



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**TERAPIA DIALÓGICA EN TRATAMIENTO DE PERSONAS CON  
CONSUMO DE DROGAS: ESTUDIO DE CASO.**

**FABIAN MENARES POBLETE**

Profesora Guía: Oriana Vilches Álvarez M.Sc.

Tesis 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

Marzo, 2018  
Valparaíso, Chile



“He aquí mi secreto, que no puede ser más simple:  
sólo con el corazón se puede ver bien;  
lo esencial es invisible para los ojos.”

Saint- Exupéry, A. “El Principito”, Capítulo XXI

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi hermosa familia, con quienes crezco día a día: Mis hijos Diego y Amanda, mi pareja Veronica, mis padres Susana y Manuel y mi hermano Alvaro. Ustedes son parte de mi fuerza e inspiración diaria para trabajar por un mundo mejor. Gracias por dejarme ser parte de ustedes!

A mi profesora Oriana Vilches-Alvarez, quien con su gran experiencia y paciencia me otorgó un nuevo nivel de conocimiento para mi desarrollo como Psicoterapeuta. Gracias por su tiempo...para mí usted es un cofre lleno de sabiduría psicoterapéutica y de vida que a cualquier persona le agradecería encontrar.

A las personas que me han dejado acompañarlas en sus procesos psicoterapéuticos en el transcurso de mis años como Psicólogo y especialmente a quien me permitió desarrollar esta investigación. Que esta experiencia ayude a otros terapeutas a comprender la psicoterapia al servicio de las personas, a mejorar sus intervenciones y a seguir desarrollando más la investigación en estos ámbitos.

<b>ÍNDICE</b>	<b>i</b>
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
<b>INTRODUCCION</b>	<b>iv</b>
<b>CAPITULO I ANTECEDENTES RELEVANTES.</b>	<b>1</b>
1.1. Antecedentes históricos que contextualizan el problema de consumo de drogas y organismos actuales que lo atienden en el ámbito de salud pública	
1.2 Marco Teórico propuesto para personas que consumen drogas	
<b>CAPITULO II MARCO EPISTEMOLOGICO</b>	<b>7</b>
2.1. Construccionismo Social	
2.2. Construccionismo social y praxis clínica: Terapia Dialógica.	
<b>CAPITULO III INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA.</b>	<b>12</b>
3.1. Planteamientos de investigación en psicoterapia	
3.2. Los factores de cambio inespecíficos o comunes	
3.3.- Investigación sobre proceso terapéutico	
3.4.- Contenidos generales del cambio psicoterapéutico e Indicadores Genéricos de cambio	

## **CAPÍTULO IV OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PREGUNTAS**

### **DIRECTRICES. 22**

4.1. Objetivos de la investigación

4. 2. Preguntas directrices

## **CAPÍTULO V MARCO METODOLÓGICO. 23**

5.1. Diseño general de la investigación

5.2. Descripción de la metodología.

5.3 Recopilación y análisis de la información

5.4 Análisis de la información

5.5 Consideraciones éticas

## **CAPÍTULO VI: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO. 29**

6.1- Identificación de la consultante

6.2 -Motivo de referencia

6.3.- Motivo de consulta

6.4.- Antecedentes familiares y genograma

6.5- Antecedentes relevantes al dilema planteado

## **CAPITULO VII. RESULTADOS EN EL DESARROLLO DEL**

### **PROCESO TERAPEUTICO**

**38**

#### 7.1 Temáticas planteadas por la consultante

7.1.1. Imagen de sí misma

7.1.2. Relación con su familia nuclear

7.1.3. Relación con la familia de origen

7.1.4. Relación con los tratantes

7.1.5. Relación con el contexto judicial

7.1.6. Relación con las drogas

#### 7.2.- Identificación de Indicadores Genéricos de Cambio

#### 7.3. Triangulación de los datos

#### 7.4 Resultados OQ-45.2

#### 7.5 Finalización de la terapia

#### 7.6 Relación consultante/terapeuta

#### 7.7 Recursos de la consultante

## **CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES.**

**107**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

**116**

## **ANEXOS.**

**124**

## RESUMEN

Las personas derivadas desde tribunal por Problemas de Consumo de Drogas Ilícitas, que acuden de manera obligatoria a tratamiento, llegan a la consulta generalmente “estigmatizadas” ya que socialmente usar drogas que no son legales, se asocia de inmediato a que la persona está cometiendo un delito y una de sus consecuencias es la incapacidad de la madre para asumir su rol de madre.

Habitualmente, ellas han acudido previamente a diversos procesos terapéuticos con diferentes metodologías según cada Centro de Salud y no solamente enfocados en su problema de consumo. Su diagnóstico y sintomatología ha formado parte de su identidad personal como droga-adictos, lo cual se integra y expresa a través de sus relatos como la comprensión de significados de los eventos de su vida. Ellas escriben diversas explicaciones del comportamiento de su consumo, lo que se manifiesta en los diferentes ámbitos de acción: personal, maternal, pareja, familia nuclear y de origen, sistema judicial y drogas.

Esta investigación, describe la evolución del proceso psicoterapéutico de una mujer adulto medio, formalizada por tribunal por desprotección de sus hijos y con sintomatología de consumo de drogas. El objetivo de esta investigación fue describir un proceso psicoterapéutico, sustentada en los principios del Construccionismo Social, cuya práctica clínica es la Terapia dialógica y colaborativa. Para analizar el proceso terapéutico, se utilizó como enfoque investigativo la metodología cualitativa, y a través del análisis de

contenido, se pudo identificar y describir las temáticas significativas centrales en el discurso de la consultante. Posteriormente se identificaron los Indicadores Genéricos de Cambio y delimitaron los momentos relevantes de cambio, que permitió describir la evolución del proceso terapéutico.

Los resultados muestran, que a través del diálogo terapéutico, se facilita la transformación de los significados en la consultante referidos a la imagen de sí misma, en su relación con otros y a los diferentes contextos relacionales. Se ejemplificará a través de viñetas extraídas del texto de las sesiones realizadas. Se observó en la consultante, según su reporte, que al final del proceso de esta investigación, su consumo de sustancias disminuyó en su cantidad y frecuencias. Además, estableció nuevos patrones relacionales con sus hijos, con su pareja, con sus tratantes y aún con el sistema judicial.

Finalmente, se discute el aporte que puede significar para un terapeuta que realiza una investigación de su praxis clínica, especialmente en cuanto a la adquisición de destrezas en el uso del lenguaje, dando énfasis a un proceso reflexivo y al diálogo terapéutico colaborativo entre terapeuta y consultante y, generativo de nuevas alternativas de significación. Este trabajo permitió a su vez la adquisición de conocimientos y práctica para identificar los Indicadores Genéricos de Cambio que manifiestan la evolución de un proceso psicoterapéutico, lo cual tiene un soporte empírico que lo sustenta.

Todo lo señalado se considera un nuevo aporte para los profesionales de la salud que participan en diferentes intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento con personas que han sido diagnosticadas y penalizadas por consumo de drogas.

## ABSTRACT

The people who attend court-ordered compulsory treatment, due to issues with drug consumption usually come to the consultation "stigmatized" by the association of "crime" illegal drugs involve and the consequences this brings about in the case of mothers and their protection role. In addition, these people generally describe various their consumption behaviour in various ways, which become concrete in different areas of action: personal, couple, motherly, in their family of origin, judicial and drug.

