratamiento” psicológico - , como lo que se menciona anteriormente, una versión de los tratamientos médicos en donde se debe indagar para identificar algo a

corregir, o bien, para observar si se tienen “factores de buen pronostico”. Esta es la forma tradicional de abordaje de las temáticas de la línea llamada psicooncología y de varias temáticas en psicología clínica en general. Se tienen entonces pautas y guías de cómo actuar frente a tal o cual problema en específico, las cuales entienden de manera anticipada varias reacciones emocionales y cognitivas como problema, en lugar de intentar comprender como estas conductas y emociones son significadas por quienes las vivencian, y de si son catalogadas por ellos como algo problemático por lo cual intervenir.

Al detenerse en lo anterior, se puede reflexionar que estas pautas de cómo se debiese o es más deseable actuar, pensar y sentir, dan poco margen de libertad para conocer la amplitud de significados que cualquier ser humano entendiendo que cada persona representa una multitud de experiencias, las cuales van a influir en la manera de interpretar un acontecimiento como lo es en este caso, una enfermedad. Además, se encuentra el factor contextual, lo que de cultura en cultura, de familia en familia y de persona en persona va a marcar las reacciones y posiblemente, diferencias. La perspectiva moderna reflejada en un actuar terapéutico en una postura de experto, da un sesgo en cuanto a conocer a quienes se tienen enfrente, sólo mirando los puntos que la pauta de entrevista considera relevante, lo que puede dejar de lado aspectos valiosos. Por otro lado, y como se mencionó, el lenguaje de déficit parece siempre estar presente y casi nunca considerar que alguien esté “bien” en su reacción, de esta manera, las personas con cáncer siempre estarán negando, deprimidos, ansiosos, etc., y quien esté bien, estará de alta, dejando de lado otras posibilidades de relación terapéutica que no impliquen una corrección.

La relación jerárquica que se da tradicionalmente es un aspecto que vale la pena reflexionar: ¿Sobre qué bases el terapeuta se consideraría más experto que una persona que

está viviendo conviviendo día a día con una enfermedad? Esta actitud podría resultar dañina si se comienza a juzgar como cada persona intenta convivir con tal o cual acontecimiento ¿Cómo el terapeuta puede saber más si a lo que tiene acceso es a la interpretación de la experiencia de la persona, lo que a su vez interpreta? Si tomamos la terapia como un espacio de conversación en donde el lenguaje constituye la “realidad”, no es posible que el terapeuta sepa cómo es mejor que una persona signifique las cosas.

Las terapias posmodernas dan espacio de libertad y respeto a la hora de conocer e iniciar un trabajo terapéutico, con su interesante giro epistemológico que va desde ser expertos a una actitud de curiosidad genuina, del “no saber”, como se explicará más adelante. Representarían de esta manera respeto por la interpretación que cada persona le da, en este caso, a una enfermedad, y desde un punto de vista, quita la presión a la persona de actuar de una manera “correcta”, lo que puede representar un alivio si se toman en consideración las exigencias propias de los tratamientos físicos. Da libertad a la hora de no siempre concebir la enfermedad como un aspecto traumático y permitir ver que la persona puede tener recursos que le sean de utilidad para convivir con esta nueva condición de salud. Es importante aclarar que esta perspectiva no se entiende como una manera trivial de abordar la experiencia del cáncer, sino por el contrario, da la oportunidad de conocer las interpretaciones que cada quien hace sin dejarse llevar por victimizaciones o discursos previamente concebidos como los que se mencionaron en los antecedentes teóricos. Por otro lado, las teorías de psicooncología no se consideran poco válidas, sino que se toman como un recurso más, como experiencias previas si se quiere que pueden contribuir al trabajo de búsqueda de nuevos significados, siempre que los consultantes lo consideren también así, pues son un trabajo de colaboración.

2.2.2 Introducción al modelo TSCN

En psicología clínica, ha habido intentos de uniformidad para integrar el conocimiento, siendo el resultado la conciencia de que las diferentes explicaciones y miradas que se han creado sobre la disciplina pueden llegar a ser contradictorias. En psicoterapia, ha existido un infructuoso anhelo por encontrar un consenso sobre el proceso de terapia. Al revisar los distintos paradigmas explicativos, se ve que cada uno presenta una coherencia interna, particulares modos de entender al ser humano, formas de operar terapéuticamente, y éxito, válidas todas las propuestas (Zlachevsky, 1996). De esto se desprende la reflexión de Zlachevsky, quien señala que *“estamos asistiendo a una época que se caracteriza por la disolución de los discursos homogeneizantes y totalizantes en la ciencia y en la cultura, y que hoy no existe para la psicología clínica ni menos aún para la psicoterapia, un discurso capaz de dar una visión unitaria para ella”* (Zlachevsky, 1996, p.2). Los terapeutas definirían su modo de hacer terapia desde las propias creencias, por ello no existiría una única manera de realizarla. En este contexto, la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN), es una mirada más dentro de las múltiples visiones en psicoterapia (Zlachevsky, 2015).

La TSCN se sitúa en una postura posmoderna, *“según la cual la realidad, en cualquiera de los sentidos complejos que le dan los seres humanos, nunca se encuentra ahí afuera de un mundo inmutable, independiente de nuestra forma de conocer”* (Hoffman, 1998, en Zlachevsky 2011, p.2). Bajo esta mirada, por tanto, no es posible objetivizar ni categorizar a quienes consultan, por el contrario, son vistos en contexto de sus situaciones vitales, por tanto, únicos e irrepetibles.

En cuanto al concepto de psicoterapia narrativa, Zlachevsky (2012) señala que la TCSN se ubica dentro de la concepción fenomenológica hermenéutica, centrándose en la particularidad del relato del sistema consultante: *“el relato de cada persona es único, y los significados que le atribuye a los acontecimientos van a depender de la forma particular en que cada persona signifique los acontecimientos que está relatando. Esta forma particular de significar los acontecimientos depende, en gran medida, del sistema u organización de significado que fue adquiriendo a lo largo de la vida, en el convivir con otros, en los espacios de encuentros y desencuentros que tuvo o tiene con otros”* (Zlachevsky, 2003, p. 48).

Desde la óptica de la fenomenología hermenéutica, lo central es el lenguaje (Zlachevsky, 2012). Como señala Zlachevsky (2015), lenguaje entendido no como residiendo al interior de las personas, sino que entre ellas, en tanto las palabras adquieren sentido y significado en el contexto de una relación particular. Lenguaje también entendido desde la óptica de Maturana (1997), quien señala que éste no se relaciona con un lenguaje que describe un mundo interior, sino que ocurre en el espacio de coordinaciones conductuales consensuales que se constituye en el fluir de los encuentros corporales recurrentes que acontecen con otros. La idea de lenguaje no se restringe al discurso hablado, sino que incluye todas las acciones consensuadas, también lo “no dicho”.

Zlachevsky (2003) señala que la TCSN opera desde un razonar sistémico, ya que admite el hecho de que un sistema u organización de significados no se construye en solitario, sino que va emergiendo en la convivencia conjunta. Y esta organización de significados, la narrativa, es quien da la interpretación a los acontecimientos, hace que las

personas tengan expectativas de lo que es posible, esperable y lo que no, articulando la “realidad” de los hechos en cada contexto en que se desenvuelven.

El lenguaje es entonces lo que permite la narrativa, por tanto, lo que está a la base de las distinciones de acción. Estas distinciones están conformadas en interacción con otros, dándonos la base de nuestros sistemas de significados.

2.2.3 Fundamentos epistemológicos, de paradigma, y teóricos de la Psicoterapia sistémica centrada en narrativas

Zlachevsky (2015) propone como postura epistemológica a la base de TSCN el término conceptual de *Constructividad*, posición que desde la posmodernidad cuestiona la idea de objetividad, la noción de realidad independiente del observador, y que invita a éste a hacerse cargo de sus operaciones de distinción. Lo que el observador describe dependería más de sus características que de lo observado, por tanto el observador es un ente activo en el acto de conocer. En esta forma de entendimiento existen múltiples posturas que tendrían en común el comprender el carácter hermenéutico de la vida, reconociendo que las interpretaciones refieren a quien interpreta. El concepto de *Constructividad*, además, da la idea de proceso, de movimiento, que facilita la posibilidad de ver los significados que emergen en la construcción del mundo, en la experiencia.

A la base de esta comprensión de *Constructividad* se encontraría lo sostenido por Maturana, quien optaría por comprender la interpretación de los hechos bajo la explicación de la *Objetividad entre paréntesis*, y desde este modo de enfocar el mundo, el concepto de objetividad se sustituiría por el de responsabilidad. Esto, en el sentido de que no es posible acceder a un mundo objetivo independiente del observador, ni a una validez externa de lo

percibido, sino aceptar los límites de lo que es posible conocer (Zlachevsky, 1996). Por lo tanto, se disuelve la creencia de una sola respuesta, y en su lugar, se abre la posibilidad de aceptar múltiples respuestas correctas: *“Cuando se coloca la objetividad entre paréntesis, todas las posiciones, todos los versos en el multi – verso, son igualmente válidos. Al comprender esto, se pierde la pasión por cambiar al otro”* (Maturana, 1992, en Zlachevsky, 1996, p.4).

En el contexto terapéutico, esta postura implica hacerse cargo de que los relatos de los consultantes son interpretaciones de los hechos, y que las formas de significar los acontecimientos son construcciones que responden a ciertos contextos de los que se es parte. En este sentido, el psicólogo lo que hace es estar co construyendo con quien consulta la interpretación de los hechos, y por esto, no habrían posturas equivocadas. El trabajo del terapeuta entonces no es cambiar a quien consulta, sino que comprender la forma particular de interpretar de quien relata, recordando que a lo que accede es a un relato de lo vivido y no lo vivido en sí, e invitar a la reflexión del propio sistema de creencias. Esto, mediante preguntas y afirmaciones en donde se va creando la “realidad”, que no es estática, y en donde se distinguiría lo que es doloroso para quien relata, lo que siempre está definido por el sistema consultante, nunca por el terapeuta. Así, se abre la posibilidad de un relato con énfasis distintos que varíe la historia, una significación alternativa que le permita desentramarse del sufrimiento que lo llevó a consultar. Esto es posible ya que al hacerse cargo de las operaciones de distinción, se abre la posibilidad de tomar caminos distintos de comprensión y elegir, al no estar determinado por el origen (Zlachevsky, 2012).

Para lo anterior, se hace necesario comprender que en terapia, se tiene en frente a alguien cuya vida consiste en una amplia gama de posibilidades y elecciones, muchas de

las cuales han sido excluidas en las elecciones que la persona ha tomado, pero que todavía están potencialmente disponibles. Para explicar esto, se introducen los términos de intervenciones agonales y ortogonales de Maturana. Según éste, existen dos tipos de intervenciones, agonales y ortogonales. Las primeras son confirmatorias, corresponden al funcionamiento actual del sistema, y llevan a que el sistema continúe con su deriva relacional, es decir, es lo esperable en un dominio de existencia. Las intervenciones ortogonales, no confirmatorias, gatillarían cambios estructurales en el sistema que son novedosos en relación a la dinámica estructural actual, por lo que el sistema cambia la dirección de su deriva relacional. Algo diferente ocurre que lleva a un cambio en la forma de significar. Serían las intervenciones ortogonales las que se requieren para lograr cambios en la forma de interpretar los acontecimientos. (Zlachevsky, 2009; 2015).

Señala Zlachevsky (2009), *“El objetivo terapéutico, a mi entender, es intentar del modo más breve y eficiente posible, que el sistema consultante logre cambiar esa organización de significados que lo tiene atrapado en una forma de ver desdichada. Ello, para que pueda continuar funcionando en forma autónoma, sin el sufrimiento en que se encontraba entrampado cuando llegó a consultar. No obstante, es él – y desde él – el que dice qué quiere mantener y qué quiere cambiar”* (p.24).

En cuanto a su unidad de análisis, la TSCN pone el foco en el sistema de relación, lo que implica comprender a la persona formando parte de un sistema u organización de significados, se piensa en las pautas de relaciones en las que habita el sujeto (ejemplo sistema de valores, lo que provienen de un contexto). Se pone acento en la organización relacional que le confiere sentido al problema, ya que las significaciones estarían en función de las pautas de acción y el intercambio de significados característicos de la

organización relacional de los sistemas. Se desprende de esto el dejar de considerar el origen del problema en lo individual, para entenderlo desde la descripción de las redes de significados compartidos por los individuos (Zlachevsky, 1996).

Dentro de las posturas epistemológicas constructivistas, que tienen como objeto de análisis la relación, existen múltiples formulaciones teóricas y modos de hacer terapia, dando lugar a distintos modelos intermedios. La TSCN, al adscribirse a la noción de narrativas, tiene como supuesto central que el problema reside en la descripción que se hace de éste, y el cambio consiste en explicar, significar y narrar de manera diferente a la que atrapa, teniendo como consecuencia un alivio del dolor del consultante, al generar diferentes acuerdos y consecuencias. El objeto es que los cambios en las significaciones que emergen en el espacio terapéutico se traduzcan luego en acciones que tengan consecuencias en el paciente y en su entorno social (Zlachevsky, 1996).

2.2.4 Dominios de existencia

En el entendimiento del relato de un consultante, el terapeuta debe tener presente que los seres humanos somos seres sociales en constante interacción, y es en estas interacciones donde se configuran distintas formas de relación. Se pertenece simultáneamente a distintos sistemas sociales, lo que implica diversas formas de comportarse, definiciones de uno mismo y de otro, y en la aceptación mutua de esto, se dan las formas de actuar. En el compartir con otros, se estabilizan ciertas pautas de comportamiento, y se establecen acuerdos de lo que es posible esperar y no dentro de cada contexto de relación: *“Así, la historia de nuestra relación nos impone una serie de coherencias conductuales, a lo largo de las cuales hemos ido co construyendo significados.*

Esta “co construcción de significados” se va dando en nuestras mutuas coordinaciones de acción, las cuales surgen en la convivencia” (Zlachevsky, 1996, p.7)

Respecto a esto, Maturana propone el concepto de Dominio de existencia para referirse al hecho de que tenemos configuraciones operacionales distintas según con quien estemos, cómo nos entendemos a nosotros mismos en ese dominio, y según los distintos actores que configuran dicho dominio. Señala el autor que *“cada configuración de operaciones de distinciones que el observador ejecuta, especifica un dominio de realidad como un dominio de coherencias operacionales de su praxis del vivir en la cual él o ella trae a la mano un tipo particular de comportamiento”* (Maturana en Zlachevsky, 2012, p.252).

Señala Zlachevsky (2015) que hay tantos dominios de existencia como redes de conversación, los que se han ido co construyendo en el encuentro con otros. En el quehacer terapéutico, esto implica el entendimiento de que el problema psicológico por el que se consulta se definirá sobre la base del dominio de existencia en el que el dolor sea parte, así como del contexto social en el que el sistema se desenvuelve. En cada dominio de existencia la narrativa es diferente, y por alguna razón le está perturbando. Al aceptar esta mirada, el terapeuta comprende que no hay una única manera de entender las circunstancias, ya que cada explicación que la persona da a sus acontecimientos surge de lo que se considera legítimo para cada dominio en particular. El problema surgiría al no ser coherente con el sistema de significados, entonces la tarea del terapeuta no es sólo identificar el dominio de existencia en donde se aloja el problema, sino que también conocer que le pasa a la persona en ese dominio existencial.

2.2.5 Sustentos ontológicos. Heidegger y Dasein

La TSCN incorpora una perspectiva ontológica, esto es, “la propia concepción de cómo entendemos lo humano” (Zlachevsky, 2011, p.6), o “*cómo la persona se responde a su propia interrogante de qué es para él o ella lo que define el ser de lo “humano” y cómo actúa desde esa comprensión*” (Zlachevsky, 2015, p.35).

Zlachevsky (2011) señala que este cuestionamiento ha sido dejado de lado por parte de la psicología y la psicoterapia, ya sea por fines pragmáticos o bajo interés, y cuya falta resultaría en la utilización por parte de los terapeutas de técnicas al azar, sin la capacidad de diferenciar que pueden provenir de distintas maneras de comprender lo humano. Detenerse en esta reflexión, por el contrario, facilitaría al terapeuta entender la propia coherencia de significados que emerge en el momento de realizar psicoterapia.

Los sustentos ontológicos de TSCN se encuentran en los planteamientos de Heidegger, cuya obra invita a pensar en el ser. Sus consideraciones se alejan de lo que señala Zlachevsky (2011), sería una de las problemáticas para la comprensión ontológica, esto es, la tradición filosófica del pensamiento de la modernidad, de la separación hombre – ser – mundo.

En su obra *Ser y Tiempo*, Heidegger sostiene que el ser es aquello que condiciona a todo ente como tal, y se manifiesta en el ente. El ente se denomina Dasein (ser - ahí). Si bien no son lo mismo, Ser y Dasein se dan juntos, como una unidad. Ambos se dan en un proceso constante, el devenir. Por tanto, el Dasein está siempre siendo, y por tanto, aconteciendo (Zlachevsky, 2009; 2011).

En esta línea, los pensamientos de la separación del Dasein y Ser no irían por el camino adecuado. El pensamiento heideggeriano plantea que no hay nada más allá del ser,

y si lo hubiera, no sería posible pensarlo. No existe alguien fuera del ser, que pudiera estar observándolo (Zlachevsky, 2009).

El Dasein ha sido arrojado en un mundo que no eligió, pero que a medida que vive se le otorga sentido y aprende a vivir en su propuesta social. Se cae en un contexto de reglas sociales y obligaciones de las cuales luego se forma parte. Esto no es algo negativo, ya que gracias a esto, el Dasein sabe cómo moverse y a qué atenerse dentro de ese mundo. El Dasein ha caído en la impropiedad, en *el uno*, esto es, en la exigencia que hace que uno se interprete a sí mismo y a los otros desde lo público, y sucede que a veces no existe comodidad en dicha interpretación, con los discursos dominantes. No es algo simple dejar de lado esto, y avanzar hacia el ser auténticamente *sí* mismo, en propiedad. Sin embargo, en el sólo hecho de estar vivo, se tiene la posibilidad de de una modificación existencial del *uno* mismo, y empezar a existir como *sí* mismo. La mayoría de las veces en terapia, la persona que viene aquejada de un problema lo hace desde el *uno* mismo (Zlachevsky, 2015).