Usually, they have previously gone through various therapeutic processes with different methodologies according to each center and not only focused on the problem of consumption. Their diagnosis and symptoms have been part of their personal identity as a drug-addict, which is integrated and expressed through their stories, such as the understanding of meanings of events in their lives.

This research, describes the evolution of the psychotherapeutic process of a woman, formalized by means of adult court for protection of their children and with symptoms of drug consumption, who had previously been in other therapeutic processes. The objective of this research is to describe a psychotherapeutic process, applying Dialogic Therapy sustained on the principles of Social Constructionism. Qualitative methodology was used in order to identify and describe the significant central themes in the discourse of the consultant and the relevant moments of change. The results show, through the therapeutic dialog, the transformation of the meanings in the consultant referred to the image of themselves, in their relation to others and to the different relational contexts:

exemplified through extracts from the text of the session. At the end of the process for this research (She continued her therapy thereafter), the counselee's substance consumption was noticed to have decreased in quantity and frequency. In addition, she established new relationship patterns with her children, partner, dealers and with the judicial system.

Finally, it discusses the contribution made by the research to clinical practice, both through the acquisition of knowledge about the generic indicators of change and the evolution of all the psychotherapeutic process, and especially with the acquisition of skills in the use of language, with the emphasis on collaborative therapeutic dialog and generative of new alternatives of significance and as a new contribution to the psychotherapeutic interventions in the treatment of people in this subject.

All the above is considered a new contribution for health professionals involved in different psychotherapy interventions in treatment with people who have been diagnosed and penalized for drug use.

## INTRODUCCION

Actualmente, el número de personas con consumo de sustancias es un problema al cual se le presta cada vez más atención desde distintas disciplinas y diversos Organismos Nacionales e Internacionales.

Las acciones terapéuticas actuales de los psicólogos que trabajan en diversos centros de tratamiento en nuestro país, tienen una indicación desde el sistema social respecto a clarificar el por qué, el qué y cómo tratar a una persona “drogadicta” desde un contexto específico. Esa visión de la terapia, se ve plasmada en normas técnicas y guías clínicas que orientan esta labor y que están descritas por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de consumo de Drogas y Alcohol (Senda) y Ministerio de Salud de Chile (Minsal) en convenio entre ambos que hoy existen (Senda-Minsal, 2015).

Es debido a lo anterior, que se propone abordar desde una visión epistemológica posmoderna, específicamente, del Construccinismo Social llevado a la práctica clínica a través de la terapia dialógica, una investigación de un proceso terapéutico con una persona que acude obligatoriamente a tratamiento determinado por el Sistema Judicial. Esta epistemología permite al terapeuta considerar los aspectos históricos y socioculturales en el consumo de drogas que hoy existen e influyen en la práctica clínica y complementa las prácticas clínicas actuales planteadas en las guías, con una visión colaborativa en la construcción de los nuevos significados entre terapeuta y consultante. Es decir con una visión y atención única y particular considerando la experiencia de la consultante y su percepción y significados atribuidos a su condición problemática del consumo de drogas, con todas las implicancias que tiene ello en su vida personal y familiar

En esta investigación, se usó el análisis del contenido de la narrativa de la consultante a fin de identificar y describir las temáticas significativas centrales en su discurso y la presencia de momentos relevantes de cambio de significados personales. Se realizó una adaptación de la metodología de la Teoría Fundamentada, de Corbin y Strauss (2002) ya que no se pretendió construir una nueva teoría sino adaptar la metodología de análisis. Los resultados muestran dicha transformación de los significados en la consultante referidos a la imagen de sí misma, relación con su familia nuclear y de origen, con los tratantes, con lo judicial y con las drogas, las cuales se ejemplificarán a través de viñetas extraídas del texto de las sesiones. Además, se incorpora un gráfico y su descripción en torno a la Identificación de los Indicadores Genéricos de Cambios y su evolución durante el proceso terapéutico asociado al uso de la terapia dialógica. También se hace la descripción de los resultados obtenidos en la utilización de instrumento OQ-45.2 que permite la autoevaluación de la consultante de su percepción de bienestar psicológico. Finalmente, toda esta información será triangulada.

Esta investigación se presentará en diferentes capítulos. Se realizó en primera instancia una descripción de los antecedentes históricos sociales que contextualizan el problema del consumo de las drogas, para luego describir el marco teórico que se plantea para el tratamiento actualmente desde las normas y guías clínicas. Luego, se describirá el marco Epistemológico Construccionalista, el uso de la Terapia Dialógica que se focaliza en el uso del lenguaje en la interacción del terapeuta y la consultante y el marco empírico psicoterapéutico que fundamenta esta investigación asociado a los Indicadores Genéricos de cambios. Además se incluyen los objetivos, las preguntas directrices que guiaron la ejecución práctica de esta investigación, la metodología utilizada que permitió desarrollarla,

para finalmente presentar los resultados obtenidos y las principales conclusiones elaboradas.





## **CAPÍTULO I ANTECEDENTES RELEVANTES**

### **1.1. Antecedentes histórico sociales que contextualizan el problema de consumo de drogas y organismos actuales que lo atienden desde el ámbito salud pública**

Cuando se observa la historia del uso de drogas en la sociedad, se distinguen distintos momentos asociados a la relación que establecemos las personas con esta en el tiempo y el por qué se comienza a definir como un problema. Tal como lo plantea Slapak (2006), describiendo un momento progresivo en la historia donde la conducta de consumo de drogas se comenzó a definir como ilegal hasta la creación de Convenios Mundiales como formas de control social. Por ende, tal como lo plantea el autor, el significado que se le da a las drogas como sustancias y la relación con su uso, va cambiando en el proceso de la historia mundial, donde se observan elementos sociales de tipo religioso, moral y legal que fueron influenciando en esto.

En Chile, se comienza el control del uso de drogas a nivel legislativo y de salud, cuando nuestro país se une al convenio en Viena en 1988 donde se crea el Consejo Nacional de Estupefacentes (Conace), el cual el 2010 cambia de nombre a Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda), pasando a ser desde un órgano “asesor” hacia un organismo de “Servicio Público”. Este organismo, genera propuestas en estos temas, contextualizado en compromisos de convenios Internacionales y en concordancia con la información que diversos Organismos aportan (CICAD, 2015; UNODC, 2017; NIDA, 2012).

Senda, desde aproximadamente el año 1990 (posterior a su creación como Conace) realiza convenio con el Ministerio de Salud (Minsal) para atender parte de la población que posee problemas con el consumo de drogas y que acude para tratamiento de manera voluntaria u obligatoria. Este convenio, describe ciertas directrices de acción a los equipos tratantes (incluye a los psicólogos), las cuales están descritas en las Normas y orientaciones Técnicas (Senda- Minsal, 2015) y son parte de la oferta actual que existe para atender a las personas con este tipo de problema.

## **1.2 Marco Teorico y tratamiento actual propuesto para personas que consumen drogas**

Las normas técnicas propuestas por Senda-Minsal (2015. p. 9) incluyen la visión del problema de consumo de drogas descrita en la Clasificación de Trastornos Mentales CIE-10” (Minsal, 2013. p.19), agregando que “el uso de sustancias psicoactivas puede transformarse en un problema cuando altera el equilibrio en la interacción de la persona y los diferentes sistemas” (2015. p. 21). Se denota desde este ámbito, una vision del problema asociado al consumo de sustancias de la persona cuando altera el contexto en el cual se encuentra y el cual puede verse afectado. Por lo mismo, estas normas, involucran un tratamiento integral de las personas que la abarquen a ella y sus distintos sistemas involucrados en el problema (enfoque biopsicosocial).

Además, dentro de las orientaciones y propuestas terapeuticas descritas, la Guía Ges Minsal (2013) y los lineamientos de las normas Senda- Minsal (2015) describen los siguientes modelos de base cognitivo conductual como referencias para el uso en el

tratamiento, ya que poseen base empírica y están validados a nivel mundial:

a) **Enfoque motivacional** (Miller. 1995, 1998, 1999, 2002, 2009), en el cual el autor plantea que debemos considerar que las personas que presentan problemas por consumo de sustancias, tienen motivaciones contradictorias entre lo placentero y el daño que les genera. Además de lo anterior, describe que la motivación es dinámica y tiene factores intra y extra personales que pueden influirla. Podemos observar en este sentido, que el autor describe un cambio en la forma de entender tradicionalmente a la motivación (como estática y que solo depende de la persona), invitando a los terapeutas a cambiar su forma de ver esta y fomentar estrategias que ayuden a las personas a motivarse a mantenerse en las consultas y para generar cambios.

b) **Modelo de Reducción de Daño** (Marlatt. 1996), el cual se propone como una nueva alternativa para trabajar metas no solo asociadas a la abstinencia como una meta en el tratamiento, sino que amplía e invita a la persona a otras metas asociadas a la disminución progresiva del consumo (o de los consumos) y controlar factores de riesgos asociados que fomentan más el peligro de este problema (por ejemplo una persona que se inyecta heroína, se le facilita desde una visión sanitaria jeringas limpias para que no utilice jeringas de otras personas que pudieran estar contaminadas y se contagie virus o bacterias).

c) **Modelo transteórico del cambio** (Prochaska y Diclemente. 1982, 1993) Este modelo describe que el cambio en una persona es un proceso dinámico. Para lograr estos, las personas deben pasar por diversas fases, que son: Pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y finalización. Estas fases, no son solo expresadas de

manera ascendentes, sino que pueden variar en distintos momentos en los que se encuentre la persona en relación a su proceso de cambio. Describe además la recaída como parte del proceso de cambio y como un elemento a profundizar y trabajar con las personas.

Respecto a la metodología propuesta en el tratamiento, el documento Sendaminsal (2015) propone incluir en los planes de tratamiento con las personas distintos momentos (fase de: diagnóstico integral, de tratamiento, de logros y de preparación de alta y de seguimiento), objetivos, actividades e indicadores que se deben considerar para abordar este (p. 42). Para lograr lo anterior, es que se ha ido reforzando en capacitaciones la idea del enfoque Smart (Pacheco, 2015, p4) donde se describe la importancia que hay que tener en el usuario, su acompañamiento y la co-construcción del plan como parte fundamental en el proceso terapéutico.

Se puede concluir según los modelos que se proponen anteriormente descritos, que están planteados desde un marco teórico explicativo que entiende a las personas desde modelos de una mente individual, donde hay un rol de un profesional experto que la clasifica desde el uso de ejes Clínicos Psicopatológicos (Cie 10), planos motivacionales y fases. Se observa además propuestas de ciertas premisas metodológicas y técnicas a utilizar en el trabajo terapéutico integral, que puedan ser consensuada con la persona que acude a tratamiento (¿qué ocurre con las internaciones no voluntarias? ¿O con los casos enviados de manera obligatoria por jueces?) y que en la evaluación y tratamiento se incluyan factores de contexto con los cuales se relaciona la persona (compromisos biopsicosociales) que también se puedan intervenir para mejorar su relación con este.

Debido a lo anterior, es que en esta investigación, se propone incorporar una

visión diferente del problema del consumo de drogas y su tratamiento, asociada a investigar un proceso psicoterapéutico con un enfoque distinto (dialógico colaborativo), que incluya elementos del sujeto-relación y de la comprensión cognitivo conductual como se planteó anteriormente, pero que además incluya el contexto en el cual se encuentra la persona, ampliando la comprensión de la mente del sujeto en un contexto relacional social determinado. Además, se propone abordar este proceso psicoterapéutico, invitando al profesional psicólogo a ejercer un rol diferente, estableciendo una posición simétrica con el consultante donde su voz y su experiencia se valida como siendo un verdadero agente de su transformación y lo considera como un colaborador reflexivo y respetuoso de su proceso. Como se fundamentara más adelante, además se incluye la identificación de los Indicadores Genéricos de Cambio y la aplicación del formato OQ- 45.2 como parte de la investigación.

Tal como describe Romaní (2012) “El estudio de las drogas es precisamente un campo que ha exigido desarrollar modelos un poco más complejos de análisis de la realidad, para superar aquellas explicaciones pretendidamente universales de tipo monocausal [...] Y uno de estos modelos es el de la construcción social de la realidad”.

Respecto a la investigación de tratamiento de personas con consumo de drogas, el uso de terapia dialógica colaborativa desde un enfoque construccionista y la identificación de indicadores de cambios, no se observan otras investigaciones parecidas a nivel nacional.

Sin embargo, se puede señalar una investigación nacional asociada a identificar en un grupo de terapia grupal con un modelo terapéutico cognitivo conductual identificando

Indicadores Genéricos de Cambios en personas en tratamiento de dependencia de drogas realizada por Valdés et al (2005), donde se distingue como se van produciendo cambios tanto a nivel comportamental, afectivo y cognitivo, en cuanto a sus significaciones. En relación a investigaciones asociadas a elementos de contexto del uso de las drogas en la práctica psicoterapéutica, se encuentra la de Gaete (2012), quien a través del análisis descriptivo de las representaciones sociales de psicólogos insertos en distintas modalidades de tratamiento de drogas, plantea las ideas que poseen ellos sobre el consumo de drogas implicando también las representaciones que configura al sujeto adicto y el tratamiento de drogas. Lobos (2012), siguiendo la línea anterior, describe una experiencia clínica en un recinto de salud, y como los aspectos terapéuticos están plasmados más desde el control prohibicionista sanitario-penal que como terapia.

## **CAPITULO II. MARCO EPISTEMOLÓGICO**

### **2.1. Construccinismo Social**

En esta investigación, se busca trabajar en un estudio de caso desde la visión Epistemológica del Construccinismo Social, donde la propuesta respecto a las personas que poseen problemas con el uso de drogas, debe comprenderse desde un conocimiento en un contexto histórico social en el cual nos encontramos y en donde existen ciertas prácticas sociales y culturales que nos describen aspectos de normas sobre el uso adecuado o inadecuado de las drogas que se instauran en la psicoterapia.

Siguiendo las ideas de Paine (2000) sobre el posmodernismo, define lo siguiente “El posmodernismo se mueve en un clima de relativismo, flexibilidad, cuestionamiento del pasado y de las normas y valores. Asume que todo «conocimiento» es provisional, social y culturalmente afectado y vinculado al poder político.” (p. 43). En la Psicología, es importante observar el uso del lenguaje y sus significados en torno al por qué el consumo de drogas es un problema ante el cual debemos intervenir siguiendo una visión tradicional. Pues podría tal vez existir, otra forma de entender esto tal como lo plantea Gergen (2011) que “todo aquello que construimos como problemas, ¿no se podría reconstruir como oportunidades? (p.14). Es por lo anterior, que en esta investigación se escoge la epistemología construccionista, con la finalidad de ver e intervenir desde otra perspectiva a las tradicionales ya descritas, en un proceso terapéutico de una consultante en el Centro de Salud Mental.