El Dasein se puede conceptualizar desde una mirada analítica, separando tres momentos estructurales (sólo con fines didácticos, ya que siempre se dan juntos) que son: a) el comprender; b) la disposición afectiva; c) el discurso o habla y habladuría. Son las manifestaciones del Ser en el Dasein, los existenciales (Zlachevsky, 2009).

Estos existenciales serían las bases de la co construcción del problema en psicoterapia, en TSCN, de lo que Zlachevsky denominó la tríada inseparable: el modelo XYZ, lo que se detallará más adelante.

2.2.6 Sustentos ontológicos. Ortega y Proyecto

Una persona llegaría a terapia movido por algún acontecimiento inesperado que irrumpió en algún dominio de existencia en los que se desenvuelve, y condujo a una reacción afectiva ingrata, la que va unida a la generación automática de una explicación sobre la naturaleza problemática del suceso, que emerge desde el propio sistema de creencias de la persona, y que hace emerger una emoción displacentera (Zlachevsky, 2015). Por tanto, lo acontecido es definido por quien consulta como una dificultad, un problema, que tiene relación con cómo una persona se ve a sí misma o algún otro en alguna situación o contexto. Entonces, para que haya problema, la persona debe enunciarlo como tal (Zlachevsky, 2009).

Los estados emocionales que dan el marco de comprensión de los acontecimientos para cada persona pueden ser entendidos desde Heidegger como la disposición afectiva. Señala Zlachevsky (2015) que esta comprensión también es desde el horizonte de significatividad, el cual está sustentado en el proyecto, para lo cual se refiere a la obra de Ortega.

Ortega señala que el hombre no tiene naturaleza, sino historia, refiriéndose a su sentido biográfico. El hombre vive en un determinado tiempo, momento, que es una época histórica, en donde coexisten distintos modos de vivir y generaciones, y la tarea es dirigir innovadoramente la mirada al futuro, pero sustentando sus propuestas en su historia, su pasado (Zlachevsky, 2009). En este sentido, el hombre es dinamismo y movimiento, e inserto en su tiempo y época, vive hacia el futuro, y existe desde su proyecto vital, que sería *“una imagen más menos vaga del argumento de mi vida, una pretensión que como tal me*

constituye, y eso es lo que hace que en cada momento elija entre mis posibilidades y proponga otras” (Zlachevsky, 2009, p.9).

De cierta manera, nos encontramos con nuestro proyecto ya formado cuando nos encontramos con nuestra vida y las creencias imperantes de la época, y sobre esta base, sobre el proyecto de cada cual, se evalúa y valora lo que sucede en nuestro entorno, siendo dificultades o facilidades para llevar a cabo nuestro proyecto vital. Al respecto, la frase de Ortega “yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo”, se interpretaría entendiendo el primer yo como la vida humana en su integridad y el segundo, como el proyecto vital, que es quien debe vérselas con las circunstancias para lograr sus fines y propósitos. El proyecto vital es entonces elegido, dentro de ciertos límites, entre varias posibilidades, y Ortega señala que el hombre es el ente que se hace a sí mismo, inventando estas posibilidades, ya que lo único que al hombre le es dado es su circunstancia. Circunstancia es el mundo vital en donde está el sujeto, incluye las cosas físicas, lo social y cultural, su cuerpo y psique. Señala el autor, “el hombre se hace a sí mismo en vista de la circunstancia”. De todas maneras, si bien la circunstancia condiciona la vida, no la determina estrictamente. El hombre no encuentra cosas, sino que interpretaciones, y de esta manera, va conformando su proyecto, desde su propio mundo (Zlachevsky, 2009).

En la posibilidad de elegir nuestro proyecto radica el origen de la libertad, entendida como el poder ser otro del que se era, teniendo siempre abierta esta opción. En este sentido, la realización del proyecto nos impone tomar decisiones, al respecto, Ortega señala, “*El hombre es la única realidad, la cual no consiste solamente en ser, sino tiene que elegir su propio ser*” (Zlachevsky, p.14). La libertad es entonces una dimensión ontológica del ser humano, el vivir humano es tener que hacerse la vida, por lo que vivir es acontecer, y por

tanto, es drama. El drama es distinto para cada uno, en cada época generacional o histórica, se vive con una sensibilidad determinada, según también la perspectiva de problemas a las que se ve enfrentado, y a la luz de las seguridades e inquietudes que el mundo represente (Zlachevsky, 2009). Señala Zlachevsky (2015), *“todas esas inquietudes y seguridades serán interpretadas a la luz de su proyecto de vida, de su forma de significar los acontecimientos de lo que se espera que ocurra, así como de las expectativas de los otros tienen del comportamiento de uno”* (p.67).

Por lo tanto, visto como proyecto y como elección, el hombre está condenado a ser libre, en el sentido de que las posibilidades dadas en una circunstancia no son nunca una sola. Al respecto, Ortega señala que *“cada instante y cada sitio abre ante nosotros diversos caminos”* (Zlachevsky, 2009, p.15), en donde el hacerse a sí mismo constituye a la vida como una ardua tarea.

En el contexto terapéutico, esto implicaría comprender que el relato de un consultante siempre tiene sentido en el contexto de su propia historia y su proyecto vital. El proyecto vital no está en cuestionamiento en terapia, sino que el objetivo es el trabajo con algo concreto que emerge como dificultad en la realización de dicho proyecto (Zlachevsky, 2009).

Tanto para Heidegger como para Ortega, el hombre es inseparable de su entorno, no es un ente aislado en su conciencia, mostrando así en sus concepciones de ser humano un alejamiento de las ideas modernas, tanto en lo que se refiere al concepto de hombre como al de mundo (Zlachevsky, 2009). Señala la autora, *“Tanto para Ortega como para Heidegger el ser humano es inseparable de su entorno. Ambos están juntos. En el caso de Ortega, la vida humana se hace momento a momento, en íntima relación del yo con la*

circunstancia, y resolviéndola conforme al pasado —la tradición— y, principalmente, desde su futuro: el proyecto vital de cada uno. En el caso de Heidegger, el Dasein es-en-el-mundo, en donde el mundo es el horizonte de posibilidades y de significaciones con las que el Dasein tiene que entenderse. Se trata del hombre «siendo-ahí», estando en “el claro del ser”, abierto a su llamado. El Dasein es en la convivencia con los otros y en la ocupación con el ente intramundano.

El hombre, para ambos, está arrojado en un mundo fáctico, con el cual tiene que habérselas, proyectado hacia el futuro. Por ende, Dasein y vida humana nunca están terminados; por el contrario, están constantemente haciéndose. Se trata de una concepción de ser activa, fluyente, en contraposición con el ser eleático, suficiente en sí mismo” (Zlachevsky, 2009, s/p).

2.2.7 Tríada inseparable: Modelo XYZ. Co construcción de un problema

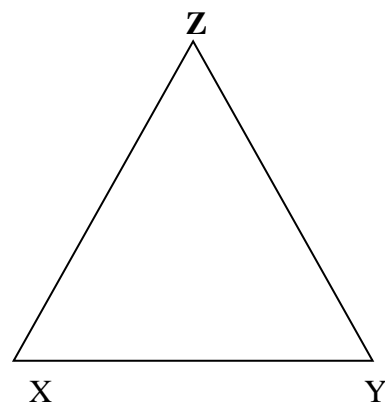
Zlachevsky (2015) plantea que el Modelo XYZ es una forma de sistematizar las conversaciones terapéuticas en un intento de establecer un hilo conductor que oriente la labor terapéutica, en donde suele existir la dificultad de no saber qué preguntar o cómo esclarecer dentro de la conversación lo relevante para el problema que aqueja al consultante, o su modo de interpretación del fenómeno.

Como se ha dicho anteriormente, el Modelo XYZ tiene sus bases en los tres existenciales del Dasein, de tal manera que cuando una persona acude a terapia, llega con un estado emocional particular (temple anímico) asociado a una cierta explicación sobre lo que le sucede (comprender) que se expresa en el lenguaje (discurso, habla) con el que trabaja el terapeuta. Al respecto, señala Zlachevsky (2009): “Yo diría, el temple

anímico abrió la comprensión e interpretación del mundo como algo que no debió pasar según su horizonte de significabilidad y ello lo expresó a través del habla. Aparece aquí la manifestación de lo que se podría llamar la tríada inseparable. a) Temple de ánimo, b) comprensión-interpretación y c) habla. Estos tres existenciales, sobre los que se ha escrito anteriormente, aparecen como una tríada inseparable, en tanto surgen co-originariamente, como sostiene Heidegger, de modo que no son separables en la situación-problema” (p. 58).

La explicación que surge de lo acontecido tiene relación con sentir algo que no debió pasar con un otro, según el horizonte de significatividad y de importancia de lo que debía pasar en algún dominio de existencia. Para explicar cómo ocurre esto, Zlachevsky (2009; 2015) recurre al concepto planteado por Maturana de intervención ortogonal, detallado anteriormente. Sería la intervención ortogonal, por tanto, la que permitiría comprender y definir el problema psicológico

Con todo lo anterior, la tríada inseparable, que es una forma esquemática de construcción de un problema trabajable, quedaría constituida de la siguiente manera (Zlachevsky, 2015):



X: Corresponde a la explicación que el terapeuta logra producto de la comprensión – interpretación que el sistema consultante expresó acerca del fenómeno.

Y: Corresponde a la emoción (temple anímico) que trae a consultar al sistema consultante

Z: Corresponde al episodio crítico, la intervención ortogonal que sufrió la persona en algún dominio de existencia, y lo que se dijo a sí mismo o a otro frente al evento vivido. Responde a la pregunta *¿por qué ahora?*, que la autora señala de gran relevancia en su operar terapéutico, ya que ayuda a identificar el suceso o experiencia que amenazó el sistema de significados.

2.2.8 Premisas fundamentales en Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas

Como se ha señalado anteriormente, Zlachevsky (2015) sitúa a la TSCN como un modo más de hacer terapia entre las múltiples formas existentes. También indica que dentro de los terapeutas centrados en narrativa, se difiere en el modo de operar, aunque se comparten ciertas premisas, las cuales son:

1. Los seres humanos somos y existimos en el lenguaje: No tenemos el lenguaje sino que estamos en el lenguaje. Las palabras forman nuestros modos de significar, lo que a su vez origina organizaciones de significado compartidas, lo que da lugar a narrativas.

2. El sistema terapéutico se distingue por el desarrollo de un significado co – creado, que es el problema, el cual surge desde la forma en cómo las personas significaron y definieron los hechos. Éste tiene sentido en el dominio de existencia que el consultante define como tal.

3. En el contexto del sistema terapéutico, quien define lo que lo lleva a consultar es quien consulta y no el terapeuta, que nunca sabe más que el sistema consultante. Esto tiene a la base el entendimiento de que los seres humanos son sistemas lingüísticos y generadores de significado, y a partir de esto, quienes mejor pueden definir lo que les ocurre son los que participan en la co construcción de esos significados.

4. El rol del terapeuta es el de hacer preguntas congruentes con los sistemas de significado que gatillen en el sistema consultante reflexiones y explicaciones alternativas, también coherentes con sus sistemas de creencias. De esta forma, se contribuye a la co construcción de nuevas narrativas.

5. La posibilidad de re – relatar los acontecimientos de la vida en el contexto de nuevos significados, permite el poder de transformación de las nuevas narrativas, al abrirse la opción de comprender e interpretar los hechos o propias creencias desde más de una opción.

6. Desde TSCN se entiende que el terapeuta no es un experto en lo que le ocurre al sistema consultante, sino que su pericia consiste en hacer preguntas desde el “no saber”. Por tanto, se debe evitar intentar adivinar los significados de quienes vienen a consultar, y de acusar al otro de no ser como se “debiera”. Debido a esto, el terapeuta no realiza diagnósticos psicológicos, aunque si se admite la importancia de no dejar de lado la biología.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Describir el proceso terapéutico orientado al manejo del temor a recaída en una superviviente de leucemia abordado desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las sesiones realizadas en el proceso terapéutico llevado a cabo con una joven superviviente de leucemia bajo el modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

- Describir la co construcción de problemas en el proceso terapéutico llevado a cabo con una joven superviviente de leucemia bajo el modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

- Describir las intervenciones realizadas hacia las problemáticas co construidas en el proceso terapéutico llevado a cabo con una joven superviviente de leucemia bajo el modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

- Describir los efectos terapéuticos de las intervenciones realizadas en el proceso terapéutico llevado a cabo con una joven superviviente de leucemia bajo el modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

4. ABORDAJE METODOLÓGICO

4.1 Fundamentos onto – epistemológicos

Para exponer el marco metodológico en donde se encuadra este estudio, se comenzará por explicitar los fundamentos onto – epistemológicos que lo guían, con el fin de dar cuenta de la congruencia entre estos puntos.

El presente estudio se posiciona en una epistemología enmarcada en la Constructividad, término que como se señaló anteriormente, es propuesto por Zlachevsky como una postura epistemológica común al constructivismo y construccionismo social, la que define como *“la postura que lleva al observador a hacerse cargo de sus operaciones de distinción”* (Zlachevsky, 2012, p.242). De esta manera, bajo esta postura, se entiende la vida como *interpretación de sí misma*, es decir, se resalta el carácter hermenéutico que ésta tiene, reconociendo que toda interpretación refiere a quien interpreta (Zlachevsky, 2012).

A su base, se encuentran los planteamientos de Maturana en cuanto a cómo conocemos a los otros y a nuestro entorno, quien señala que los humanos operamos como observadores, y que las explicaciones o descripciones que realizamos son secundarias a la experiencia vivida (Maturana, 1997, en Zlachevsky 2012). De esta forma, es necesario precisar que las explicaciones son una segunda experiencia sobre una primera, y la *“explicación nunca es un reflejo absolutamente fiel de la primera experiencia vivida,*

aquella que se quiere explicar” (Zlachevsky, 2012, p.244). Maturana a su vez propone como explicación a esta experiencia la noción de objetividad entre paréntesis, la que implicaría aceptar que *“nuestras habilidades cognitivas son un fenómeno biológico, y, como tal, son un sistema que sólo puede responder desde su propia estructura y conocimiento anterior”* (Zlachevsky, 2012, p.245). Por lo tanto, lo que percibimos del mundo depende de la estructura propia y conocimiento previo del observador. Las líneas psicoterapéuticas que se posicionan en esta epistemología coinciden en que no existen criterios verdaderos o precisos respecto a las problemáticas de los consultantes, sino que todo son interpretaciones.

Como se explicó anteriormente, la TSCN se ubica dentro de la concepción fenomenológica hermenéutica, la cual representa una manera de entendimiento de la psicología, en donde *“cobran importancia característicamente la historicidad de los fenómenos psíquicos, su contextualización sociocultural, y por sobre todo, la consideración de la dimensión de sentido /significado de todo acto psíquico”* (Cornejo, 2005, en Zlachevsky, 2012, p.240). Señala Zlachevsky (2012) acerca de esta posición que lo central es el lenguaje, el que reside entre las personas, y en el que las palabras adquieren sentido y significado en el contexto de una relación particular: *“Las palabras no son palabras sino cuando son dichas por alguien a alguien. Sólo así, funcionando como concreta acción, como acción viviente de un ser humano sobre otro ser humano, tienen realidad verbal. Y como los hombres entre quienes las palabras se cruzan son vidas humanas y toda vida se halla n todo instante en una determinada circunstancia o situación, es evidente que la realidad “palabra” es inseparable de quien la dice, de a quién va dicha*

y de la situación en que esto acontece” (Ortega y Gasset, 1964, en Zlachevsky, 2012, p. 241).

Con la declaración de los fundamentos onto – epistemológicos recientemente realizada, es posible explicitar el marco metodológico de este trabajo. El presente estudio se enmarca en la metodología cualitativa. Esta metodología es un proceso de indagación que obtiene datos del contexto en el cual los eventos ocurren, lo que puede ser entendido como un esfuerzo por describir los fenómenos sociales que tienen cabida en escenarios naturales (Flores, 2009). Implica la utilización y recogida de materiales de entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (Rodríguez, Gil y García, 1996). Los autores Taylor y Bogdan (1992, en Flores, 2009, p.82), señalan diez características distintivas de la investigación cualitativa de fenómenos sociales:

1. Es inductiva
2. Sigue un diseño flexible, teniendo la posibilidad de modificar o alterar su diseño mientras se avanza en la ejecución misma del estudio.
3. Posee una perspectiva holística y sistémica, entendiendo que los fenómenos que estudiamos se encuentra interrelacionados unos con otros, de forma aparente o latente, por lo que no puede dejar de pensarse en las posibles relaciones entre ellos.
4. Los fenómenos sociales, así como las personas, grupos, y comunidades no son reducidos a variables de estudio, pues entiende que son mucho más ricos, variados y complejos.

5. Es naturalista e intenta interactuar con quienes son encasillados en el rol de informantes de forma natural y no intrusiva. Pretende realizar una comprensión del escenario en profundidad y es sensible a los efectos de alteración de los escenarios provocados por el investigador.
6. Intenta desarrollar explicaciones que utilicen los marcos de referencia de las personas, con sus expresiones y significados, con el objeto de comprender los fenómenos desde su perspectiva.
7. Entiende que todos los escenarios son dignos de estudio, y asumir esta actitud supone encontrarse siempre abierto a las diferencias, a aquello que no aparece como algo evidente o común.
8. Los investigadores cualitativos consideran a los fenómenos sociales como una co construcción realizada entre ellos y sus informantes, por medio de un acercamiento pautado y meditado, que permite un acoplamiento entre ambas perspectivas, la del investigador interesado en conocer y explicar, y la del informante.
9. Da énfasis a los criterios de validez de la información que de ella surge. Los investigadores se preocupan por la validez de la información generada, ya que este tipo de estudios requieren rigurosidad, precisión y seriedad, aunque la información generada no necesariamente puede ser estandarizada.
10. Los métodos cualitativos se encuentran a disposición del investigador, quien asume la tensión de su realización. Su ejecución exitosa recae en el investigador y su experiencia.