La epistemología Construccionista se adhiere al posmodernismo, pues considera

que no existe una verdad objetiva, una verdad como única. Acepta diferentes construcciones de lo real validada dentro de una comunidad local. Podemos observar como las ideas centrales del Construccinismo describen la importancia de comprender el contexto desde donde nace un discurso. Tal como plantean las ideas principales de Gergen (2011), describiendo que los problemas no existen en sí mismos, sino que más bien construimos lo que es bueno y los obstáculos como problemas.

Además de lo anterior, como parte de estas premisas construccionistas, para comprender los dilemas o problemas de las personas, en lugar de centrarse en la interioridad del cliente, tal como lo plantea Gergen (1997), se centra en sus contextos relacionales y en la exploración del significado pragmático de sus relatos en el seno de estos contextos. Concepto que el mismo autor define como el “Yo relacional”.

Asociado a lo anterior, y relacionando el problemas del consumo de drogas, el autor Romaní (2011) define lo siguiente “una de las cuestiones centrales que ha replanteado el trabajo en drogas es el propio concepto de dependencia. Sus intentos de definición van ligados históricamente a las políticas de control y represión del consumo de determinadas drogas, precisamente aquellas que se han definido que “producen dependencia”, o sea, las drogas ilegales (p 94). Además de describir aspectos de contexto de control, este autor nos permite ampliar la mirada del concepto individual de las dependencias (donde se distingue un sujeto y una sustancia como objeto), a la ampliación de una mirada de “contexto, sujeto y sustancias” (Romaní. 2012).

Lo anterior, nos permite comprender y explicar de otra manera este problema del consumo de drogas y el uso en la psicoterapia con la finalidad de ampliar aspectos

normativos que actualmente existen en nuestra sociedad y que limitan aspectos de las dimensiones en el dialogo terapéutico enfocada solo en el problema del consumo. Por ende, se plantea en esta investigación comprender este problema desde una Epistemología Construccionalista utilizando en la terapia un enfoque dialógico colaborativo que permita incorporar la importancia de otros significados contextuales de la persona que consulta y no solo los centrados en aspectos normativos establecidos en la comunidad.

## **2.2. Construccionalismo social y Terapia Dialógica.**

Utilizando el concepto de los diálogos o relatos, desde el construccionalismo, se puede describir según Gergen (2005) que estos "... adquieren utilidad a través de la interacción social..." (p. 128). Paine (2000) plantea en relación a los diálogos, que estos conforman la matriz de conceptos o creencias a través de los cuales comprendemos nuestras vidas y también el mundo donde esas ocurren. Por ende, observamos que los diálogos poseen una gran importancia en la vida de las personas.

Los construccionalistas conceden una gran importancia a la transformación de los significados durante el curso de la terapia a través de los diálogos y la reflexión sobre lo que se dice y aun no se dice pero se piensa. La elección de una narrativa o discurso construido socialmente depende de lo que los clientes "nos traen" y de la orientación o discurso que nosotros, producto de nuestra historia como terapeutas, llevamos a la interacción (como lo plantean Goolishian y Anderson citados en Gergen. 2011). Por esto

es tan importante reconocer desde esta mirada, los discursos propios que tenemos los psicólogos acerca de las drogas y de las personas que las consumen, ya que estos influyen en esta transformación o estancamiento, de un cambio en un proceso terapéutico. Tal como describe Gergen (2005), el papel de la reconstrucción narrativa y dialógica, es reorientar al individuo, abrir posibilidades de significación y acción más satisfactorias y más adaptadas a las situaciones de su vida.

Siguiendo la idea anterior, Hoffman (como se citó en Gergen, 2003) propone que no existe un "método construccionista social" de terapia, lo cual nos invita a flexibilizar el campo en el diálogo terapéutico y el aprendizaje mutuo entre dos personas, generando discursos múltiples necesarios para abordar distintas dimensiones de las persona en torno a su conducta, emociones y pensamientos en relación a la temática de consumo de drogas y otras dimensiones de interés personal involucrando su opinión.

Anderson (1997), en su enfoque de "sistemas de lenguaje colaborativo", propone una asociación colaborativa con el cliente. De allí que "la interpretación sea siempre un diálogo entre el terapeuta y el cliente, no el resultado de narrativas teóricas predeterminadas..." (Anderson, 1997. p. 134) y aún de preconceptos o prejuicios que el terapeuta ha construido en su quehacer como tal. En este sentido, las ideas principales de la autora describen que la importancia del terapeuta están dadas en sus habilidades en el saber cómo y no en el saber qué, dando importancia a la fluidez que posee la relación, la capacidad de colaboración y la creación de nuevos futuros. Esto, en el contexto de la psicoterapia en personas con problemas de consumo de drogas nos permitiría una forma distinta de abarcar un proceso terapéutico (saliendo del rol tradicional del médico que

sabe y que entrega la cura a alguien que no sabe lo que le pasa).

Por todo lo anteriormente descrito, es que se propuso en esta investigación realizar una propuesta alternativa a la visión tradicional, al seleccionar una visión epistemológica posmoderna, específicamente la del Construccinismo Social, llevada a la práctica clínica en el contexto de la terapia dialógica. Este trabajo, quiere ser un “aporte a las investigaciones psicoterapéuticas” anteriormente propuestas y complementa desde un enfoque clínico, la consideración de los aspectos socioculturales que están presentes en el proceso de un tratamiento de una persona con consumo de drogas y que influyen en los procesos de la relación terapéutica y el cambio. Un aporte que amplíe lo que ya se conoce en torno al conocimiento actual de tratamientos en los programas que tengan psicólogos y que trabajen con personas en esta temática. Además, de favorecer y ampliar la orientación en la práctica clínica en el tratamiento con personas que poseen problemas de consumo de drogas y que vienen condicionadas por sistema judicial asociado a desprotección de sus hijos.

## **CAPITULO III INVESTIGACION EN PSICOTERAPIA**

### **3.1. Planteamientos de la investigación en Psicoterapia**

Desde el punto de vista de esta investigación en psicoterapia, esta se fundamentará en las investigaciones desarrolladas por Krause desde la década de los noventa hasta la fecha actual (2005, 2006 y col.) y se sintetizan a continuación.

Según Krause et al (2006, pág. 300), describen que los aspectos de investigación en psicoterapia se asociaban a un problema metodológico, por lo cual plantean que se fueron generando por ende nuevas líneas de investigación, las cuales serían tres:

- El estudio de los “factores de cambio inespecíficos o comunes”.
- El estudio del “proceso terapéutico”.
- Los estudios que relacionan “tipos de tratamiento con tipos de problema”.

### **3.2 Los factores de cambio inespecíficos o comunes**

En la década de los 80’s, dada la dificultad de determinar los factores de cambio específicos, surgieron diversas investigaciones que intentaron determinar los “factores de cambio inespecíficos, denominándoseles actualmente “factores comunes” (Krause 2006 p. 301).

A través de estudios empíricos según Krause et al (2005), se compararon resultados terapéuticos obtenidos de profesionales con los de legos. En estos estudios no se pudo constatar ninguna diferencia esencial en lo concerniente a su efectividad terapéutica. De lo anterior, se concluyó que la efectividad dependía de los factores

inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, que son independientes de la formación profesional y de la experiencia del ejercicio en la psicoterapia. Hablar de factores comunes sin embargo, no significa que haya que renunciar a los factores específicos.