Se señala que este estudio se enmarca en esta metodología ya que trata de un caso particular, que no busca generalizaciones, y está orientado a la comprensión de la conducta del actor social, atributos propios de esta orientación. Además, y en coherencia con los fundamentos onto - epistemológicos recientemente señalados, la metodología cualitativa considera el papel activo y constructivo – interpretativo del investigador, entendiendo que *“Los valores inciden en la investigación y forman parte de la realidad, y la misma investigación es influida por los valores del contexto social y cultural. El conocimiento no es aséptico ni neutro, es un conocimiento relativo a los significados de los seres humanos en interacción: sólo tiene sentido en la cultura y en la vida cotidiana”* (Pérez, 1994, en Cuevas Jiménez, 2002, p. 49). De esta forma, esta perspectiva plantea superar la pasividad tradicional del investigador en pro de la “objetividad”, para en su lugar reconocer el protagonismo del investigador como sujeto productor del conocimiento (Cuevas Jiménez, 2002).

En la orientación cualitativa, cada investigación utiliza las estrategias que se consideran más adecuadas en conformidad con una variedad de modelos conceptuales que permiten realizar una interpretación y análisis posterior de la información obtenida. La elección de determinadas metodologías y técnicas asociadas es guiada por los intereses y propósitos de la investigación (Flores, 2002). Entonces, los métodos de investigación surgen bajo las concepciones y necesidades de los investigadores que trabajan desde una disciplina concreta del saber, la cual determina, en cierta medida, a su vez, la utilización de los métodos concretos y las posibles cuestiones a tratar (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Siguiendo a Rodríguez, Gil y García (1996), el método se considera como la forma característica de investigar determinada por la intención sustantiva y el enfoque que la

orienta. Considerando las intenciones de este estudio, es posible decir que utiliza como método la fenomenología, y como análisis, la aproximación fenomenológico hermenéutica.

La fenomenología considera que la conducta humana, lo que el actor social dice y hace, es producto del modo en que define su mundo. La tarea de las explicaciones sociales consiste precisamente en aprehender este proceso de interpretación (Flores, 2009). Entonces, “describe las estructuras de la experiencia como se presentan en la conciencia, sin recurrir a teoría, deducción o suposiciones” (Flores, 2009, p.35). Como característica distintiva, la fenomenología destaca el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva, entendida como la investigación sistemática de la subjetividad (Rodríguez, Gil y García, 1996). Como fundamento, está la experiencia subjetiva entendida como base del conocimiento, estudiar los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores, y el interés que da a la experiencia e interpretación que hacen los actores sobre el mundo social (Flores, 2009).

La hermenéutica surge originalmente como una técnica para la interpretación de los textos bíblicos, en un esfuerzo por descubrir y reconstruir el mensaje de Dios que se creía que tenían los textos pero que se había escondido, para luego verse su utilidad en las ciencias sociales, y ampliarse a ser un método de interpretación textual y más tarde, de la acción humana (Packer, 1985). Villegas (1992), señala que representa la teoría y práctica de la interpretación. Principalmente, se trata de una postura filosófica que sostiene que “la comprensión es siempre interpretación, que no hay un punto de vista privilegiado para la comprensión”.

Martin Heidegger propone que la fenomenología hermenéutica es el método de investigación más apropiado para el estudio de la acción humana (Packer, 1985). Esto,

porque considera a la acción humana un fenómeno complejo, considerando que tienen una organización semántica y no lógica o causal. La hermenéutica involucra un intento de describir y estudiar fenómenos humanos significativos de manera cuidadosa y detallada, y en la medida de lo posible, libre de supuestos teóricos previos. Existe una necesidad de interpretación cuando se está explicando la experiencia (Packer, 1985). La hermenéutica también considera la dimensión temporal, y el reconocimiento histórico de la experiencia, dando importancia a los elementos socioculturales en la interpretación (Cárcamo, 2005).

El discurso terapéutico también estaría dentro de estas condiciones, pero además hay que tener en cuenta que en este contexto el significado no es sólo descubierto, sino construido en la negociación (Anderson y Goolishian, 1992, Gergen y Kaye, 1992, Habermas, 1987, Villegas, 1992, en Villegas, 1992): *“Desde un punto de vista hermenéutico, el cambio en terapia viene representado por la creación dialógica de una nueva narrativa. A medida que evoluciona el diálogo se van construyendo de mutuo acuerdo las historias todavía no contadas”* (Villegas, 1992, p.11). Esto es planteado por Zlachevsky respecto a TSCN, explicando su consideración de que el problema que lleva a consultar reside en la descripción que se hace de éste, y de esta manera, el cambio consiste en explicar, significar y narrar de manera diferente a la que atrapa, teniendo como consecuencia un alivio del dolor del consultante, al generar diferentes acuerdos y consecuencias (Zlachevsky, 1996).

La aproximación utilizada en este caso es fenomenológico hermenéutica, ya que es una interpretación a partir del lenguaje, lo cual es orientado a partir del análisis de la narrativa y problema psicológico, definido por la tríada XYZ y dominios de existencia, y del cambio de ésta y su consecuente efecto liberador.

4.2 Estrategia de investigación: Estudio de caso.

El presente estudio se presenta a partir de la herramienta de estudio de caso, siendo esta una de las metodologías más utilizadas en la investigación en psicología, facilitando a los psicólogos clínicos transmitir sus experiencias de forma sistemática, permitiendo a otros entenderlas y discutir las, contribuyendo al acercamiento entre teoría y práctica en psicología clínica (Buela – Casal Sierra, 2002).

En términos generales, el estudio de caso implica “La examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso” (Luck, Javkdon, y Usher, 2006, en Scandar, 2014). Lo que se entiende por “caso” es un fenómeno puntual que puede definirse con coordenadas espaciales y temporales, encontrándose ligado a su contexto de forma irreductible, siendo esto una de las ventajas de los estudios de casos: poder incluir condiciones contextuales de forma holística sin intentar individualizar ni controlar variables (Yin, 2003, en Scandar, 2014). Los estudios de casos deben considerarse un tipo de investigación cualitativa aún cuando incluya datos cuantitativos, pues con ellos se está en el campo de la interpretación fenomenológica de los datos y alejándose de la búsqueda de generalización estadística (Starman, 2013, en Scandar, 2014), considerándose por algunos autores que los objetivos que guían un estudio de caso son siempre la profundización y comprensión de un fenómeno (Luck, Javkdon y Usher, 2006, en Scandar, 2014).

Stake (1995), señala que un estudio de caso es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. A partir de los que se enmarcan dentro de la metodología cualitativa, y para

la elección de los métodos que se utilizarán, el autor distingue entre el estudio intrínseco de casos, el estudio instrumental de casos, y el estudio colectivo de casos, según sea el objeto del estudio. El primero responde al interés de comprender ese caso en particular, no al de aprender sobre otros casos o sobre algún problema en general, existiendo un interés intrínseco en el caso en particular. El estudio instrumental tiene relación con la necesidad de comprensión general, a partir del entendimiento de un caso particular. Por último, el estudio colectivo de casos consiste en la profundización de varios casos como objeto de estudio para la comprensión general.

Por otro lado, Scandar (2014) señala otros modos de agrupamiento de los estudios de caso, respecto a factores temporales y de formas de vinculación entre el dato obtenido y el marco teórico. Respecto a lo primero, se consideran tres tipos de estudio: retrospectivos, que plantean el estudio de un hecho pasado y sus implicancias actuales; transversales, que examinan un período específico de tiempo; y diacrónicos, que intentan dar cuenta de los cambios a lo largo del tiempo, y que son equiparables a los estudios longitudinales. Este tipo de estudio es frecuente en psicoterapia, en donde se sigue un caso a lo largo de un proceso terapéutico observando los cambios que se producen en un sujeto o grupo de sujetos como resultado de dicho proceso (Thomas, 2011, en Scandar, 2014).

Dentro de la clasificación referida a la vinculación entre recolección de datos y teoría, se encuentran los estudios de casos divididos en ateóricos, que pretenden ser descriptivos y no contribuir directamente con el desarrollo conceptual, sino que agotarse en la particularidad del fenómeno; configurados por la teoría, que utilizan abiertamente un marco teórico para explicar los fenómenos, y a partir de este, configurar la recolección de datos y modelos explicativos; heurísticos, que buscan identificar fenómenos nuevos e

inesperados para la teoría; de testeo de hipótesis, que buscan evaluar la validez de las teorías; prueba plausibilidad, cuyo objeto está en verificar que futuras investigaciones sean factibles; y de construcción de bloques, que hacen énfasis en aspectos muy puntuales de un fenómeno con la intención de contribuir luego a teorías más generales (George y Bennet, 2005, en Scandar, 2014).

Dado que el objetivo de este estudio es la descripción del proceso terapéutico del caso en particular a partir de su profundización, y no necesariamente de la población oncológica en general, la estrategia de estudio de caso es adecuada: *“La investigación con estudio de caso no es una investigación de muestras. El objetivo primordial del estudio de un caso no es la comprensión de otros. La primera obligación es comprender este caso”* (Stake, 1995, p.17). Atendiendo a los mismos objetivos, es posible decir que este estudio de caso es intrínseco, al respecto, señala Stake (1995, p.17): *“Cuanto más intrínseco sea el interés de un caso, más deberemos refrenar nuestra curiosidad y nuestros intereses especiales, y más deberemos discernir y centrarnos en los temas específicos”*. Respecto a la dimensión temporal, es diacrónico, y por último, en cuanto a recolección de datos y teoría, se considera configurado por la teoría, ya que se considera la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, y sus bases onto epistemológicas ya señaladas, como guía y modelo explicativo de este estudio.

La forma de presentación de este estudio de caso seguirá una estructura basada en las normas para la redacción de casos clínicos de Buela – Casal y Sierra (2002), propuestas por los autores como directrices para las publicaciones de estudios de casos, orientadas a los investigadores de la psicología clínica, para planificar su actividad profesional y comunicarla en términos estándares facilitando la comprensión por parte de la comunidad

profesional. Los autores reconocen que a pesar de que las normas propuestas se ajustan preferentemente a procesos basados en intervenciones del modelo cognitivo – conductual, pueden ser útiles en mayor o menor medida a otros modelos de intervención psicológica, reconociendo que seguirlas contribuye a una mejor exposición y comprensión del caso (Buela y Casal, 2002). De esta manera, la estructura que se seguirá para la descripción de este caso, adaptada en función de los planteamientos de TSCN, será la siguiente:

- *Identificación del caso:* Deben indicarse aspectos de interés que ayuden a entender las características de la persona, tales como la edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de estudios, nivel sociocultural/económico, procedencia geográfica (Buela – Casal y Sierra, 2002).

- *Antecedentes generales:* Este apartado corresponde a la elaboración y explicación de genograma completo. En las normas de redacción de Buela y Casal, el genograma se incluye en el punto anterior, considerando que el contexto interaccional o socioafectivo en el que ocurre el problema puede ser muy relevante.

- *Análisis del motivo de consulta:* En este punto se describe el problema que plantea el consultante, y lo que interpreta el psicólogo. Además, se recoge información acerca de antecedentes relevantes del problema y sobre la sintomatología descrita, y da importancia a también analizar la demanda del consultante y la resistencia al cambio (Feixas, Sánchez, Laso y Gómez – Jarabo, 2002, en Buela – Casal y Sierra, 2002).

- *Historia del problema:* Se detalla el origen del problema, y por qué comenzó a ser desadaptativo para la persona. Contribuyendo a una mejor comprensión, se da importancia a la historia de la persona, no sólo al problema. Se destaca hacer una descripción amplia y

global de la situación, ya que es poco frecuente que el problema sea muy específico (Buela – Casal y Sierra, 2002).

- *Análisis y descripción de las conductas problema*: En este apartado se definen de forma operativa las conductas problema y variables relacionadas (otras conductas, variables biológicas, ambientales). Además, debe especificarse si se trata de eliminar, disminuir, implantar o incrementar una o más conductas (Buela – Casal y Sierra, 2002).

- *Establecimiento de las metas del tratamiento*: Se busca establecer metas clínicamente relevantes, las cuales deben ser negociadas con el consultante, considerando un comportamiento adaptativo con sus planes, objetivos y proyectos vitales. Esto debe considerar el ambiente en que interactúa la persona.

- *Selección tratamiento más indicado*: Punto en el que se especifica el tipo de tratamiento más indicado para el caso concreto, en este estudio, las características de la intervención sustentada en TSCN (Buela – Casal y Sierra, 2002).

- *Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase*: En función del tipo y características de la persona consultante, del problema y del tipo de selección de tratamiento se seleccionan las técnicas de evaluación (Buela – Casal y Sierra, 2002).

- *Aplicación de los tratamientos*: Se explicitan número de sesiones, en qué consistían, y su duración, cómo se aplicaron los tratamientos, dificultades del seguimiento de la técnica, etc. (Buela – Casal y Sierra, 2002). En la descripción de cada sesión, se incluirán puntos específicos desde la mirada de TSCN: Fecha, lugar y duración de la sesión, descripción general de la sesión, hipótesis de trabajo, dominio de existencia en el que habita el

problema, intervenciones y/o acciones terapéuticas, y cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor.

- *Evaluación de la eficacia de los tratamientos*: Desde la línea de TSCN, se detalla la deconstrucción de la explicación del problema, con su consecuente efecto liberador.

- *Estado del proceso y seguimiento*: Se especifica si se ha realizado, lo que se debería adecuar al problema (Buela – Casal y Sierra, 2002).

4.3 Técnicas o instrumentos de recolección de información

Este estudio contempló para su realización:

- Grabación sesiones y posterior transcripción
- Notas personales de sesiones y ficha clínica de centro médico
- Cuestionario Historias de Psicoterapia de Adler, Skalina y McAdams (2008), realizado por escrito

4.4 Criterios de rigor en la investigación cualitativa

En investigación cualitativa, cobra importancia el aseguramiento de ciertos criterios de calidad del estudio, que demuestren la sistematización y rigor metodológico (Flores, 2009). Con este fin, han surgido criterios para intentar establecer un paralelo con la confiabilidad, validez y objetividad cuantitativa, lo que es aceptado por algunos autores, pero rechazado por otros, argumentando que simplemente se han trasladado las preocupaciones positivistas al ámbito de la investigación cualitativa (Sandín, 2003, en Hernández, Fernández – Collao y Baptista, 2006). A continuación, se exponen dichos criterios:

- *Criterio de credibilidad:* Relacionado con que la información generada en una investigación cualitativa sea creíble y aceptable desde el punto de vista científico, esperando que exista una relación entre la información recogida en el estudio y la realidad estudiada. Debido a que la investigación cualitativa se realiza en condiciones naturales, se recomienda que sea trabajada de forma diacrónica, así como el uso de recursos técnicos como la triangulación de información, de fuentes escritas y de diversos tipos de registros (Flores, 2009). Colas (1992, en Flores, 2009), señala que para obtener credibilidad, se deben realizar ciertos procedimientos, como observación persistente, triangulación, recogida de material referencial y comprobaciones con participantes.

Las intervenciones del presente caso fueron sometidas a supervisiones clínicas guiadas por profesor guía, ayudante de cátedra, además de la participación de alumnos del Magíster en psicología clínica de la Universidad de Valparaíso. Así mismo, se utilizaron notas personales acerca del proceso así como transcripciones. Por último, se realiza Cuestionario de Historias de Psicoterapia de Adler, Skalina y McAdams (2008) a modo de seguimiento.

- *Criterio de transferibilidad:* Se refiere a que los resultados, o parte de ellos puedan aplicarse a otros contextos, no a generalizar (Williams, Unrau y Grinnell, 2005, en Hernández, Fernández – Collao y Baptista, 2006). Si bien es complejo que los resultados de un estudio cualitativo en particular puedan transferirse a otro contexto, en ciertos casos es posible dar pautas para tener una idea general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente. La

transferencia no la hace el investigador, sino el usuario o lector del estudio (Hernández, Fernández – Collao y Baptista, 2006).

Tomando en cuenta lo anterior, es posible dar cuenta de forma parcial este criterio, a partir del detalle del proceso terapéutico llevado a cabo, explicitando intervenciones y efectos, además de las características contextuales del caso. De esta forma, el lector podrá evaluar la transferibilidad de este estudio a otros.

- *Criterio de dependencia*: Referido a que la información generada se mantenga en el tiempo. En el contexto de investigación cualitativa, esto se ve limitado por una serie de situaciones, por ejemplo, la inestabilidad y rápido cambio de los fenómenos sociales. Entonces, se consigue mediante una auditoría externa, donde los procedimientos y registros llevados a cabo en el estudio pueden ser observados por otros investigadores (Flores, 2009).

Es posible dar cuenta de este criterio a partir de que el presente caso se llevó a cabo bajo supervisiones clínicas realizadas por profesor guía, ayudante y psicólogos del Magíster de Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso, quienes sometían a su apreciación las líneas de trabajo, intervenciones y resultados.

- *Criterio de confirmabilidad*: Relacionado con la validez externa (objetividad). Para su obtención, se pueden seguir tres procedimientos: generación de registros de forma correcta (transcripciones textuales, citas directas de fuentes de documentos); revisión de hallazgos y constataciones con otros investigadores; utilización de procedimientos mecánicos de registro de información (grabaciones de audio y videos). Contribuye también a esto que se declaren los supuestos desde donde se inicia la investigación, y someter el estudio a crítica (Flores, 2009). La confirmabilidad implica rastrear los datos

en su fuente y la explicitación lógica utilizada para interpretarlos (Hernández, Fernández – Collao y Baptista, 2006).

Si bien es complejo que a partir de la información dada otros terapeutas o investigadores lleguen a las mismas conclusiones, se intenta dar cuenta de este criterio a partir de descripción de sesiones, transcripción de intervenciones relevantes y declaración de fundamentos onto epistemológicos que guían el estudio y de cómo éstos se vinculan con la práctica clínica, representando las bases del actuar terapéutico. Por otro lado, se vuelve a destacar la realización de supervisiones clínicas.

4.5 Consideraciones éticas

Este estudio acata lo normado por el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile, en particular el Artículo 15: Aspectos Relativos a la Investigación en Psicología.

Tomando esto en cuenta, se solicitó autorización a Director Médico de Clínica Ciudad del Mar para la realización de este estudio, lo que implicó grabación de sesiones realizadas en centro médico de la institución.

Se solicitó autorización a la consultante para llevar a cabo este estudio de caso mediante un consentimiento informado, el que toma en consideración los puntos del Artículo 15 del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile, el cual también fue dado a conocer a autoridad correspondiente. El documento se muestra en el Anexo 1.

5. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

5.1 Identificación del caso

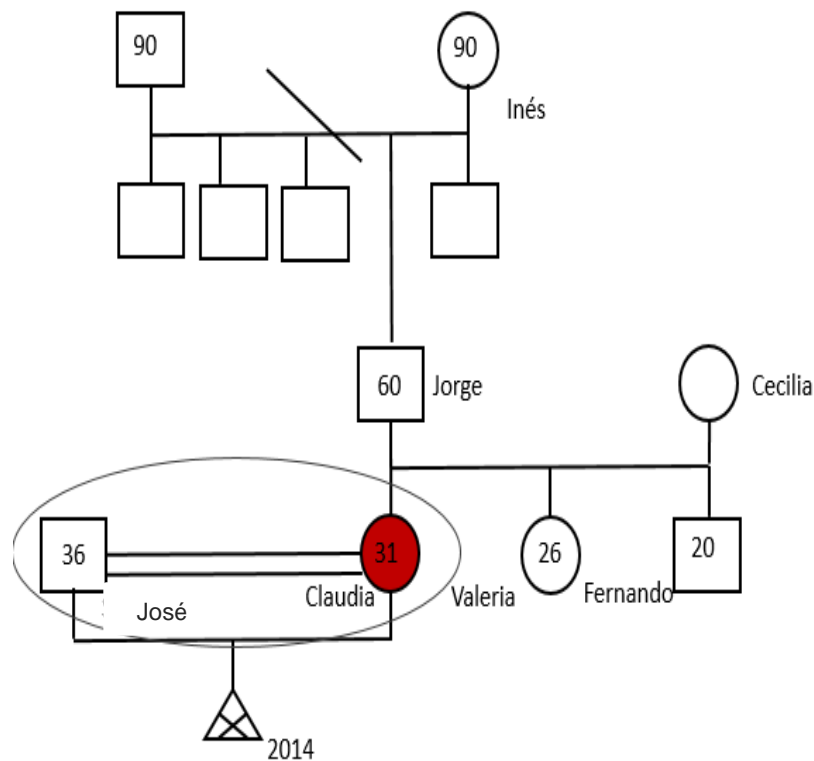
Este estudio de caso describe el proceso terapéutico de Claudia, una joven de 31 años de edad, profesora de lenguaje y periodista, que trabaja en el Ministerio de Desarrollo Social. Al momento de consultar, se encuentra con licencia médica desde enero de 2015, la cual se proyectaba hasta agosto de 2017. Esto, debido a estar en tratamiento médico desde esa fecha por el diagnóstico de leucemia. Con respecto a su trabajo, Claudia refiere tener gran vocación y dedicarse a esto por darle gran importancia a ayudar a otros. En su jornada, realiza visitas a domicilios de familias vulnerables. Está satisfecha con su trabajo, sueldo y con la estabilidad que representa.

Claudia es originaria de Viña del Mar, y vive en esta misma ciudad actualmente. Proviene de una familia de estrato social medio- alto, habiendo vivido con sus padres, una hermana, un hermano y en cercanía con su abuela paterna hasta casarse, en febrero del 2013 con José, de nacionalidad argentina. Claudia y José no tienen hijos. Sin embargo, en febrero de 2014, Claudia sufre la pérdida de un embarazo. Respecto a este episodio, comenta que fue una experiencia muy “fuerte”, y que las discusiones actuales acerca del aborto le afectan, pues no entiende cómo alguien puede no querer tener hijos. Actualmente, el tema de la maternidad está en proyectos futuros, y ambos, Claudia y José, se relacionan y cooperan bastante con hijos de parejas de amigos, con lo que se sienten muy bien ya que, como lo percibe Claudia, el afecto es recíproco.

Desde niña que Claudia pertenece a la Iglesia Evangélica, otorgándole mucho valor a su relación con Dios, manifestando que es él quien siempre la ha protegido y dado lo que le ha pedido. Destaca que poco antes de comenzar su licencia hubo varios despidos en su

trabajo, y que sin embargo ella pudo mantener su puesto y así costear los tratamientos, y que esto sería gracias a Dios. Así, explica el rol que le atribuye de protección y otorgar lo que se necesita. En la iglesia, participa de actividades y gran parte de su círculo social proviene de allí, y es en ese contexto en donde conoce a su marido José.

5.2 Antecedentes generales



Claudia manifiesta haber crecido con cercanía a su padre, ya que él “fue quien estuvo más con ellos” cuando pequeños, en el sentido de ir a buscarlos al colegio y cuidarlos, ya que su mamá trabajaba tiempo completo en ese entonces. Comenta que su padre es quien “siempre se ha encargado de su familia” (refiriéndose a la de origen) y que

por ello su crianza fue con su abuela paterna en casa. Este hecho hizo que su abuela influyera en varios aspectos en su hogar, por ejemplo permisos, y que su opinión siga siendo relevante hasta el día de hoy. Actualmente, la abuela vive en el piso de abajo del departamento de sus padres, y, bromeando, Claudia dice que aún siente que su opinión es la más importante, incluso al principio no le parecía bien su marido y quería que por ello no siguiera con él. Por otro lado, considera que por la presencia de su abuela su mamá estaba “anulada” en cuanto a autoridad.

De su madre, comenta que su relación ha sido más bien distante y que hasta el día de hoy a veces la “desespera” por obligarla a hacer cosas con las que ella no está de acuerdo. Por ejemplo, ella deseaba que se mantuviera en su primer colegio, y que repase el idioma alemán pese a que ella no le agrada ni interesa, y en el período en que enfermó, a seguir con su funcionalidad pese a las dificultades. En los últimos años su relación ha mejorado, en el sentido de dejar de discutir, pero no ha llegado a ser cercana.

Con su hermano mantiene muy buena relación y cercana. Con su hermana tiene una relación más distante, considera que es “mimada” y que todo se le excusa y perdona. Discuten bastante, sobretodo asuntos relacionados con la casa de sus padres, como la influencia en decisiones o quedarse allí.

Con respecto a su familia, Claudia comenta que se le considera y pregunta acerca de lo que ocurre en casa, organiza las celebraciones y maneja los conflictos, creando la sensación de que “dependen de ella”. Por otro lado, asegura que la perciben como una persona autónoma, comentando que piensa que “siempre la ven bien”

La familia de José está en Argentina, y se visitan para fechas importantes. Es psicólogo y actualmente no tiene trabajo estable. Decidieron quedarse en Chile por la

inestabilidad económica de Argentina, y aunque a veces se frustra por no poder encontrar un trabajo como desearía y manifiesta ganas de volver a su país, prefiere estar aquí, sumado esto a tratamientos médicos de Claudia. Claudia comenta que su relación con José es buena, tienen acuerdos con respecto al manejo del hogar y además representa una figura de apoyo.

5.3 Motivo de consulta o queja

Claudia consulta de manera espontánea en el centro médico de la Clínica Ciudad del Mar. El motivo de consulta se relaciona con el diagnóstico de leucemia, por lo que busca deliberadamente profesionales del área oncológica.

Refiere experimentar sensaciones de ansiedad relacionadas con la experiencia de enfermedad. Al profundizar, comenta que esta ansiedad *“es miedo”*, el cual es a volver a enfermar, y con esto, experimentar molestias nuevamente (*“no me quiero sentir mal”*), y/o, tener que hospitalizarse, comentando, *“no me quiero volver a hospitalizar, porque estoy expuesta a situaciones de muerte, a ver compañeros de habitación fallecer”*. Lo anterior se manifiesta en estar constantemente atenta a señales corporales que pudiesen indicar algún problema.

Las sensaciones de ansiedad también se relacionan con el hecho de convivir con efectos secundarios de tratamientos (principalmente alza de peso, que comenta que le causa *“desesperación”*) y con la re incorporación al trabajo luego de licencias médicas, que correspondía a aproximadamente a un año después.

5.4 Historia del problema

Dado que la queja de Claudia se relaciona con su experiencia de enfermedad, se relatará la historia de ésta y reacciones de la consultante y entorno, aspectos que contribuyen a la comprensión de cómo fue emergiendo el problema y nos da respuesta al ¿por qué ahora? (Z) en la tríada inseparable del modelo TSCN.

En enero de 2015, Claudia asiste a urgencias por presencia de hematomas y sangrado, recibiendo el diagnóstico de leucemia y por riesgo de hemorragia, es internada en UCI. Ante esta situación, Claudia comenta que tanto ella como su familia pensaron que iba a morir en ese momento, y que llamaron a familiares para que se despidieran.

En febrero del mismo año se traslada al Hospital Clínico de la Universidad de Chile para tratamiento de quimioterapia, el cual por sus características requiere de hospitalización en aislamiento. Se mantiene allí por tres meses.

Comenta que al llegar a Santiago, estaba muy desorientada, se sentía “bloqueada” y no entendía lo que sucedía. En su hospitalización, comienza a crear afectos con quienes ella menciona como “*los amigos pacientes*” y también con el personal que la atendía. Hace hincapié al comentar que personas que conoció fallecieron, y que se vio particularmente afectada por la muerte de una paciente que era cercana a ella.

En cuanto a las reacciones de su entorno, Claudia señala no percibir a su familia como un apoyo, dado que hicieron pocas visitas al hospital, no seguían las indicaciones (principalmente su mamá) y hasta el día de hoy siente que no son comprensivos de la gravedad de la situación y los malestares físicos que a veces experimenta. El hecho de no respetar las indicaciones fue relevante, ya que por esto fueron sólo una vez de visita, lo que provocó en Claudia sentimiento de soledad.

Comenta que al verla bien de apariencia, le exigen funcionar y no le permiten quejas. Esta situación le provoca rabia. Aunque tienen los recursos, no le han proporcionado ayuda económica, y ella considera que tampoco emocional, y que coherente con su idea de que la perciben autónoma y con capacidades, han dejado que los asuntos relacionados con pagos y trámites, los resuelva ella. Destaca que en la misma época en la cual ella enferma, un tío paterno sufre un infarto y su familia viaja a verlo al Sur, razón por la cual hubo pocas visitas. Gran parte de las apreciaciones del comportamiento de su familia se basan en este hecho.

En cuanto a su marido, destaca que fue y es de gran apoyo. Durante la hospitalización fue estable en visitas, se encargó de los trámites con isapre, y se ocupó de buena manera de los asuntos cotidianos de su casa, aún estando bastante impactado y “bloqueado”. Siente que ha sido contenedor y comprensivo con los cambios de apariencia (caída de pelo, alza de peso) y con las variaciones de sus estados de salud. José recibió apoyo de amistades relacionadas con la iglesia para alojamiento en Santiago.

Al momento de consultar, Claudia comenta no recordar varios aspectos del día a día de su hospitalización, cómo pasaba el tiempo, sus actividades, conversaciones y visitas. Manifiesta en consulta que esta experiencia fue negativa, y que el hecho de haber estado aislada, lo que interpreta como soledad, y expuesta a “*situaciones de muerte*”, al ver a personas fallecer, le hace sentir miedo ante la posibilidad de pasar otra hospitalización. Recuerda haber escrito en cuadernos su experiencia a modo de diario de vida, pero que no se ha atrevido a leerlos.

Si bien ha podido retomar la mayoría de sus actividades cotidianas, Claudia debe lidiar con efectos secundarios de su tratamiento tales como dolores, aumento de peso,

debilidad y cansancio. Ante esto, manifiesta que cuando siente malestares reposa y delega responsabilidades a otros, y que se encuentra con incomprensión por parte de su familia de origen. Por su parte, su marido la apoya y se encarga de las tareas cotidianas cuando ella no se siente bien. Frente al hecho de estar con licencia médica y no estar trabajando, comenta que le agradan las tareas del hogar, principalmente cocinar.

Claudia comenta que antes del cáncer consideraba que su vida estaba planificada, y que siempre había resultado de acuerdo a esto, y que con la enfermedad esta visión ha variado, ya que es impredecible.

Al comentar de su experiencia de enfermedad, refiere que su mayor aprendizaje sería: *“Me preocupo de mí. Primero yo, segundo yo”*, haciendo referencia a que antes se preocupaba mucho de los demás, como su familia y de quienes se encargaba en su trabajo. Al pensar en la posibilidad de muerte, experimentaba aprehensión pensar que haría su familia sin ella.

Al momento de la psicoterapia, Claudia está en tratamiento de quimioterapia oral cada 15 días, el cual perdura hasta agosto de 2017, y por esto, con licencia médica hasta esa fecha. En ese momento, su último examen de control había sido en febrero de 2016, teniendo resultados positivos. El examen de control, mielograma, es un procedimiento molesto y doloroso, situación que si bien ella reconoce, considera que domina por medio de la confianza de las personas que la tratan y conocimiento de las pruebas, lo que le hace anticipar como se sentirá. Los resultados auspiciosos de los exámenes traen consigo una disminución de controles y por tanto un alejamiento del sistema médico.

Poco antes de consultar, Claudia experimenta una infección urinaria que la lleva a urgencias del mismo centro de salud en donde se le diagnosticó la leucemia. Allí, recuerda

este momento y teme tener que quedarse hospitalizada como aquella vez, y su actual situación de tener menos controles la hace reflexionar que *“Al haber más espacio entre los controles médicos, puede aparecer la enfermedad y pasar desapercibida, y no me quiero volver a enfermar y a sentir mal de nuevo”*. De esta manera, la infección urinaria y el ingreso a urgencias corresponden al evento ortogonal que responde al *“¿por qué ahora?”*, configurándose entonces la construcción del problema de la siguiente manera:

X: Si hay menos controles, hay menos posibilidades de darse cuenta si la enfermedad reaparece.

Y: Ansiedad y temor

Z: Infección urinaria que la lleva a urgencias, recreando el escenario en donde fue diagnosticada de leucemia

El problema aparece alojado en el dominio de existencia de relación con el propio cuerpo.

5.5 Análisis y descripción de la conducta problema

Dentro de los postulados del modelo TSCN, se menciona que *“la biología no se puede soslayar”* (Zlachevsky, 2015). Este caso está en ese escenario, pues los temores que llevan a consultar a Claudia, que son volver a enfermarse y sentirse mal y una nueva hospitalización, que si bien por el momento no ha ocurrido ni ha tenido indicios, están dentro de las posibilidades de su situación de salud. Además, ha padecido una enfermedad que fue impredecible, que amenazó su vida y que tuvo tratamientos con efectos secundarios invasivos, como náuseas, vómitos, alopecia, inmunodepresión, y algunos que la acompañan hasta hoy, como el cansancio. Lo brusco e inesperado de la aparición de su

enfermedad decaen la sensación de control de la consultante sobre su propio cuerpo, teniendo sólo a la mano los exámenes de control; de esta manera, aparece la ansiedad y la constante vigilancia sobre las señales corporales. Claudia evalúa su experiencia como mayormente negativa.

La TSCN se propone como objetivo el alivio del dolor, mediante, como se plantea, *“el desafío para el terapeuta, pues, es que la conversación terapéutica abra nuevos espacio de significación, nuevas posibilidades de sentido, de comprensión, para lo cual es necesario lograr co – construir con claridad el problema que aqueja a quien consulta”* (Zlachevsky, 2015, p.43)”. De esta forma, el motivo de consulta de Claudia se relaciona con una situación que fue experimentada desde su esfera física, y con la posibilidad de que ocurra nuevamente, incluso con mayor severidad. Por lo tanto, el desafío es que los nuevos espacios de significación se basen en los recursos de la consultante, en cómo afrontó la situación y basándose en esto, una nueva y más adaptativa manera de convivir con la posibilidad de recaída.

Por otro lado, es importante tener en cuenta las variables sociales en cómo emerge y se mantiene el problema. Claudia plantea como problemático el discurso proveniente de su familia, que es la exigencia de mantener su funcionalidad porque sanó, exigencia que incluso estuvo en el tratamiento según su percepción. Esta mirada es además común en nuestra sociedad, negando la posibilidad de reflexión y aceptación de los cursos de enfermedad, bajo las exigencias de una actitud “positiva”, propia del uso de la metáfora bélica en cáncer como se mencionó anteriormente.

5.6 Establecimiento de metas de la intervención

El modelo TSCN plantea que el alivio de la queja que lleva a terapia se da mediante el cambio de narrativa o explicación que atrapa al consultante, la cual debe emerger desde el propio sistema de significados. Así, se abre la posibilidad de una nueva mirada y entendimiento hacia la situación que se ha definido como problema, trayendo consigo el alivio del dolor que provoca la explicación.

Desde un enfoque tradicional, como lo sería el modelo cognitivo conductual ampliamente utilizado en psicooncología, el motivo de consulta de Claudia podría categorizarse como manifestaciones de ansiedad y muy de cerca, de un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, como se han identificado las reacciones de supervivientes al cáncer, como se mencionó anteriormente. Sin embargo, la postura desde TSCN es el “no saber” y entender que la persona es quien mejor sabe acerca de sus propias vivencias, por lo que el abordaje del caso no es directamente hacia la disminución del temor, ansiedad que la consultante expresa. Así también, se evitaría la visión anticipada del cáncer como un trauma o amenaza, abriéndose a la visión que la propia consultante presenta acerca de su experiencia, estando conciente y atento a la vez, que acerca de este tema existen creencias y posicionamientos de la propia terapeuta, que lógicamente influyen en el proceso. Cabe destacar que las intervenciones realizadas desde otros modelos terapéuticos no se consideran poco válidas o poco útiles sino que desde TSCN se consideran adecuadas en cuanto sean coherentes con el sistema de significados y objetivos del consultante, estando abierta la posibilidad de su utilización a nivel técnico.