Como se cita en Krause: “los factores de cambio comunes incluyen condiciones generales de la terapia, tales como la alianza terapéutica, incorporando el aporte del terapeuta y del cliente a ella, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y en cómo se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos” (Orlinsky y Howard, 1978 como se cita en Krause, 2005). A esto se han agregado últimamente el potencial de autoayuda del cliente. La mayoría de los autores concuerda y señalan que la alianza terapéutica es como el determinante esencial del éxito terapéutico y es un factor de cambio común fundamental (Krause, 2005; Amezaga et al, 2014).

Por su parte, Asay y Lambert (1999) dividen los factores comunes de cambio en cuatro áreas generales, a las cuales asignan un porcentaje en función de su contribución a las mejoras de las personas en psicoterapia: factores del cliente y eventos extra terapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y, factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%) (Citado en Krause, 2006).

Replantearse la definición de lo específico, desligándolo de las escuelas terapéuticas particulares, ha llevado a unir la noción de “factores comunes” con la búsqueda de los mecanismos, procesos y acciones responsables del cambio. Para lograr

este objetivo, se está estudiando actualmente el proceso terapéutico mediante la determinación de episodios de cambio y también su opuesto, vale decir, episodios de estancamientos, a fin de profundizar en las interacciones terapéuticas ligadas al cambio (Fernández et al, 2012).

### **3.3 Investigación sobre proceso**

Valdés et al (2005) describe que esta línea de investigación se centra tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda. Posteriormente en los párrafos siguientes se citan conceptualizaciones acerca del proceso terapéutico realizadas por Krause (2005, 2006) diciendo que se entendió la terapia como una sucesión variable de segmentos, períodos o fases (Bastine et al., 1989 citado en Krause 2006), desarrollando estrategias metodológicas que permiten el análisis de las relaciones secuenciales en los datos” (Marmar, 1990; Kowalik, Schiepek, Kumpf, Roberts, & Elbert, 1997; Mergenthaler, 1998 citado en Krause 2006). Este tipo de estudio, según Krause et al (2006), han contribuido con nuevos conocimientos a la investigación en psicoterapia, ya que involucra el punto de vista subjetivo de los pacientes y los terapeutas.

Por último, la investigación del proceso terapéutico ha tenido como efecto colateral el hecho de producir conocimientos que resultan relevantes para la práctica (Goldfried et al., 1990; Marmar, 1990; Orlinsky, 1994 citados en Krause 2006), dando mayor énfasis en estudiar terapias “reales”, en investigar problemas que tengan relevancia para la práctica psicoterapéutica y en encontrar un lenguaje común entre

investigadores y terapeutas.

La apreciación de transformación o avance se encuentra dentro de un marco epistemológico y teórico de la práctica terapéutica respectiva, como es la terapia dialógica sustentada en el construccionismo social en el caso de esta investigación del caso de una mujer que posee problemas de consumo de Cocaína y es obligada por Tribunal a asistir de manera obligatoria.

En términos teóricos, los cambios de significados han sido conceptualizados como cambios en las “teorías subjetivas del consultante”, concepto definido por sus autores (Groeben, Wahl, Schlee, y Scheele, 1988, citado en Krause 2005) como cambios en la visión de sí mismo y del contexto que lo circunda.

Al interior de la construcción de esquemas conceptuales se pueden distinguir tres momentos sucesivos: a) el establecimiento de relaciones entre síntomas, experiencias vitales, (actuales y pasadas) afectos y conductas; b) la elaboración de constructos subjetivos sobre sí mismo y la propia biografía; y, c) la construcción de “teorías” sobre sí mismo y la relación con el mundo, incluyendo la propia historia de vida (Krause, 1998 citado en Vilches-Álvarez, 2005).

En este marco conceptual, el cambio terapéutico consistirá en un proceso de construcción de nuevos modos de interpretación, significación y explicación acerca de “su realidad” como mujer con problemas de consumo de cocaína la cual es narrada por la consultante. Este proceso de construcción cognitivo y afectivo orientará la acción del (la)

sujeto que está dialogando y reflexionado en el proceso terapéutico.

### **3.4. Contenidos generales del cambio psicoterapéutico e Indicadores Genéricos de cambio**

Tanto la investigación de factores comunes, como la de proceso terapéutico según Krause (2006) aportan información valiosa sobre contenidos de cambio, es decir, información que permite responder la pregunta ¿qué es lo que cambia? La respuesta a dicha pregunta se puede buscar en los síntomas, en las conductas, o en la esfera de lo representacional; incluye tanto aspectos afectivos como cognitivos; y se pueden co-construir a partir de la narración y autopercepción del consultante, de la percepción del terapeuta o a partir de la observación de expertos externos.

Se utilizó, la denominación Indicadores Genérico de Cambio, ya que dichos indicadores se construyeron a través del análisis de contenido de 20 procesos terapéuticos aplicando diferentes modelos terapéuticos (psicoanalítico, cognitivo conductual, Construccionalista social), al identificar frases similares que los representaban. Se definió como un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación de las personas que asisten a terapia lo que les permitió el desarrollo de nuevas teorías subjetivas. A través de los diferentes procesos se observó cómo y cuándo el consultante en su diálogo y reflexión con el terapeuta iba co-construyendo nuevos significados que se focalizaban en diferentes dimensiones de su pensamiento, emociones y comportamiento.

Los resultados sobre la evolución del cambio muestran que éste es un proceso con etapas sucesivas, que comienza antes de la terapia y continúa durante y aún después del término de ésta, y que combina factores intra- y extra-terapéuticos. Se desarrolla en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación del consultante se va incrementando progresivamente e incorporan en forma importante la teoría terapéutica del terapeuta (Krause, 2005). Sin embargo, ello no significa que durante los diferentes procesos terapéuticos estos indicadores de cambio subjetivo se van a identificar estrictamente en el orden establecido teóricamente, en forma secuencial y lineal, ni menos que ellos sean buscados intencionalmente por el terapeuta, ya que en la co-construcción de significados se aprecia la recursividad de los procesos cognitivos y lingüísticos (Vilches-Álvarez, 2005).

Figura 1. Indicadores Genéricos de Cambio, Tabla elaborada por el Programa Chileno de Investigación, Psychotherapy and Change, dirigido por M. Krause (Proyecto Fondecyt No 1030482)(2003-2005).

<p><b>I. Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aceptación de la existencia de un problema.</li> <li>2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.</li> <li>3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.</li> <li>4. Expresión de esperanza.</li> <li>5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción.</li> <li>6. Expresión de la necesidad de cambio.</li> <li>7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.</li> </ol>
<p><b>II. Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.</li> <li>9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.</li> <li>10. Aparición de sentimientos de competencia.</li> <li>11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos.</li> <li>12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.</li> <li>13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.</li> </ol>
<p><b>III. Construcción y consolidación de nuevos entendimientos</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.</li> <li>15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.</li> <li>16. Autonomía en cuanto al manejo del contexto de significado psicológico.</li> <li>17. Reconocimiento de la ayuda recibida.</li> <li>18. Disminución de la asimetría.</li> <li>19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno.</li> </ol>

En síntesis, existe la posibilidad de identificar indicadores de cambio durante y en distintos momentos de la terapia aplicando diferentes modalidades psicoterapéuticas. Estos se identificarían en la verbalización del consultante, la cual focaliza en el contenido del momento de cambio y en el contexto de la interacción terapéutica y fuera de éste (Krause *et al.*, 2006; Valdés *et al.*, 2005; Vilches-Álvarez, 2005).