De esta manera, lo que se espera que se logre con las intervenciones es la disolución de las explicaciones que la consultante se hace y que le traen sufrimiento, en este caso, miedo.

5.7 Selección del tratamiento más indicado

El presente caso se aborda desde el modelo terapéutico de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. Las bases onto epistemológicas de este modelo, provenientes desde la posmodernidad, y en consideración de que lo central es el lenguaje, guían a que se considere cada relato y significado dado como único, producto de la historia de cada persona y de su organización de significados. De esta manera, la forma de operar de TSCN representa un acercamiento a la particularidad de la consultante, y esto resulta en no buscar leyes generales, en este caso, de cómo es la reacción de las personas diagnosticadas de cáncer. Este es un punto relevante, ya que la formación en psicooncología en general da pautas de las conductas que tienen “mejor” o “peor” pronóstico en cuanto a adaptación a enfermedad, lo que puede llevar a tener lineamientos previos de cómo debería reaccionar una persona, situando al profesional como un experto que sabe lo que la persona debe hacer, en lugar de los consultantes como expertos en su propia vida.

Se cree importante reflexionar cómo pueden llegar a condicionar y sesgar la posición del terapeuta, sin tomar en cuenta el sistema de significados de cada consultante. Términos comunes, como por ejemplo negación o aceptación de enfermedad, llevan a enfocarse en clasificar las conductas en categorías previamente establecidas, lo que hace tener ideas pre concebidas acerca de cómo actúa y actuará cada persona en particular, y lo que se debería hacer en cada caso. No hay que olvidar que la psicooncología tiene una

relación estrecha con las ciencias médicas y por ende se realiza, como ha ocurrido con la psicología y la psicoterapia en general, un intento de hacerse equivalente en cuanto a validez como disciplina, y así, utilizar la realización de diagnósticos y/o etiquetas como una forma de operar. Es importante aclarar que los conocimientos de psicooncología no se consideran poco útiles o válidos sino que por el contrario; sólo que bajo la mirada de TSCN se toman como antecedentes, no como una verdad absoluta. Si se toma en consideración los planteamientos de Maturana en cuanto a *Objetividad entre paréntesis*, base epistemológica de TSCN, en cuanto a que nuestras interpretaciones son producto de las propias operaciones de distinción, y por tanto que refieren a quien las realiza, no es posible conocer a priori reacciones que resulten ser mejores o peores como tal, sino que en consideración a la propia consultante y su particularidad. De esta forma, todas las reacciones serían válidas, en tanto que emergen del sistema consultante y su sistema de significados, y esta posición terapéutica no busca cambiar a quien consulta, sino que encontrar en forma conjunta, nuevos modos de interpretar, de lo que la persona define como problema. Así, no se busca disminuir lo que Claudia nos refiere como ansiedad y miedo porque se consideren negativos en sí, ni intentar cambiar la posición ante su experiencia, sino que a partir de que ella misma lo ha definido como problema, se buscan nuevas formas alternativas de interpretar sus condiciones de salud sin juzgar sus significados como apropiados o no. Esto es una oportunidad de abordar los casos desde una postura de respeto hacia quien consulta y no desde expertos, como profesionales o sociedad en general, en donde el cáncer aparece como una enfermedad sobre la cual abundan teorías de su origen, mejora o agravamiento, relacionadas con reacciones emocionales y otorgando responsabilidad, si es que no culpa, a quienes son diagnosticados. La TSCN, desde su

razonar sistémico, entiende que las interpretaciones que las personas hacen de los acontecimientos no surgen en solitario, sino que siendo parte de un contexto, por tanto, es relevante tener en cuenta estos discursos y las relaciones de Claudia, en cuanto a que influyen en sus significados.

Con lo anterior, la postura epistemológica de TSCN permite la oportunidad de adentrarse en el relato de la consultante con genuina curiosidad, desde *el no saber*. Esto permite trascender del diagnóstico oncológico y no tomarlo como un condicionante, lo que permite mayor libertad en cuanto a buscar nuevas maneras de comprender los eventos y por tanto de otorgar significados. Esto es consecuente con los planteamientos ontológicos a la base tomados desde Ortega señalados anteriormente, quien plantea la idea de *proyecto vital*, y de cómo las circunstancias facilitan o dificultan su realización, mas no determinándolo estrictamente. Las circunstancias de Claudia incluyen, entre muchas otras, las condiciones de su cuerpo, que desde una enfermedad oncológica, se entrelazan con esta época, en donde el cáncer tiene múltiples connotaciones. En su existir, Claudia tiene esta experiencia en su historia, y aunque se vea como una dificultad para avanzar por los temores, se tiene la libertad en cuanto a la elección de posibilidades, de interpretación de los sucesos, para así conformar el propio proyecto. Se considera entonces que la consultante tiene la libertad de otorgar el significado que más le sea coherente y con sentido a su experiencia de enfermedad, otorgando dinamismo al trabajo terapéutico, el cual se centra en la constante co construcción de significados. En el espacio terapéutico, esto implica que se tiene la opción de una nueva forma de relatar, de transformación de narrativas que resulten en nuevos significados de su experiencia.

Además, esta forma de operar permite un acercamiento respetuoso de actuar ante ella, ya que evita estigmatizaciones o victimización por haber vivido una enfermedad grave, con las ya mencionadas connotaciones sociales. Cabe destacar que si bien la enfermedad no es un condicionante a priori, si es importante como antecedente de importancia.

Dado lo anterior es que este caso se aborda desde el modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

5.8 Selección y aplicación de técnicas de evaluación

Consecuente con las posturas onto epistemológicas del modelo TSCN, la evaluación se realiza a partir del cambio de narrativas y significados de la consultante, evidenciados sesión a sesión y a lo largo del proceso. Esta forma de evaluar se realiza a partir de los problemas co construidos en el proceso terapéutico, los cuales se detallarán en el punto 5.10.

Como complemento, se realiza la aplicación de cuestionario Historias de psicoterapia a consultante, el cual se muestra en el apartado de Evaluación de eficacia de los tratamientos, en el punto 5.11.

5.9 Aplicación de tratamiento

El proceso terapéutico fue llevado a cabo en el centro médico de la Clínica Ciudad del Mar, Viña del Mar. Constó de 8 sesiones, las cuales tuvieron una duración de aproximadamente 60 minutos.

A continuación, se describe el trabajo realizado a lo largo de las sesiones. Se destaca que no se expone sesión por sesión, sino que esto se hace respecto a línea de trabajo, en términos de TSCN, de co construcción de problema, es decir, tríada XYZ.

- **Sesión 1**

- a. **Fecha:** 21 de Junio 2016. **Lugar:** Centro médico Clínica Ciudad del Mar.

- Duración:** 60 minutos

- b. **Descripción general de la sesión:** Esta sesión consiste en un primer acercamiento a Claudia, mediante preguntas acerca de sus antecedentes generales y la construcción de genograma, en donde se busca conocer las relaciones de las que la consultante forma parte. Claudia enfatiza que llega a consulta buscando profesionales relacionados con área oncológica, por lo que también se indaga en la historia de su enfermedad, tema del que da bastantes detalles, lo que resulta beneficioso ya que el problema que la aqueja se relaciona con dicha experiencia. Cabe destacar que la consultante se mostró mucho más interesada en describir esto frente a otros aspectos como el genograma, por lo que se continuó indagando en sus aspectos contextuales en las siguientes sesiones.

- c. **Hipótesis de trabajo o co – construcción del problema trabajo:** En primera instancia, Claudia expresa su queja como “*ansiedad*”, especificando que experimenta angustia y miedo por la posibilidad de que volviese la enfermedad, manifestando “*no me quiero volver a sentir mal*”; y a estar continuamente atenta a la aparición de síntomas como los que sufrió antes y consultando profesionales, ya

que no tiene tantos controles como cuando la enfermedad comenzó, lo que ella manifiesta como que *“el sistema médico me soltó”*.

Como evento reciente, comenta de una infección urinaria que la lleva a urgencias, lugar en donde recuerda el momento del diagnóstico y surge el temor de tener que quedarse hospitalizada, como ocurrió en ese entonces. Ante esto, narra *“pensé...ojalá no me lleven de nuevo a la uci...así empezó todo, me dijeron, usted tiene cáncer, se va a la uti, se va la uci, se va a Santiago...”*. *“Al haber más espacio entre los controles médicos, puede aparecer la enfermedad y pasar desapercibida, y no me quiero volver a enfermar y a sentir mal de nuevo”*. De esta manera, se configura la siguiente hipótesis de trabajo:

X (explicación): Si hay menos controles, hay menos posibilidades de darse cuenta si la enfermedad reaparece.

Y (emoción): Ansiedad y temor

Z (porqué ahora): Infección urinaria que la lleva a urgencias, recreando el escenario en donde fue diagnosticada de leucemia

- d. Dominio de existencia en el que habita el problema:** Relación con el cuerpo
- e. Intervenciones y/o acciones terapéuticas:** Claudia está en búsqueda de profesionales que se relacionen con su enfermedad, lo que probablemente influye en el relato bien detallado de su experiencia. En este sentido, otorga un voto de confianza hacia el área de trabajo de la terapeuta, lo que se puede explicar desde el consenso social hacia profesionales de la salud como expertos en ciertas materias, lo que desde TSCN se entiende sólo como eso y no como pericia en la vida de quien consulta. A partir de esto, y dado que aún hacía falta recabar en antecedentes para

comprender a cabalidad el temor, se opta por normalizar los sentimientos de ansiedad y el acto de estar continuamente atenta a la aparición de síntomas corporales:

T: *“El cáncer tiene diversas etapas, el diagnóstico, los tratamientos y la etapa de “después de”. Esta etapa es igual de importante que las demás, se reflexiona lo vivido y las personas suelen sentir temor a que la enfermedad re aparezca. En psicooncología, se le llama hipervigilancia a lo que me dices de estar pendiente de tu cuerpo”*. Junto a esto, se agradece la confianza depositada en la terapeuta, y se reconocen recursos en cuanto a valor por la experiencia vivida.

- f. Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:** Frente a la intervención, Claudia manifiesta alivio, sonrío y comenta: *“Me sentí aliviada cuando me dijiste que era normal estar así.”*

- **Sesiones 2 -3**

- a. Fechas:** 5 y 26 Julio 2016. **Lugar:** Centro médico Clínica Ciudad del Mar.

Duración: 60 minutos cada sesión

- b. Descripción general de las sesiones:** En estas sesiones se continúa la construcción de genograma con mayor profundidad, explicando que se requiere *“conocer a Claudia más allá de la paciente”* para indagar en historia familiar y relaciones y partir de eso, en conocer y comprender las reacciones familiares ante la enfermedad.

Claudia da más detalles acerca de su experiencia de enfermedad, comentando que tiene aspectos *“bloqueados”*, en el sentido de que no recuerda varios aspectos

cotidianos de su hospitalización, de cómo pasaba el día, sus actividades, conversaciones y visitas: *“Cuando llegué a Santiago no sabía que pasaba, me sentía “bloqueada”, no sabía dónde estaba”*; *“Nadie me explicó en la ambulancia que pasaba, fue todo muy rápido”*; *“Se me olvidó todo, hasta las claves de mis tarjetas”* Recuerda haber escrito en cuadernos su experiencia a modo de diario de vida, pero que no se ha atrevido a leerlos. Es importante detenerse en este punto, ya que el olvido que Claudia manifiesta podría ser tomado como sintomatología de algún cuadro psicopatológico, como amnesia disociativa o el trastorno de estrés postraumático, estudiado en psicooncología en supervivientes. Sin embargo, Claudia no manifiesta este olvido como problemático sino que como una característica de su experiencia. Siguiendo la línea de TSCN, esto se mantiene como un antecedente a considerar, más que un foco de intervención por sí mismo. Por otro lado, Claudia comenta de una discusión familiar que surge a partir de que ella percibe poca comprensión y apoyo de su familia con respecto a su enfermedad, tanto cuando estaba activa como con los efectos secundarios presentes. Esto tiene mucha relación con el infarto que sufrió un tío cuando ella estaba comenzando tratamiento, y que su familia fuera a verlo por varios días. Ante esta situación, manifiesta rabia.

La línea de trabajo fue comprender de manera más profunda la queja de Claudia, lo que se evidencia en el siguiente diálogo:

T: *La sesión pasada me comentabas que habías venido por ansiedad, y llegamos a que esa ansiedad, entre otras cosas, era miedo a volver a enfermarse. Yo necesito*

entender mejor ese temor ¿Qué de la posibilidad de volver a enfermarse te causa temor?

C: *“La ansiedad es miedo a volver a enfermarse y a hospitalizarme”, no me quiero volver a hospitalizar”* (refiriéndose a hospitalización en la que estuvo aislada en Santiago).

T: *¿Qué pasó con la hospitalización?*

C: *“Si me enfermo tengo que hospitalizarme, y estar de nuevo expuesta a situaciones de muerte, a ver a compañeros de habitación fallecer...a mí el tema de la muerte siempre me ha afectado mucho, no por la muerte misma sino porque me ha tocado vivirlo en situaciones yo creo críticas, cuando estaba en la UCI y se murió esta señora que yo estaba viendo bien, entonces son situaciones, el niño que se murió cuando yo estaba hospitalizada, entonces han sido situaciones críticas”*

Por otro lado, señala, *“Además, tengo temor a estar sola de nuevo”*.

T: *¿Sola de qué manera?*

C: *“Yo estaba aislada, y mi familia no fue tan presente. A un tío le dio un infarto, él vive en el sur y se fueron por tierra...yo no lo podía creer, estaba aislada y se fueron a verlo, estuvieron allá como dos semanas...” ; “me dijeron, ya te va mañana, y yo les decía avísenme por lo menos dos días antes porque mis papás no están, mis papás se fueron al sur, y de hecho yo pedía que no me dieran de alta porque estaba tan...que me podía pasar algo , que mis papás no estaban...y unos amigos me dijeron, sabi que si te veni no te preocupi lo que te pase nosotros te llevamos a Santiago, así que vente no más”*. Como fue indicado anteriormente,

Claudia comenta que las visitas fueron escasas ya que no acataron las condiciones que requería su hospitalización.

c. Hipótesis de trabajo:

A partir de lo relatado por C, emergen tres hipótesis de trabajo:

I

Z (porqué ahora): Llega a urgencias por infección urinaria, recreando el escenario en donde fue diagnosticada de leucemia, se tuvo que quedar hospitalizada y comenzó el proceso de su enfermedad y tratamiento.

X (explicación): En la hospitalización en que se hizo el tratamiento, mi familia no quiso seguir las indicaciones y sólo fueron una vez de visitas. Si pasara de nuevo, volvería a estar sin apoyo y sola.

Y (emoción): Rabia.

d. Domino de existencia en el que habita el problema: Familia de origen.

II.

Z (porqué ahora): Discusión familiar (situación de tío que sufrió infarto cuando ella estaba hospitalizada en Santiago)

X (explicación): No cuento con mi familia porque no me siguen comprendiendo con respecto a enfermedad, tratamiento y efectos secundarios.

Y (emoción): Rabia.

Domino de existencia en el que habita el problema: Familia de origen.

III.

Z (porqué ahora): Infección urinaria que la lleva a urgencias.

X (explicación): Si enfermedad re aparece, volvería a estar hospitalizada y sola (aislada), expuesta a “situaciones de muerte” y no lo podría manejar.

Y (emoción): Angustia, Miedo.

Dominio de existencia: Personal.

- e. **Intervención:** Sobre hipótesis de trabajo I y II: Búsqueda de explicación alternativa de lo que ella percibe como bajo apoyo e incomprensión de su familia. Se reflexiona acerca de por qué un infarto habrá causado mayor impacto en su familia que su cáncer, como opción a la narrativa de que la dejaron sola en su tratamiento. Se intentó comprender la forma de Claudia de significar las reacciones de su familia, tomando en consideración lo planteado por Zlachevsky (2015) en cuanto a que Claudia presenta un relato sobre lo vivido, y no lo vivido en sí. El contexto terapéutico se considera bajo la mirada de TSCN, es decir, como un espacio en donde *“en la danza de hablar (paciente) y preguntar o aseverar (terapeuta) se va creando la realidad, una que emerge en ese contexto suscitado por ambos. 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, como también de las circunstancias de la interacción terapéutica y de las características y expectativas de ambos protagonistas del proceso: paciente y terapeuta”* (Zlachevsky, 2015, p.44-45). De esta manera, la intención fue no crear otro problema en la red de significados de Claudia, ni continuar con la explicación agonal de bajo apoyo que perpetuarían su sufrimiento. Así, la intervención

ortogonal fue realizar preguntas que ampliaran la comprensión de las conductas de su familia, como se describe a continuación:

f. T: *Quiero conocer mejor la relación... las reacciones entre tu familia y la enfermedad, para entender mejor el cómo te llegaste a sentir sola, sin apoyo...*

C: *“O sea, el apoyo pa ellos es como que si me ven mal, se preocupan mucho, pero si ven que ando bien no...lo que pasa es que puedo andar súper bien y capaz en una hora me sienta horrible...esto no es estático...y me dicen, pero si andabas súper bien, pero esta cuestión es de un rato pa otro...puede que andes feliz por la vida, y después...”*

T: *¿Y al comienzo?*

C: *“Ellos me trajeron de las mechas a la clínica cuando caí internada, mis primeros síntomas fueron acá, entonces mi mamá dijo, tiene un infarto, y no, si no me voy a ir a la clínica, olvídalo, yo estoy bien...uno ve que es la voluntad de Dios porque si no me hubieran hecho el hemograma yo me hubiera quedado en la casa feliz y nunca hubiera sabido, en cambio llegue a urgencia y me dejaron al tiro”*

T: *¿Tu familia como estaba al comienzo?*

C: *“Corrían todos en círculo...pensaron que me iba a morir al tiro, trajeron gente para que me despidiera...yo también pensaba que me iba a morir”*

T: *Me imagino...y luego se supo el diagnóstico, te fuiste a Santiago y todo lo que me has contaste... ¿Y ellos como seguían?*

C: *“Mi papá y mi hermano se “bloquearon”, no sabían cómo actuar, ellos estaban afectados...mi mamá no fue tan presente y no seguía las indicaciones del hospital, era porfiada, no le tomaban el peso a que me podía pegar cualquier cosa”*

T: *¿Qué crees que pasó? Ellos te llevaron en un comienzo a urgencias, pensaron que te ibas a morir, tu mamá dijo que tenías un infarto, que es lo que le pasó a tu tío, y que al final movilizó a la familia.*

C: *” No sé qué pasó, me da rabia acordarme, después me dejaron sola”*

T: *Pero algo debe haber pasado, de obligarte casi venir a la clínica, despedirse, a no ir tanto, o no continuar con esa alerta*

C: *“Lo vieron menos grave po...Además yo decía estoy bien, estoy bien...”*

T: *¿Por qué será que se alertaron más por un infarto?*

C: *“Mmmm...todos conocen a alguien que se murió por un infarto, entonces se asustan...un infarto, la gente dice que es grave”*

T: *¿Y de tu leucemia?*

T: *“Las leucemias no se entienden, que fue lo que me pasó a mí, yo te digo yo creo que no tenía idea lo que era una leucemia por más que me trataba de hacer la superada, hay muy poca información de este tipo de cáncer”.*

- g. Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:**”; *“La gente dice ahh leucemia, y yo les digo ¿Sabes lo que es? eso es cáncer a la sangre”; “Todos saben de cáncer de mama, pero nadie sabe de leucemia” “Yo le digo al Sergio, sólo somos los dos en esto”.*

Luego de esto, C. no manifestó nuevamente rabia con su familia, resolvió con su marido encargarse de asuntos de la enfermedad.

- **Sesión 4 -5**

a. Fechas: 2 Agosto; 30 Agosto 2016. **Lugar:** Centro médico Clínica Ciudad del Mar.

Duración: 60 minutos

b. Descripción general de la sesión: Estas sesiones se abocan en el trabajo del temor a una potencial hospitalización, tanto por sentimientos de soledad, como la exposición a fallecimientos. Para esto, se intenta en profundizar en la vivencia de hospitalización, mediante la revisión de los cuadernos escritos que ella menciona, que no ha revisado desde esos momentos.

c. Hipótesis de trabajo: Se continúa trabajo con hipótesis III de sesiones 2 y 3:

Z (porqué ahora): Infección urinaria que la lleva a urgencias

X (explicación): Si enfermedad re aparece, volvería a estar hospitalizada y sola (aislada), expuesta a “situaciones de muerte” y no lo podría manejar

Y (emoción): Angustia, Miedo

d. Dominio de existencia: Personal

e. Intervención: Deconstrucción de narrativas que atrapan en sufrimiento mediante preguntas desde la curiosidad que den cuenta de los recursos que Claudia vivió su hospitalización:

T: ¿Qué hacías cuando estabas hospitalizada en aislamiento?”

C: “No recuerdo”; “Tengo cuadernos en donde escribía, que están en mi casa.

Sergio me dice que los miremos, y no me he atrevido”.

Se propone entonces a Claudia traer los cuadernos a consulta para revisarlos, con el fin de conocer más a fondo la experiencia de la hospitalización, mediante la

revisión e identificación de las propias estrategias, habilidades y fortalezas que utilizó en esta situación. Esto, con el foco de deconstruir la idea de “estar sola” y la construcción de una nueva narrativa más adaptativa en general en cuanto a su experiencia.

Al revisar los cuadernos, Claudia observa como al principio su letra y relato eran muy desordenados para ir ordenándose de a poco. Escribía fechas, resultados de exámenes, y términos médicos que no comprendía para preguntar. Esto, para comprender su proceso, y explicar a quienes llegaban. Al respecto narra:

C: “Le decía a Sergio, pero que loca, todo anotado...cuánta agua tomaba, a qué hora me levantaban y todo así muy... y yo creo que eso me sirvió para ordenarme, cuando descubrí que podía hacer eso, y pedí los cuadernos, y me acuerdo que pedí lápices de colores y hojas blancas...de hecho, la primera vez que me fui de alta les dejé a cada uno una carta dándole las gracias...ahora me acordé, se me había olvidado, si les dejé una carta y todo y el último día cuando ya sabía que iba a l última hospitalización, el Sergio se iba a la pieza y estábamos toda la tarde y cocíamos juntos unos monederos, entonces los íbamos cociendo, y los íbamos llenando de dulces y se los íbamos regalando la última semana, unos monederos de tela con dulces adentro, les regalábamos a todos, y yo decía, bueno, a veces uno con esos detalles uno también compra voluntades, porque yo me acuerdo que m mamá llevaban chocolates y me dejaba en la pieza, entonces yo iba regalando chocolates, igual eso a mí me sirvió, como dice i suegro, “el regalo allá en el

camino”, porque ponte tú cuando yo necesitaba algo, aparecían todos, yo me ponía a llorar por el colchón corría todo el mundo para cambiarme el colchón”.

A partir de la lectura, Claudia recuerda formas que utilizaba para amenizar su estadía en hospital: mantener una rutina (levantarse todos los días, subir las cortinas para que entrara luz); conversar con el personal que trabajaba allí; conversar con los “amigos pacientes”; tejer:

C: *“Me hacía una rutina, no me gustaba estar acostada siempre, miraba las piezas de al lado y las veía oscuras, a mi no me gustaba”.* En este aspecto, se conecta el hecho de mantener rutinas con el gusto que C. manifiesta por ocuparse de su casa:

T: *“Manténías rutinas tal cual como lo haces ahora”.*

Menciona que el personal destacaba que cada día ella hacía su cama, que en su habitación siempre había luz y que “estaba bien” refiriéndose al buen ánimo. Todo esto, a pesar de las incomodidades físicas que experimentaba. Además, aparecen visitas de Sergio.

- f. Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor:** Claudia pone de manifiesto percibir mayor control de la situación:

C: *“Ahora que lo pienso, si me tuviese que hospitalizar de nuevo, ya sé que puedo llevar, que es lo que puedo hacer, además que ya sé dónde voy, yo creo que la primera vez el gran miedo que tenía era que no sabía dónde iba, con quién iba a estar, y la segunda vez que me tenían hospitalizada que me querían cambiar de*

hospital, me generó la misma sensación que me iban a cambiar y a esta gente ya la conocía, y dónde me iba a ir, y quienes iban a estar ahí, entonces, de repente ese es el miedo, que me tocara otro lado, yo creo que por ahí yo no sé si sabría manejar tan bien la situación”.

T: *Ya, y otro lado digamos que no sea aquí o allá*

C: *“Claro”*

T: *Si fuese otro lugar que no fuese la Chile, ponte tú el Naval o algún otro, ¿Cómo sería?*

C: *“Yo creo que habría que empezar de nuevo no más po, si somos animales de costumbre, si al final conociendo a la gente...habría que volver no más. “A mí lo que me afecta mucho es que yo cuando llego a un lugar me cuesta mucho darme con la gente al principio, soy más observadora, escucho, miro, escucho, miro, ya cuando entro en confianza me río y todo, pero al principio en el hospital yo miraba, escuchaba, anotaba nombres, veía como eran las personas y no habla mucho...ya después no me callaba nunca jajaja”*

También, se intenta deconstruir la idea de “estar sola”, interviniendo desde la lectura de conversaciones con “amigos pacientes” y personal, en donde se tomaba como guía la pregunta ¿De quién te acompañaste?:

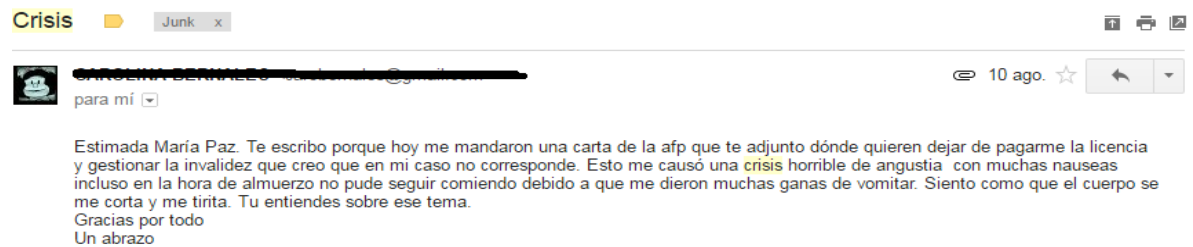
C: *“Siempre intentaba ayudar a quienes venían llegando a comenzar tratamiento, les explicaba lo que sucedería”; “Siempre estaba pendiente de quienes llegaban”;*

“Te das cuenta de que no estás solo” “En la Chile nos acompañábamos entre nosotros” “Nos reíamos de los logros, mejoraron los niveles, puedes salir” “Todos quienes me han tratado lo han hecho bien, les tengo confianza”.

A su vez, se observa que en sus reflexiones que se destaca el valor anteriormente dicho, de vocación social y ayudar a los demás:

T: *“Siempre te has preocupado por los demás, ya sabías hacerlo”.*

Por otro lado, entre estas sesiones Claudia recibió una carta de su AFP en donde se le comunicaba que sus licencias médicas ya no serían pagadas, y que debía comenzar a gestionar su jubilación. Al respecto, envía este correo:



Intervención: Frente a esto, se contacta a Claudia con una persona que resolvió una situación familiar, quien la guía en el proceso a seguir. Esto, ya que se considera que el conocimiento de experiencias de personas con vivencias similares es significativo y válido, además de ofrecer nuevas formas de significar la experiencia de enfermedad, a partir de alguien que lo vivió. Por otro lado, esta intervención refuerza lo realizado en la primera sesión, en donde la consultante siente normalizadas sus emociones, y con esto, se dejan de problematizar en parte.

Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor: *“Me hizo muy bien*

hablar con el señor. Estuvimos conversando sobre lo que nos pasa, como nos sentimos, y nos entendimos muy bien”; “Entre personas que hemos pasado lo mismo nos entendemos, me sentía identificada”

- **Sesión 6**

- a. **Fecha:** 4 de octubre 2016. **Lugar:** Centro médico Clínica Ciudad del Mar.

- Duración:** 60 minutos

- b. **Descripción general de la sesión:** En esta sesión, se indaga en lo que ha sido el foco de las intervenciones (temor a hospitalización, idea de estar sola, no poder manejar situación nuevamente) y se concuerda con paciente que recuerdo de experiencia ya no provoca sentimientos negativos. C. comienza a manifestar intención de organizar a profesionales para crear modos de ayudar y orientar a personas diagnosticadas con leucemia.

- c. **Hipótesis de trabajo:**

Z (porqué ahora): Infección urinaria que la lleva a urgencias

X (explicación): Si enfermedad re aparece, volvería a estar hospitalizada, sola y expuesta a “situaciones de muerte” y no lo podría manejar

Y (emoción): Angustia, Miedo

- d. **Dominio de existencia:** Personal

- e. **Intervención:** Reflexión respecto a personas que conoció estando hospitalizada, a partir de escritos de cuaderno y recuerdos.

T: *De lo que revisamos en los cuadernos, me decías que conociste gente que no hubieses conocido en otra circunstancia, y que dentro de todo ahí estaba lo positivo...o lo rescatable de esta experiencia*

C: *“O sea, el ver que al final no estoy solo, porque es como lo que hablábamos la otra vez, como que yo pensaba que esto es como ir a la guerra y cada uno está luchando su propia batalla, y empezai a compartir tu experiencia con el que está al lado y pucha conocí gente increíble, gente que se murió y que se fue y que me dejó una huella... por ejemplo el Simón, que era un chiquitito de 18 años, la polola iba todos los días, se sacrificaba y venía de Rancagua a verlo... el Simón se arrancaba y se iba a jugar cartas, a visitarnos, entonces cuando yo lo veía mal a él, yo me arrancaba de mi pieza a hablar con él po, entonces yo decía ”ya y ¿puedo ir a verlo?” entonces me decían “ya anda”, entonces había que entrar a hacer todo el procedimiento que hacían cuando nos venían a visitar a nosotros, ahora al revés”*

T: *¿Y cómo era Simón?*

C: *“Era Chiquitito de 18 años...de esos niños buenos que todo el mundo los quiere y él era preocupado por todos, entonces por ejemplo un día llegó preguntando por una de las pacientes y se había muerto, y nadie quería decirle que se había muerto porque se había internado”*

T: *Claro*

C: *“Entonces, yo creo que era lo más difícil y lo que me tocó a mí, ver cuando se murió mi amiga eso me descontroló, entonces uno sabe...y gracias a Dios no se ha muerto alguno más de lo que conocía”*

T: *De los amigos pacientes*

C: *“Claro, los demás ponte tú seguimos hablando hasta el día de hoy, ¿Cómo hay estado? ¿Cómo te has sentido? ¿Cómo vai? Entonces, uno igual dice de repente a mi me pasa esto, y yo estoy en las mismas, entonces como que uno está en la misma frecuencia, y yo creo que eso no lo hubiera experimentado nunca si no hubiera tenido la enfermedad, porque yo creo que uno es muy preocupado de uno”*

f. Cambio de la narrativa o explicación que atrapa en el dolor: *“Con esta experiencia conocí gente, un mundo aparte, entré a un mundo nuevo...nunca hubiese conocido la realidad, no es el mismo vínculo...me sirvió porque me saco del yo – yo, y entonces aprender a ver cosas buenas, a que se puede seguir viviendo normalmente”*

- **Sesiones 7 y 8**

a. Fechas: 8 de Noviembre y 1 de Diciembre. Lugar: Centro Médico Clínica Ciudad del Mar **Duración:** 60 minutos

b. Descripciones generales de las sesiones: Sesiones de cierre de proceso psicoterapéutico. Se analizan las quejas traídas desde un comienzo y el cambio en

la manera de interpretar la experiencia de enfermedad experimentada, con el fin de comprender si es que las narrativas que atrapaban sufrimiento han variado a otras más adaptativas.

Se repasó, entonces, el tema del temor hacia una potencial nueva hospitalización, en donde continúa manifestando mayor sensación de control. Comenta que con la revisión de cuadernos, experimentó síntomas físicos, lo que nuevamente haría alusión a un cuadro de TEPT, sin embargo, el foco fue conocer los recursos que utilizó más que el disminuir dicha sintomatología, que al fin, resultó ser así.

T: *Me gustaría repasar los temas que hemos trabajado*

C: *“Ajá”*

T: *Tú llegaste aquí con mucho temor a la hospitalización*

C: *“Sí”*

T: *Que era el primer tema. Revisamos los cuadernos, ¿Con qué impresión estás tú de eso? Si volviera a pasar, que era todo pensando eso, si pasara de nuevo*

C: *“O sea lo primero de esos cuadernos que no había querido verlos, pero tenía que verlos y que cuando me pediste me enfrenté a eso, me acuerdo que me dio mucha angustia, cuando lo leí la sensación de náusea, de ganas de vomitar y de llorar era como que sentía todos los efectos de la quimio encima, pero ahora como que viéndolo con mas distancia porque han pasado dos años, yo creo que sabría*

manejar la situación ahora, y bueno con lo que hemos hecho acá, porque yo igual tenía el temor de volver al hospital, igual el otro día empecé a pensar, ¿Y si vuelvo al hospital? Y la plata, y que pagar de nuevo, como que todas esas cosas no se...”

T: Por supuesto

C: “Se preocupa, porque la isapre no te la hace fácil, uno sigue gastando, es complicado, entonces imagínate que ahora mandé preguntar y como la isapre puso un recurso de reposición, o sea que salía a favor mío, y pusieron un recurso de reposición, entonces ahí está parado, y llevo más de un año peleando por ello, entonces igual es fome”

T: Claro, o sea todos los efectos externos siguen molestando

C: “Lo que pasa es que a veces cuesta más recuperarse de todo esto porque uno llega a entregar la licencia ¿me la van a aprobar o no me la van a aprobar? y ya me empiezo a descomponer, y en verdad hago síntomas físicos que no deberían serlo”

T: ¿Y cómo aprendes a manejar eso?

C” Lloro un rato y cuando ya voy y lo soluciono como que ya descanso”

T: ¿Solucionándolo?

C: Empezar a preguntar, preguntar, preguntar

Por otro lado, comenta haber estado en contacto con personas relacionadas con vivencias de enfermedad, haciendo concreta su intención de querer ayudar con su experiencia, a la vez que reflexiona sobre sus propios modos de interpretar su enfermedad, o de los efectos de esta vivencia en sus formas de actuar:

T: *Y luego me dijiste, “estoy demasiado centrada en mí”, eso me lo puedes explicar por favor*

C: *“Jajaja es que lo que pasa que como que en un minuto me puse egoísta y mandaba a todo el mundo a la punta del cerro, me importaba un pepino lo que opinaban, entonces como que de haber sido preocupada por todo el mundo, pasé a ser yo el centro de todo era como de...pasé como de un lado a otro jajaja. Como que no tuve justa medida, como ahora si ya me estoy dando cuenta que me puedo preocupar de otros, como cuando fui a ver a esta niña al hospital que yo pensé que me iba a chocar mucho”.*

T: Sí

C: *“Y Sergio pensó que iba a salir llorando, que no iba a querer volver nunca más al hospital, pero me di cuenta que no, que entré, que estuve ahí que más encima estuve en la última habitación donde estuve yo hospitalizada, donde me hicieron el mielograma, que fue el más doloroso que he tenido, pero pude enfrentar eso, entonces como que ahora ya puedo preguntar, ¿oye cómo estás?, pero también puedo decirte sí, yo, estoy bien, me tengo que cuidar, y no voy a salir”*

Por otro lado, dentro de su iglesia una mujer perdió a su hijo por un cáncer, y tuvieron un encuentro, y en donde reflexiona sobre cómo interpretar la experiencia:

T: Me quiero detener Claudia, en cuando te tocó ver a esta señora con el tema del duelo de su hijo

C: “Claro, es que lo que pasa es que yo creo que igual para una mamá, perder el hijo es fuerte, pero yo creo que igual uno, lo que hablábamos la otra vez, creo que no tiene que enfocarse en todo lo malo que pasó en el proceso, sino que en lo bueno que pasaste (...) Porque yo podría acordarme de todas las cosas, de todas las peleas que tuve, pero como para que acordarse de esas cosas, uno no saca nada, si al final hay que acordarse de lo bueno, entonces yo me acuerdo cuando no sé po, nos poníamos a reír o nos poníamos a tomar o se ponían a tomar mate, yo no podía tomar mate con ellos, se ponían a jugar porque llevaban un juego, o que se yo, nos reíamos con las enfermeras, de eso si me acuerdo”

Las sesiones terminan con la disposición de Claudia para colaborar con otras personas en situaciones similares.