Este procedimiento de análisis de las tópicos de la información de esta investigación fue realizado mediante un análisis de contenido sustentado en las investigaciones sobre teorías subjetivas y proceso terapéutico y en base a la experiencia del trabajo de investigación desarrollado largamente (2003- 2011 y siguientes) por el equipo Psychotherapy and Change sobre proceso terapéutico. Tal como se describe Krause (2006), el concepto “teoría subjetiva”, el cual ha tenido su mayor presencia en la psicología europea, donde Flick (como se cito en Krause, 2006) llega a la conclusión de que el concepto actualmente se utiliza en forma mucho más amplia que en sus orígenes, simplemente para hacer referencia al hecho que las personas desarrollan modelos explicativos acerca de sí mismas y de su mundo circundante, los que las orientan en su acción.

## **CAPITULO IV OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PREGUNTAS**

### **DIRE CTRICES**

#### **4.1.OBJETIVO GENERAL:**

Describir el proceso psicoterapéutico utilizando el enfoque dialógico, de una persona que es enviada desde el Sistema judicial a tratamiento obligatorio por consumo de drogas.

#### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Analizar los cambios de significados que se co-construyeron durante la evolución del proceso psicoterapéutico, en relación a las dimensiones de imagen de sí misma, al ámbito familiar, judicial y con el uso de drogas.

2. Identificar los Indicadores Genéricos de Cambio observados en el discurso de la consultante durante el proceso psicoterapéutico y que nos señale la evolución de este.

3. Describir los cambios en la percepción subjetiva acerca del bienestar psicológico de la consultante, entre el inicio y al final del proceso psicoterapéutico, a través de la aplicación del cuestionario OQ-45.2

### 4.3. PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cómo se percibe a sí misma, una persona enviada a tratamiento obligatorio por consumo de drogas y cuestionada, por el sistema judicial, en su rol de protección materna?

2. ¿Cómo se percibe una persona que consume drogas en sus relaciones contextuales

3. ¿Cómo una persona que acude a tratamiento por consumo de drogas percibe a las personas tratantes?

4. ¿Cómo evoluciona el proceso terapéutico de una persona enviada a tratamiento obligatorio por consumo de drogas, aplicando el modelo terapéutico de terapia dialógica y colaborativa

## CAPITULO V MARCO METODOLÓGICO

### 5. 1. Diseño de la investigación

Debido a los objetivos de este estudio, las preguntas directrices y la epistemología construccionista, se propuso una metodología de tipo “cualitativa” que permitiera conocer los significados particulares de una consultante durante su proceso psicoterapéutico. Tal como lo plantean Taylor y Bogdan (1987), la investigación cualitativa se caracteriza por ser ‘inductiva’, utiliza un diseño de investigación flexible lograda mediante la reflexión, con interrogantes sólo vagamente formuladas. Krause (1995) describe que la finalidad de la investigación cualitativa es indagar en los procesos subjetivos altamente complejos, motivo por lo cual, se requirió un enfoque que dio espacio a la emergencia libre y espontánea de la subjetividad del discurso. Otra justificación del uso de metodología cualitativa es la finalidad de estudiar procesos de cambio en el discurso, asociado a las nuevas líneas de investigación de procesos terapéuticos (Krause, 1995, 2005, 2006; Valdes, 2005, Vilches-Álvarez, 2005).

Como describen Strauss y Corbin (1990, citados en Krause 1995) “Para lograr esto, el investigador requerirá de sensibilidad teórica y social, es decir, la habilidad de mantener una distancia analítica mientras, al mismo tiempo, utiliza la experiencia pasada y el conocimiento teórico para interpretar lo que está viendo (p. 28).

Esta investigación utilizo el diseño de estudio de caso, el cual corresponde a una investigación empírica e integradora, lo cual fue la finalidad de esta investigación. Según las ideas de Yin (1994), definen el propósito del estudio de caso, manifestando que

se busca la particularidad, no la generalización, la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en sus propias circunstancias y la especificidad del caso que es algo complejo que debe ser interpretado en su funcionamiento. Busca estudiar un fenómeno dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.

El tipo de estudio que orientó esta investigación fue “exploratorio descriptivo e interpretativo”, ya que se indagó en el discurso que expresó una persona respecto a sus propias experiencias. Este estudio, priorizó y analizó los datos recopilados, por lo cual fue de tipo inductivo y circular en la recolección de información, asociado al rasgo central de los estudios cualitativos.

Si bien existen estudios sobre tratamiento en personas que están en tratamiento con drogas, existen pocos realizados con un enfoque construccionista dialógico lo que exige acuciosidad y flexibilidad, proponiendo un análisis de contenido de la narrativa de la consultante. Esto es lo que hace interesante investigar y proponer esta metodología y más aun con mujeres que acuden a tratamiento obligatorio por condición judicial.

Los aspectos longitudinales están considerados en este estudio, ya que se realizaron nueve (9) sesiones en el transcurso de 14 semanas a una persona que está en tratamiento.

## **5.2. Descripción de la metodología**

El universo en este estudio, está constituido por todas las mujeres consultantes

adultas con problemas de consumo de drogas y enviadas por Tribunal de Familia de San Antonio a tratamiento obligatorio a Centro de Salud Mental Comunitaria Casa azul, perteneciente a Hospital Claudio Vicuña de San Antonio. La muestra utilizada fue teórica e intencional, seleccionado una consultante que cumpliera con las condiciones requeridas para el estudio (mujer adulta, consumidora de droga, en tratamiento en Consultorio de Salud Mental). Se le invito a participar de manera voluntaria en una investigación de un proceso psicoterapéutico, el cual sería grabado, transcrito, sería parte de un estudio de investigación y todos sus datos de identificación serían confidenciales (ver anexo consentimiento).

Para lograr los objetivos propuestos en esta investigación, los datos se obtuvieron de nueve sesiones de un proceso terapéutico, y en las cuales se abordaron distintas temáticas que surgieron durante la conversación y reflexión conjunta entre terapeuta y consultante.

### **5.3 Procedimiento de recopilación y registro de la información**

Cada sesión fue grabada en modo audio y luego transcrita, por el investigador etiquetándose en forma secuencial, con las fechas correspondientes. Posteriormente fueron revisadas por ambos psicoterapeutas, el investigador y la profesora guía, con la finalidad de cotejar criterios intersubjetivos y realizar triangulación de los datos respecto al material obtenido, lo que permitió identificar los Indicadores Genéricos de Cambio y sus respectivos Momentos relevantes. Además, se definieron las temáticas que la propia consultante abordaba y que al mismo tiempo permitía cumplir los objetivos y preguntas

propuestas en este estudio de caso.

Para lograr la identificación de los indicadores de cambio, se requirió que se cumplieran los requisitos establecidos en investigaciones anteriores (Krause et al 2005; Vilches-Álvarez, 2005) los que se describen a continuación:

a) Correspondencia teórica, coincidencia con los contenidos de los indicadores correspondientes a la teoría del cambio subjetivo;

b) Verificabilidad: Que el cambio fuese observado durante la sesión.

c) Novedad: Que su contenido apareciera por primera vez.

d) Consistencia: Que fuese confirmado por conductas coherentes al indicador de cambio señalado.

e) Constancia: que el cambio permaneciera en el tiempo, es decir, no fuese contradicho en momentos posteriores, ya sea dentro de la misma sesión o en sesiones posteriores.

#### 5.4 Procedimiento de análisis de la información

Este procedimiento se realizó mediante el registro de audio de las sesiones y posterior transcripción de las mismas. Durante las sesiones se abordaron las diferentes temáticas planteadas desde el motivo de consulta como las nuevas surgidas durante el proceso pero siempre considerando el interés de la consultante y no del terapeuta. Esto fue un proceso fluido ya que siempre se focalizó en realizar una indagación conjunta entre

terapeuta y consultante. Durante esas sesiones .Luego se revisaron las narraciones realizando el análisis de contenido que hizo la persona en torno a sus experiencias, en las distintas interacciones y en los diferentes contextos relacionados con las temáticas que la consultante abordaba en la psicoterapia.

En el acápite desarrollo del proceso terapéutico, se transcribió cada párrafo del relato de la cliente durante la sesión según se identificaban los Indicadores Genéricos de Cambio (IGC), en torno a contenidos de cambio. Además, se hizo diferencia si el contenido significativo era referido al momento mismo en que se realizaba ésta (intrasesión) y aquellos referidos a un contexto fuera de la sesión (extrasesión) los cuales son representados en un cuadro y un gráfico. Luego se realizó un análisis de frecuencia por sesión y un análisis de frecuencia por niveles de cambio (Nivel I, Nivel II y Nivel III), a modo de describir el patrón de presentación, la evolución y trayectoria de los ICG.

Paralelamente a la identificación de los indicadores de cambios, se fueron identificando los primeros significados que describe la consultante y cómo fueron evolucionando en torno a la construcción de estos respecto a las temáticas específicas conformando diversas categorías y subcategorías. Para esto, se utilizó el formato para el análisis de contenido del discurso de la persona, que permitió crear la categorización abierta de estas interacciones referidas en forma particular a este caso, Con ello se logró la función de ir diferenciando la construcción de significados en relación a las categorías que son las que son señaladas en resultados obtenidos.

Para complementar el análisis de la información obtenida durante el proceso terapéutico según la identificación de los indicadores de cambios y el analisis de las

tématicas propuestas, se planteó previamente a cada sesión la aplicación de cuestionario OQ-45-2, con la finalidad de conocer la autopercepción del bienestar psicológico de la consultante desde el principio hasta el final del proceso de tratamiento y observar cambios con la finalidad de tener más datos para responder el tercer objetivo específico y la evaluación del cambio por parte de la propia persona tratada. Éste cuestionario, se focalizo en tres aspectos: Sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Cabe considerar que a pesar de ser el OQ-45.2 un instrumento de preguntas pre establecidas fueron respondidas en una modalidad de autoregistro en dimensiones cualitativas. Los datos aportados por este instrumento fueron incluidos y complementaron al análisis cualitativo propuesto en esta investigación, ya que se refiere a aspectos cualitativos apreciados por la consultante durante el tiempo de transcurrir el proceso terapéutico, con la finalidad de triangular e integrar más datos en esta investigación.

## 5.5 Consideraciones éticas

El presente estudio, se enmarco bajo principios éticos elementales, cuya determinación consistió en asegurar la dignidad e integridad de la persona involucrada. Para ello, se tuvo especial cuidado en el manejo de la información para resguardar las identidad de ella, cambiando el nombre de la consultante y evitando dar antecedentes respecto a lugares que pudiesen dar cuenta de ella y sus familiares. Cabe destacar, que desde el momento de ella acudió el centro público, se estableció el vínculo con la persona y luego en una segunda instancia se le informa del proceso académico del tratante y del tipo de estudio junto con el propósito de la investigación, generando un espacio de

confianza donde ella decide participar deliberadamente del estudio, esto “en concordancia con el 95 imperativo kantiano de considerar al ser humano como fin en sí y no como medio” (CONICYT, 2007, p.13).

Se respalda dicha decisión por medio de la lectura conjunta del documento consentimiento informado, en el cual se informa respecto del sentido del estudio y el modo en que ella participara junto al terapeuta, permitiendo medios para poder grabar las sesiones y el resguardo de la confidencialidad de los contenidos que serían transcritos y utilizados solo para fines investigativos. Se le dejo una copia del consentimiento y se le describe que cualquier duda puede comunicarse con la escuela de psicología donde salen los datos en el mismo consentimiento (ver anexo consentimiento).

## **CAPITULO VI: PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO**

### **6.1. Identificación de la consultante**

Nombre Consultante: Luisa Edad: 31 años

Estado civil: Soltera

Nivel educacional: Universitario Incompleto: Un año Técnico en Educación Parvularia.

Nº sesiones programadas: 12      Sesiones asistidas: 9      Asistencia: 75%

Etapas del proceso: En fase intermedia.

Fecha ingreso: 15 /08/2016. Fecha informe final: 16/12/2016.

### **6.2. Motivo de referencia**

Luisa es referida por Tribunal de Familia de San Antonio al Centro de Salud Mental ya que la matrona de su consultorio que la atendía pesquizó consumo de cocaína. Este comportamiento también se había presentado en embarzos anteriores. El equipo Gineco Obstetra de Cesfam y el Hospital determinó que acudiera a centro de tratamiento de drogas, lo cual ella hizo en Abril del 2016, pero el procedimiento no realizó.

En el momento del parto, el equipo de Ginecología y Trabajo Social del Hospital Claudio Vicuña de San Antonio realizó solicitud de “protección a la hija” al Tribunal de Familia de San Antonio, dadas las condiciones de salud que presentó al nacer (bajo peso y estatura, llanto constante y problemas auditivos) y condiciones de alto riesgo psicosocial (bajo ingresos económicos, problemas infraestructura de vivienda, violencia conyugal y de consumo de Cocaína) que no se estaban tratando. El Tribunal de

Familia decreta medida de protección, lo que significó que la niña quedo hospitalizada algunos días bajo supervisión médica (hasta el día de la audiencia) y la usuaria fue dada de alta (con posibilidad solo de visita a su hija) para asistir a audiencia obligatoria en Tribunal. Después de su primera audiencia, le entregan a su hija, asumiendo la obligación de a asistir a Evaluación y Tratamiento a diversos Centros de la Red.

Ante lo anteriormente descrito, ella dice lo siguiente:

*“tengo que estar en seis meses más habría otro juicio y claro, porque no había tampoco informe toxicológico, yo creo que algún examen tendrían que hacerme acá supongo y después un informe que tienen que entregar ustedes mensual sobre [...] porque yo creo que después les va a llegar la resolución de lo que pasó en el juicio y es que mensualmente me estén viendo o cada dos meses, no estoy segura”.*

Ella continua:

*“es como un año que voy a estar aquí en Casa Azul (nombre que le dan al Centro Comunitario de Salud Mental) y esto como droga, como alcohol, marihuana y cocaína. ¿Si en algún momento me quiero tomar no sé, una cerveza, entonces eso es malo?” “Estoy siendo parte de una adicción, porque eso a mí me tienen como eso, como que la adicciones son para todo eso, ¿cachay? Es trago, de marihuana y cocaína”.*