5.10 Evaluación de la eficacia de tratamiento

Consecuente con el modelo terapéutico utilizado en este caso, la eficacia del tratamiento tendría relación con el cambio de narrativas que den cuenta de la disolución del problema y por tanto del sufrimiento, las que emergen en la conversación terapéutica y que permiten nuevos entendimientos de los acontecimientos. Estos cambios fueron

detallados en aplicación de tratamientos, de todas maneras, se describirán de manera abreviada para dar cuenta de ellos.

En primera instancia, Claudia plantea como el problema que la lleva a consultar la ansiedad y temor a volver a enfermarse y sentirse mal nuevamente, y se interviene de manera inicial normalizando reacciones, resultando una sensación de tranquilidad de Claudia y como nueva narrativa: *“Me sentí aliviada cuando me dijiste que era normal estar así”*. Profundizando en su motivo de consulta, aparecen problemáticas relacionadas con su familia de origen y percepción de apoyo, y con temor a una nueva hospitalización, a estar sola y a la cercanía con experiencias de muerte. Frente al primer tema, se interviene intentando ampliar la comprensión de las reacciones familiares y disolviendo la sensación de rabia, resultando como nueva narrativa: *“La gente dice ahh leucemia, y yo les digo ¿Sabes lo que es? eso es cáncer a la sangre”*; *“Todos saben de cáncer de mama, pero nadie sabe de leucemia”*. Respecto a la hospitalización, temor a estar sola y exposición a situaciones de muerte, se intervino revisando cuadernos que Claudia utilizó a modo de diarios de vida en su hospitalización, emergiendo algunas de las siguientes narrativas: *“Ahora que lo pienso, si me tuviese que hospitalizar de nuevo, ya sé que puedo llevar, que es lo que puedo hacer, además que ya sé dónde voy (...)”*; *“Yo creo que habría que empezar de nuevo no más po, si somos animales de costumbre, si al final conociendo a la gente...habría que volver no más (...)”*; *“Te das cuenta de que no estás solo”*; *“En la Chile nos acompañábamos entre nosotros”*; *“y empezai a compartir tu experiencia con el que está al lado y pucha conocí gente increíble, gente que se murió y se fue y que me dejó una huella (...)”*.

Además de las problemáticas que formaron las hipótesis de trabajo, hubo acontecimientos relacionados con las licencias médicas, asunto que le ocasionaba malestar, asunto en el que se intervino contactando con otra persona diagnosticada de cáncer que había pasado y solucionado temas similares. Frente a esto, emerge la siguiente narrativa: *“Me hizo muy bien hablar con el señor. Estuvimos conversando sobre lo que nos pasa, como nos sentimos y nos entendimos muy bien”; “Entre personas que hemos pasado lo mismo nos entendemos, me sentí identificada”*.

Por otro lado, Claudia muestra junto a estas nuevas narrativas nuevas maneras de actuar, y en esto vemos que desde sus reflexiones, surgen las ganas e iniciativa de compartir su experiencia y colaborar con el apoyo a personas con diagnóstico de cáncer. De esta manera, visita a un amigo de la familia que está en tratamiento de leucemia, a una mujer que perdió un hijo por cáncer (que se describe en parte en aplicación de tratamiento), y muestra interés por participar en actividades que la terapeuta realiza, tanto en el tiempo en que se realizó el proceso terapéutico como en la actualidad:

“Hola María Paz, quería saber si mañana se va a realizar la charla, a qué hora es y que tendría que hacer” (22 de Noviembre 2016).

“María Paz, cómo estás?”

Te cuento que desde octubre del año pasado estoy de alta definitiva. Hace 2 meses volví a trabajar. Gracias a Dios el cáncer es sólo un recuerdo de variadas experiencias. Por mi parte sólo te puedo ofrecer exponer mi experiencia para ayudar a los que recién empiezan. Saludos” (21 de Marzo 2018).

Los correos electrónicos se muestran en los Anexos 2 y 3.

5.11 Estado del proceso y seguimiento

El proceso terapéutico finaliza el 1 de diciembre de 2016. Se realiza a modo de seguimiento y de triangulación de datos, el cuestionario de Historias de Psicoterapia de Adler, Skalina, y McAdams (2008), el cual se responde de manera escrita:

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

Cuando me dieron los resultados del nuevo examen y decía que el cáncer estaba volviendo. El ver los resultados que marcaban el regreso del cáncer me generó una angustia y una incertidumbre terrible.

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

Cuando mi mamá me vio mal y ella me mandó.

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

La sesión en la que tuve que releer el cuaderno en que llevaba registro de todo lo que pasa en mis días internada en el hospital. El recordar todo lo que había pasado fue algo que me trajo muchos recuerdos y angustia. Lo más importante fue ver que había pasado y como lo había confrontado, sabiendo que eso me sirvió para salir adelante. Y con ello tomar herramientas para seguir enfrentando el proceso de la enfermedad.

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

La primera sesión donde tuve que empezar a ver qué era lo que más mal me hacía.

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

Al final de la terapia cuando me di cuenta que todo lo que había pasado lo podía volver a enfrentar si el cáncer volvía, que tenía las herramientas para poder hacerlo pero que antes de la terapia no lo sabía.

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

Saber que el cáncer fue una pausa en mi vida, una pausa difícil y dura, pero que me sirvió para volver a enfrentar la vida desde otra mirada.

5.12 Vínculo terapéutico y persona del terapeuta

Como se ha señalado anteriormente, la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas busca el alivio del sufrimiento mediante la co construcción de una nueva narrativa que emerja desde las propias creencias del consultante y que permitan abordar el problema que aqueja de una manera diferente (Zlachevsky,2015). Para esto, se necesita perturbar al sistema, siendo las intervenciones ortogonales planteadas por Maturana las que se hacen necesarias en cuanto a gatillar cambios, mediante intentar no continuar con más conversaciones de lo mismo y lograr nuevas maneras de entender los acontecimientos.

Tradicionalmente y en términos generales, se denomina vínculo terapéutico a la variable inespecífica relacionada con la dimensión relacional en psicoterapia, siendo éste un tema al cual se le otorga gran relevancia, al punto de considerarse como el responsable

del cambio terapéutico (Fossa, 2012). Zlachevsky (2003) señala que el “vincularnos” es necesario para que quienes consultan tengan confianza y se sientan escuchados y protagónicos, y que esta confianza proviene del hecho de que se toma al terapeuta como “experto” en el dominio de existencia de terapia. La misma autora indica ciertos aspectos que definirían una postura pragmática que orienta y contribuya al alivio del sufrimiento desde la mirada de TSCN (Zlachevsky, 2003):

- Contacto y vínculo: La TSCN considera que el vínculo va más allá de una postura de calidez, y de esta manera, *“entenderemos vínculo como ser expertos en “objetividad entre paréntesis”, expertos en hacer preguntas. Hacemos preguntas desde nuestra propia forma de entender y se las ofrecemos al otro para que así, él o ella, desde sus propias coherencias, desde sus propias significaciones, reflexione en su propio sistema de significados”* (Zlachevsky, 2003, p. 58). Es a partir de esto que el terapeuta realiza las hipótesis, las que se deben confrontar de manera constante para no caer en la “trampa de lo obvio”. Estas formulaciones se desprenden de la propia organización de significados, lo que conduce a aceptar que su mirar es tan válido como el de quienes consultan, quienes también interpretan los acontecimientos desde su propia organización de significados. Señala Zlachevsky (2012): *“De esta manera, no existe una manera única de entender las circunstancias, ni tampoco una sola manera de narrarla”* (Zlachevsky, 2012, p.254).
- Formulaciones positivas y ópticas optimistas, cuidando de no trivializar el dolor del sistema consultante.
- Consultante como experto en su propia vida, terapeutas como expertos en hacer preguntas, en una postura de no saber.

- Aceptar humildemente nuestras limitaciones y de que existen ciertos dominios donde no podemos actuar.
- Responsabilidad de guiar la terapia poniendo el acento en los recursos y habilidades de los otros, más que en los problemas y fallas humanas.

En este estudio de caso, el posicionamiento que se tuvo es comprender que la interpretación que Claudia hacía sobre su experiencia devenía de su propio sistema de significados. Para entender esto, para mí fue útil la realización profunda de genograma que me diera a conocer su historia, y la intervención llevada a partir de los cuadernos o diarios de vida, en donde revisando sus propios escritos y por tanto sus propias palabras y lenguaje, se reconocieron los recursos personales y modos que utilizó en su experiencia. De esta manera, yo como terapeuta también pude acceder a sus impresiones y de alguna manera entremezclarla con mis hipótesis e intervenciones.

Considero que la TSCN hace un vuelco interesante en cuanto a que desde sus bases onto epistemológicas considera las interpretaciones que consultante y terapeuta hacen de los acontecimientos igualmente válidas, ya que en los sistemas de salud en general, las personas están habituadas a consultar esperando alguna especie de corrección, de esta manera, Claudia buscaba a profesionales del área oncológica. En este caso, el validar, normalizar y destacar sus propias reacciones fue una intervención exitosa, desde mi punto de vista, pues resultó ser una intervención ortogonal en donde lo inesperado fue el apoyar que se “estaba bien”, el despliegue de su propio ser en el aquí y el ahora de su estado, no que fuese algo a corregir, y de esta manera, se cambió la manera de interpretar las propias reacciones y se abrió la posibilidad de comprender estos sentimientos. Por otro lado, bajo TSCN y los planteamientos de objetividad entre paréntesis, se disuelve el deseo de querer

cambiar a otro porque como terapeuta se sabe más de cómo debería conseguir un mayor bienestar, y así, según mi parecer, el posicionamiento se sitúa más cerca de la humildad, lo que yo considero tremendamente importante en mi área de trabajo, y en general en todo trabajo en donde se lidie con dolor ajeno.

En el presente caso, el desafío era ofrecer a Claudia un espacio de confianza despojado en lo posible de los discursos sociales de exigencia de optimismo que en parte la hacía sufrir. Es fácil frente a un caso de mejoría dejarse llevar por felicitaciones y por frases que de alguna manera hagan parecer que la experiencia se “superó” y que por ello se debe “agradecer”. En este caso, por el contrario, se necesitaba retroceder a la vivencia de enfermedad, aun cuando había pasado, se necesitaba escuchar los temores aun cuando socialmente se considera tabú hablar de éstos y muerte, y se necesitaba tener cuidado entre destacar sus recursos en cuanto a haber pasado por un tratamiento invasivo, a no caer en felicitaciones triviales que la hiciesen sentir culpable por no sentirse completamente bien. Por otro lado, Claudia convivía con efectos secundarios que quizás eran menores que otros que había experimentado, pero que eran relevantes en su día a día. Para mí el desafío en este caso y en la mayoría de los que veo en esta área es el sutil límite entre comprender y victimizar, entre destacar recursos y felicitar de manera trivial. Esto, no porque yo considere o sepa que intervenciones resultan mejores o peores –es cada consultante quien define eso de acuerdo a su sistema de creencias – sino que porque he observado que ese tipo de lenguaje a veces crea tristeza o rabia, como era este caso.

Por último, me parece importante referirme a las limitaciones que tenía como terapeuta, que considero que estaban en los dominios de existencia culturales y biológicos. Si bien es cierto que intenté mantenerme alerta en este trabajo terapéutico a los discursos

sociales alrededor del cáncer, considero que es poco evitable no estar empapada de ellos aunque sea en parte, ya que soy parte de esta cultura y época, lo que intenté manejar desde la reflexión de dichos discursos, sin pretender que nunca diga algo referente a ellos. Por otro lado, el dominio biológico es algo en lo que claramente no tenía ni tengo control y con lo que más me suele costar trabajo lidiar, ya que tenemos una posibilidad real de recaídas y muerte, y no desde el “todos vamos a morir”, frase y posición que a mi parecer representa la trampa de lo obvio e incluso un poco de soberbia. En este caso, nos enfrentábamos a este dominio con los exámenes de revisión, en donde quisiera compartir el contenido de un correo enviado por Claudia (el correo se muestra en Anexo 4):

“Estimada María Paz, te cuento que mis exámenes salieron buenos.

Te mando un abrazo grande” (1 de Septiembre 2016).

6. RESULTADOS

La descripción de los resultados del proceso terapéutico llevado a cabo se realizará de acuerdo a los términos del modelo utilizado, Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. De esta manera, el resultado obtenido es el alivio del dolor mediante el cambio de las narrativas que la consultante traía respecto a su vivencia de enfermedad, lo que dio cuenta de una nueva forma de interpretar los acontecimientos. Zlachevsky (2015) señala que el desafío para el terapeuta es *“que la conversación terapéutica abra nuevos espacios de significación, nuevas posibilidades de sentido, de comprensión, para lo cual es necesario lograr co construir con claridad el problema que aqueja a quien consulta”* (Zlachevsky, 2015, p.43). Así, para el logro del objetivo fue necesario comprender lo mejor posible lo que Claudia manifestaba como el motivo de consulta, en donde se pudo identificar el temor a volver a enfermar, a volver a sentirse mal, a una nueva hospitalización y a estar sola, generándose así la co construcción de cuatro problemas terapéuticos, es decir, XYZ, descritos en el punto de aplicación de tratamiento.

Desde TSCN, se considera necesario para el cambio en las narrativas que atrapan en el dolor las llamadas intervenciones ortogonales, en contraposición a los encuentros agonales, que son confirmatorios y que serían conversaciones de más de lo mismo (Zlachevsky, 2015). De esta manera, las intervenciones realizadas que fueron en primera instancia normalizar los sentimientos que Claudia identificaba como ansiedad, la revisión de cuadernos y el cambio de comprensión de la reacción de los familiares desde la falta de apoyo al desconocimiento de su enfermedad, resultaron ser maneras novedosas de interpretar la situación. Fueron entonces en

contraposición con las explicaciones agonales que la atrapaban en el dolor, en cuanto a que entendía la ansiedad como algo que no debiese estar, y la significación de su experiencia como mayormente negativa imposibilitando el descubrir recursos y distintas maneras de conceptualizar la experiencia. Por otro lado, Claudia temía leer sus escritos, siendo la propuesta de revisarlos algo que la sorprendió en cuanto a que resultó ser un desafío por un lado, y por otro, la posibilidad de resignificar experiencia mediante el recuerdo de su día a día.

Fue relevante y valioso para el logro del alivio del dolor la dimensión ontológica que plantea TSCN. Para esta explicación de resultados, se tomarán como marco de referencia los planteamientos de Ortega en cuanto al proyecto vital, en donde en términos generales se entiende que las personas sólo tienen dadas sus circunstancias, que condicionan la vida pero no la determinan estrictamente, y que por tanto, se tiene la libertad de elegir nuestro proyecto, dentro de ciertos límites (Zlachevsky, 2009). Esta idea sienta las bases de comprender a la consultante y las problemáticas como posibilidades abiertas de re interpretación, aun cuando las circunstancias de salud fueron un desafío en cuanto representaron una amenaza para la vida y un convivir con molestias físicas. Además, los discursos sociales alrededor del cáncer pareciesen cerrar posibilidades de interpretación fuera de victimizaciones o actitudes de “guerrera”, identidades que no eran cómodas para Claudia.

El logro del surgimiento de nuevas narrativas también necesitó de la postura del “no saber”, curiosidad genuina derivada de las raíces de TSCN en el posmodernismo. Fue necesario el esfuerzo de liberarse de pautas previas y guías acerca de reacciones psicológicas en oncología, para que la conversación terapéutica no se limitara a la búsqueda de un diagnóstico, teniendo siempre en consideración que esas pautas y los discursos sociales formaban parte de la formación académica de la terapeuta, y que se debiesen tener a mano como recurso sólo en

cuanto a la consultante le hicieran sentido y fuesen coherentes con su sistema de significado. En este sentido, fue útil normalizar y dar nombre a la ansiedad que Claudia manifestaba como “hipervigilancia”, intervención que adquirió sentido en el otorgamiento de poder a la terapeuta en cuanto a “experta” en el área de oncología, lo que se utilizó a servicio de la consultante.

7. REFLEXIONES FINALES

El abordaje de las temáticas y problemáticas emocionales, cognitivas, conductuales y contextuales relacionadas con la enfermedad oncológica suele documentarse en la literatura desde los enfoques terapéuticos cognitivo conductual y psicodinámico (Alonso y Bastos, 2011). De esto se deduce que muchas de las intervenciones realizadas en estos casos mantienen una perspectiva moderna respecto al entendimiento del conocimiento y de la posición del terapeuta.

De esta manera, la formación académica en psicooncología entrega pautas que clasifican las reacciones emocionales y conductuales como señas de mejor o peor “pronóstico” de adaptación, se dictaminan diagnósticos psicopatológicos como depresión o trastornos de ansiedad como marcos explicativos de ciertas conductas y a partir de esto, se proponen intervenciones dirigidas a los síntomas que resultarían en un mejor ajuste a la enfermedad. Se entiende y asume que este conocimiento proviene de “expertos” en la materia, quienes han accedido a este grado de experticia mediante formación académica y experiencia en general. Cuando una persona asiste a terapia bajo esta óptica, se asume que el terapeuta sabe de antemano lo que es más o menos recomendable para dicha persona. En el caso de este trabajo, la consultante comenta estar en búsqueda de profesionales relacionados con el área oncológica, lo que daría cuenta de la visión tradicional que se suele tener sobre la psicoterapia.

Así, bajo la perspectiva moderna se configuran teorías psicológicas generales que difieren en el enfoque que se utilice en particular, pero que tienen en común el funcionar a modo de verdad universal. Estas teorías generales, que probablemente fueron diseñadas

bajo el método científico, forman marcos explicativos en la que cabrían la mayoría de las conductas de las personas. Así, se tienen teorías de respuestas “normales” al cáncer, predictores de pobre afrontamiento, etc. (Almanza, Romero, C. Holland, 2000).

Este estudio de caso describe el abordaje de un proceso terapéutico desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. Esta forma de llevar el caso aparece como una propuesta alternativa y novedosa en cuanto a que sus bases se encuentran en el posmodernismo, marcando una diferencia en los modos tradicionales de operar, que posicionan al terapeuta como experto en una jerarquía. De esta manera, el punto de partida del proceso terapéutico está marcado por una visión epistemológica y ontológica que representan un giro en cuanto a la comprensión de problemáticas, modos de operar y posicionamiento del terapeuta.

Este estudio de caso no pretende en absoluto desmerecer las formas tradicionales de intervención en psicooncología, sino que su fin es la presentación de un trabajo psicoterapéutico alternativo que se sitúa desde una epistemología distinta. Se parte del entendimiento de que la enfermedad oncológica es un escenario complejo y que se hace imprescindible su abordaje desde el enfoque biopsicosocial. Además, hay que tomar en consideración la multiplicidad de situaciones clínicas en términos médico – psicológicos, a las que se deben adecuar las terapias en este contexto (Alonso y Bastos, 2011). Desde mi punto de vista, todo trabajo psicológico en el contexto del cáncer tiene por desafío y se dirige a la facilitación o construcción de una convivencia con la enfermedad que implique el menor sufrimiento posible para la persona. De hecho, las entrevistas iniciales tienen por objeto en ambas perspectivas el recoger información de la persona y su contexto para intentar conocer y entender más en profundidad y así ofrecer la mejor intervención posible. En este punto, emerge la siguiente reflexión: ¿Al servicio de quién está esta información

obtenida? Si se sigue el camino de las perspectivas modernas tradicionales, la información recogida acerca de la persona estaría al servicio de la teoría, en el sentido de que se interpretaría de acuerdo a la línea teórica que se toma como marco, provocando, según mi parecer, un sesgo en la comprensión de la persona y su vivencia, pues la conversación terapéutica pasaría a ser una especie de túnel en donde no se permiten más caminos que el que la teoría en particular dicta.

La TSCN, desde una mirada onto - epistemológica distinta, entiende que *“los seres humanos son seres interpretantes: que interpretamos activamente nuestra experiencia a medida que vamos viviendo nuestra vida”* (White, 2002, en Zlachevsky, 2015), por lo tanto, como activos en la construcciones de significados acerca de los acontecimientos, en este caso, una enfermedad. Esta sería una característica de los seres humanos, que deriva en que sólo tenemos acceso a lo que conocemos y que por tanto, no es posible tener un acceso privilegiado a la realidad, en este caso, de las reacciones “mejores o peores” en un cáncer. En esta línea, la terapia se convierte en un contexto de relación horizontal, pues ambos, terapeuta y consultante, interpretan los acontecimientos desde su historia y contexto, siendo válidas cada una de estas significaciones, disolviéndose por tanto la posibilidad de que un conocimiento sea más adecuado que el otro. De esta manera, también se disuelven las categorías objetivizantes de psicopatologías. Este punto fue relevante en el proceso con Claudia, pues varias de las problemáticas que manifestaba podían considerarse como criterios diagnósticos de psicopatologías. Sin embargo, el enfoque permitió tener una mirada más amplia y no dejarse llevar por estas conductas y sentimientos de manera aislada, sino que comprenderlas como una forma de interpretación que hacía sufrir a Claudia. De alguna manera, la TSCN permite dejar de ver cualquier

síntoma como manifestación de un trastorno, lo según mi punto de vista resulta beneficioso en el contexto oncológico, en donde las personas suelen preguntar en terapia si están bien o mal, sumándose presión a la que de por sí entrega la enfermedad y los tratamientos médicos.

La propuesta de TSCN marcó una diferencia en cuanto a que la información acerca de la historia y contexto de Claudia estuvieron al servicio de comprender mejor sus interpretaciones y sufrimiento, sin tener un marco teórico previo que sesgue la interpretación. Asimismo, se entiende que las teorías de psicooncología forman parte de mi formación académica, lo que probablemente influyó en mis interpretaciones, lo que intenté utilizar como recurso en cuanto a ofrecer nuevas significaciones a Claudia. De esta manera, bajo la mirada de TSCN mi formación profesional no significó conocimientos ni experticia por sobre Claudia, sino que otra forma de interpretar, que en la intervención de “dar nombre” y normalizar lo que ella manifestaba como ansiedad, fue útil. Relacionado con esto, cabe señalar que la postura del “no saber” que propone la TSCN marca una postura de apertura y respeto por el relato de los consultantes, en cuanto a que permite conocer toda la riqueza de éste y no sólo lo que alguna teoría determina como relevante. Claudia, por ejemplo, daba importancia a su relación con Dios, lo que no se vio sólo como “un factor de buen pronóstico” sino como un aspecto que influye su modo de interpretar acontecimientos. La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas considera el lenguaje como central, y esto implica que el contexto terapéutico se ve como un espacio de conversación en donde mediante preguntas y respuestas, pueden emerger nuevas significaciones que no atrapen en el dolor. Esto marca una diferencia en la visión moderna de la psicoterapia como un espacio de corrección. Desde mi punto de vista, esta manera de entender la terapia es

beneficiosa en el contexto oncológico pues cambia la mirada del espacio terapéutico de ser un “tratamiento más” con el cual cumplir, en donde además de todo el contexto se escuchan correcciones hacia el actuar y sentir.

Como se ha mencionado anteriormente, la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas tiene un razonar sistémico, entendiendo que los significados se construyen en la convivencia y no en solitario (Zlachevsky, 2003). Considero que este punto marca una diferencia de abordaje en psicooncología, ya que bajo las miradas tradicionales, los contextos de las personas se consideran como predictores de buena o mala adaptación, y se indaga en ellos en cuanto a la enfermedad. En TSCN, en cambio, la construcción de genograma para conocer a la persona se realiza independiente del motivo de consulta, de hecho, antes. De esta manera, el enfoque permitió conocer los contextos de Claudia más allá de la enfermedad oncológica, lo que según mi punto de vista enriquece el entendimiento de las problemáticas y otorga más herramientas a la hora de intervenir.

Las terapias posmodernas dan valor al “conocimiento local”. De esta manera, en la comprensión de los relatos y significados de Claudia también se debieron tomar en consideración los discursos sociales alrededor del cáncer. Este aspecto del enfoque posmoderno me parece relevante pues da la posibilidad de transparentar y posicionarse frente a la temática del cáncer.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberto Adansa, Juan Carlos; Del Barco Morillo, Elvira; Bellido Hernández, Lorena; Castro Marcos, Elena; Cruz González, Fernando; Cruz Hernández, Juan Jesús; Fonseca Sánchez, Emilio; García Domínguez, Rocío; Gómez Bernal, Amalia; González Sarmiento, Rogelio; Leno Núñez Rubén; López Castro, Rafael; Martín García, Germán; Navarro Martín, Luis Miguel; Reguero Cuervo, Virginia; Rodríguez Sánchez Cesar Ruiz Martín, María Isabel; Salazar Sáez Raquel; Sánchez Domínguez Feliciano; Seijas Tamayo, Raquel. (2012). **Oncología Clínica. Cuarta edición**. España: Nova Sidonia.

- Almanza - Muñoz Jesús, Romero - Romo, Juan Ignacio; C. Holland, Jimmie. (2000). **Psico - oncología: abordaje psicosocial del paciente con cáncer**. Sanid Milit Mex, 5, 261-273.

- Alonso Fernández, Carmen; Bastos Flores, Amparo. (2011). **Intervención psicológica en personas con cáncer**. Clínica Contemporánea, 2, 187-207.

- Arranz, Pilar; Ulla, Sara. (2008). **Diseño y validación de un cuestionario multidimensional de adaptación a la enfermedad para pacientes oncohematológicas (CMAE-OH)**. Psicooncología, 5, 7-25.

- Báez Alcaíno, Lorena. (s/f). **Actualización programa nacional de cáncer y desafíos del programa de cáncer cervicouterino**. 2018, de Ministerio de Salud Chile Sitio web: http://www.ispch.cl/sites/default/files/Actualizacion_Programa_Nac_de_Cancer.pdf

- Buela Casal, Gualberto; Sierra, Juan Carlos. (Febrero - marzo 2002). **Normas para la redacción de casos clínicos**. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 525-532.

- Castaño Rodríguez, Andrea; Palacios - Espinosa, Ximena. (2013). **Representaciones sociales del cáncer y la quimioterapia**. Psicooncología, 10, 79-93.

- Comisión de ética del Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). **Código de Ética Profesional**. Septiembre 2018, de Colegio de Psicólogos de Chile Sitio web: colegiopsicologos.cl/nosotros/código-de-ética-profesional

- Cruzado, Juan A. (2010). **Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer**. España: Síntesis.

- Cuevas Jiménez, Adrian. (2002). **Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología**. Revista Cubana de Psicología, 19, 47-56.

- Departamento de estadísticas e información de salud, DEIS. (2015). **Indicadores básicos de salud Chile 2015**. 2018, de Ministerio de Salud Sitio web: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2017/12/IBS-2015.pdf>

- Flores G., Rodrigo. (2009). **Observando observadores: Una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social**. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Fossa A., Pablo. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. Revista de psicología GEPU, 3, 101 -284.

- Galindo Vásquez, Oscar; Rojas Castillo, Edith; Benjet, Corina; Meneses García, Abelando, Aguilar Ponce, José Luis, Alvarado Aguilar, Salvador. (2014). **Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión.** Psicooncología, 11, 233-241.

- García Torres, Francisco; Alós, Francisco; Pérez Dueñas, Carolina. (2015). **El trastorno por estrés postraumático en los supervivientes al cáncer; una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles.** Psicooncología, 12, 293-301

- Hernández, Manuel; Cruzado, Juan Antonio. (2013). **La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento.** Clínica y Salud, 24, 1-9.

- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández - Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2006). **Metodología de la investigación. Cuarta edición.** México: McGraw – Hill Interamericana.

- Martínez López, Paula; Andreu Vaillo, Yolanda; Galdón Garrido, María José; Romero Retes, Rocío; García-Conde Benet, Ana; Llombart Fuertes, Pilar. (2017). **Distrés emocional y problemas asociados en población oncológica adulta.** Psicooncología, 14(2-3), 217-228.

- Maté, Jorge; Hollenstein, María; Gil, Francisco. (2004). **Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico.** Psicooncología, 1, 211-230.

- Ministerio de Salud. (2016). **Estrategia nacional de cáncer**. Chile 2016. 2017, de Ministerio de Salud Sitio web: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>

- Ministerio de Salud. (2013). **Guía clínica leucemia en personas de 15 años y más**. 2018, de Santiago: Minsal Sitio web: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Leucemia-15-a%C3%B1os-y-m%C3%A1s.pdf

- OMS. (2017). **Cáncer**. 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>

- Remor, Eduardo; Arranz, Pilar; Ulla, Sara. (2003). **El psicólogo en el ámbito hospitalario**. España: Desclée De Brouwer.

- Rodríguez, Gregorio; Gil Flores, Javier; García Jiménez, Eduardo. (1996). **Metodología de la investigación cualitativa**. Málaga: Editorial Aljibe.

- Romero, María Inés. (2017). **Jornada PANDA 2017**. 2018, de Departamento de Cáncer División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud Sitio web: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/09/C%C3%A1ncer-mirada-global-XX-Jornada-PANDA-2017.pdf.

- Daniela Rojas Miranda¹; Loreto Fernández González. (2015)¿**Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias clínicas de la metáfora bélica en oncología.** Rev. Med Chile, 143, 352-357.

- Daniela Rojas; Jorge Roman. (2018). **Cuando las metáforas dañan: No a la "lucha contra" el cáncer.** 14 octubre 2018, de Etilmercurio Sitio web: <https://www.etilmercurio.com/em/cuando-las-metaforas-danan-no-a-la-lucha-contra-el-cancer/>.

- Sanz, Jaime; Modolell Elisabeth. (2004). **Oncología y psicología: Un modelo de interacción.** Psicooncología, 1, 3-12.

- Scandar, Mariano G... (Junio 2014). **El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia.** Psicodebate, 14, 69-84.

- Stake, Robert. (1995). **Investigación con estudio de casos.** Madrid: Morata.

- Tarragona Sáez, Margarita. (3 junio 2009). **La supervisión desde una postura posmoderna.** Psicología Iberoamericana, 7, 68-76.

- Tarragona Sáez, Margarita. (2006). **Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones.** Psicología Conductual, 14, 511 - 532.

- Vega, María Eugenia; De Juan, Ana; García, Almudena; López, José Manuel; López, Carlos; López, Ana; Rivera, Fernando; Ramos, Javier. (2004). **Aspectos psicológicos de la toxicidad en quimioterapia**. *Psicooncología*, 1, 137-150.

- Villegas, Manuel. (1992). **Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia**. *Revista de psicoterapia*, 3, 5-16.

- Zlachevsky Ojeda, Ana María. (Diciembre 2012). **Constructividad y razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa**. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 21, N° 2, 237-259.

- Zlachevsky Ojeda, Ana María. (2009). **El lenguaje —visto desde Ortega y Heidegger—, y la fundamentación filosófica de la psicoterapia conversacional. Tesis para optar al Grado de Doctora en Filosofía con mención en Metafísica**. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Facultad de filosofía y humanidades.

- Zlachevsky Ojeda, Ana María. (2008). **Historia de la psicoterapia cibernética en Chile: una forma de entenderla**. En *Cartografía de la psicología contemporánea* (297-321). Santiago de Chile: LOM Ediciones.

- Zlachevsky Ojeda, Ana María. (Junio 2011). **La importancia de reflexionar sobre lo ontológico en el proceso de formación de terapeutas**. *Actas Psiquiátricas*, Buenos Aires, 57, N°2, 1 - .

- Zlachevsky, Ana María. (2003). **Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación.** Revista Límite, 10, 47-.64.

- Zlachevsky, Ana María. (2015). **Relatos clínicos. Filosofía y terapia narrativa.** Chile: Ediciones Mayor.

- Zlachevsky Ojeda, Ana María. (1996). **Una mirada constructivista en psicoterapia.** Sociedad Chilena de Psicología Clínica, VI (2), No. 26, 105-112.

9. ANEXOS

Anexo N1. Acta de Consentimiento informado

Yo, _____ RUT...
DECLARO que la Psicóloga **María Paz Marín Fariás**, estudiante de posgrado de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ubicada en Avenida Brasil Número 2140 de la ciudad de Valparaíso, me ha informado en forma completa en qué consiste el Estudio de Caso que llevará a cabo en el Centro Médico de la Clínica Ciudad del Mar y en qué consistirá mi participación.

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

1. El objetivo de la investigación es conocer la coherencia de las intervenciones utilizadas por la terapeuta con un modelo de psicoterapia específico y el impacto de éstas en el proceso llevado a cabo
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en la autorización de la grabación de las sesiones de psicoterapia y la utilización de registros escritos, electrónicos y de audio para supervisión clínica en contexto académico.
En caso de que mi proceso resulte ser el seleccionado para llevar a cabo el Estudio de Caso, la autorización de la publicación de la descripción del proceso terapéutico en trabajo final de Magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso. Adicionalmente, se me podría solicitar responder preguntas con respecto al proceso de psicoterapia llevado a cabo, en contexto de entrevista con terapeuta
3. Comprendo que estos procedimientos no significan riesgos para mi salud físico ni psicológica, ni tampoco beneficios garantizados, salvo colaborar en el desarrollo de conocimiento científico
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará una letra, y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científico, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso al trabajo final, si yo lo requiriera.
5. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno
6. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí
7. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal, en cualquier momento de la investigación, a quien podré contactar en el teléfono 976137214 y/o mail mariapazmarinf@gmail.com

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

Nombre y Firma Participante

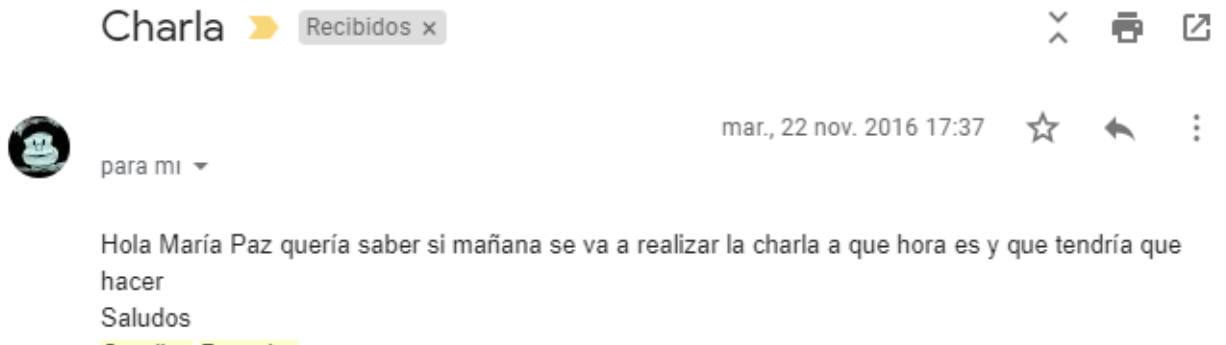
RUT: _____

María Paz Marín Fariás

RUT: 16301663-K

Viña del Mar de 2016


Anexo N2: Correo electrónico



Anexo N3: Correo electrónico



Anexo N4 Correo electrónico

Resultado examen  Junk x



para mi ▾

> jue., 1 sept. 2016 13:38



Estimada María Paz te cuento que mis exámenes salieron buenos.
Te mando un abrazo grande