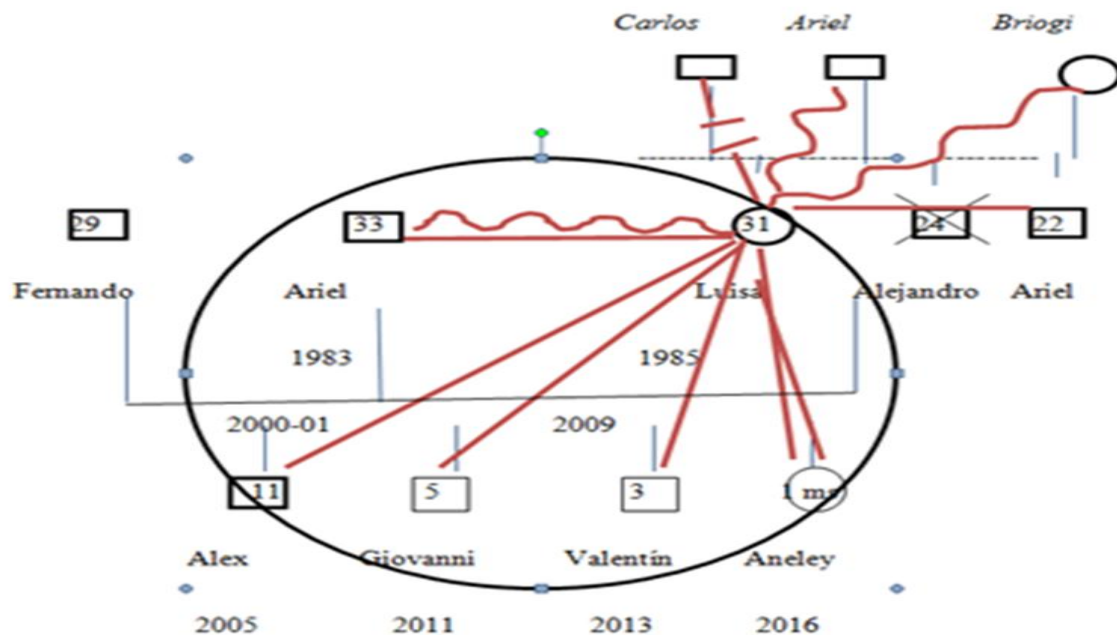
### 6. 3. Motivo de Consulta

El motivo de consulta de Luisa, se contextualiza en un mandato que debe cumplir obligatoriamente por Tribunal de familia, el cual ella cumple por temor a perder el cuidado de su hija y de los demás hijos.

Luisa describe:

*“Yo sé que si tenía un condoro que era que consumía la droga, y que a lo mejor de repente gastaba plata que quizás no debía gastar, porque en el fondo estar jalándose la plata no es gracioso... de verdad*

### 6.4. Antecedentes familiares y Genograma



La consultante, Luisa, de 31 años, trabaja informalmente como comerciante ambulante. convive hace 7 años con Ariel de 33 años, quien se desempeña en empresa constructora como maestro en fierros de manera informal. Ellos tienen tres hijos de esta relación: Giovanni, 5 años, quien esta en Kinder; Valentín de 3 años y Aneley de 1 mes. Además vive con ellos, el hijo de Luisa de su relación anterior, Alex de 11 años, quien esta cursando 3ero básico actualmente. Posee una relación ambivalente emocionalmente con su pareja, cercanía afectiva con sus hijos y su hermano menor.

### **Relaciones con su familia:**

La relación con su pareja la describe como problemática debido a temas asociados al consumo de drogas de ambos: celos, conductas de maltrato verbal y físico de manera bidireccional, por lo cual terminan constantemente separándose por un tiempo. Ella narra:

*“yo creo que ya es separación es que ya esta no es la primera vez poh...se repite muchas veces y siempre es sobre lo mismo y ya no me quiero sentir más mal porque me hace sentir mal, me hace sentir ... me cuestiono de repente las cosas que me dice poh”.*

En torno a la relación con los hijos, ella cometa que tiene buena relación con todos y los ama. Con Alex, quién fue criado en sus primeros 7 años por su madre, padrastro y hermano de ella, actualmente tiene muchos problemas y como no se lleva bien con su pareja se irá a vivir con su papá biológico, por mutuo acuerdo.

En relación a sus hijos Giovanni y Valentín presentan problemas de comportamiento en casa y en el colegio. Teniendo quejas reiteradas por Giovanni a nivel escolar. Con su hijo Valentín solo tiene problemas por su comportamiento asociado a que no se quiere poner ropa y quiera andar desnudo. Y con la bebé Aneley, siente que ella significa muchas cosas para ella y que la ama mucho.

Ella narra lo siguiente:

*“Yo nunca eh vulnerado los derechos de ninguno de mis hijos, yo ....siempre todo tiene sus controles, tienen su ...van al colegio, su...le compro su uniforme, o sea lo normal que uno como mama tiene que hacer”, “pero ninguno esta desnutrido ni sobre peso ni tiene los dientes para la embarrada ni nada, o sea, sin problemas ...yo he tenido por ejemplo lucho con el grande que se lave los dientes, pero no por eso yo lo tengo así como que anden todos cochinos, anden desaseados.”*

### **Relación con la familia de origen:**

Ella describe mala relación con familia de origen por parte de su madre y padrastro, porque siempre la trataron mal con descalificaciones. Ella relata lo siguiente:

*“ellos sabían que abusaban de mi si po, lo sabían porque mi tía una vez vio cuando yo tenía como ocho años ella vio a mi padrastro abusando de mí”. “Todos sabían, sabían que mi padrastro hacia esas cosas”[...]“Ellos siempre decían que yo era la hija del ladrón. Entonces yo*

*siempre iba a ser ladrona.*

Respecto a la relación con su mamá, ella dice:

*“no entendía porque mi mamá no me quería. No entendía porque estaba ahí, no entendía porque. Pensaba que no se, mi mamá iba a ser algo para sacarme de ahí. Que iban a mejorar cosas que nunca mejoraron. Hasta el día de hoy, me puedo sentir esperando que a lo mejor (ríe). Pero yo las entiendo ya cachay. Ya vivo con eso, ya no me duelen cachay. No son temas.”*

La relación con su padrastro, la define como variable, pues él abusó varias veces de ella, lo cual es un secreto, según su narración. Sin embargo mantiene una relación con él, pues es la pareja de su mamá y el papá de su hermano menor. La relación con ambos la describe de la manera siguiente:

*“soy yo la que les dice las cosas, como si yo fuera la mamá de ellos a ellos dos y yo los junto y los reto a ellos dos y ellos me reclaman del Yayo a mí, y como ellos me reclaman a mí, yo soy como la mediadora. Esa es mi relación en entre ellos, mis papás y mi hermano”*

En cuanto a la relación con su papá biológico ella comenta:

*“Desde que conocí a mi papá y el término de defraudar yo creo que desde ahí me hubiera matado”. “ahora el me busca a mí (ríe) ahora me habla por el whatsapp”, “Yo ya sé que él es loco y yo lo quiero. Él es mi papá y nada más”*

En relación con sus hermanos menores las define como muy significativas. Uno de ellos falleció el 2011. Sin embargo ‘él la protegía y la protege a la fecha’. Actualmente ella se siente protectora del otro hermano menor.

### 6.5 Antecedentes relevantes al dilema planteado

Luisa plantea como motivo de consulta y antecedentes explicando que desde los cinco años comenzó a vivir experiencias de negligencia, maltrato verbal y situaciones de abuso por parte de familiares de su padrastro. Ella relata lo siguiente:

*“que en mi casa siempre me trataban “marica para arriba, maraca para abajo”, yo era la maraca para mis tías porque mis tíos abusaban de mí. Era la maraca para mi abuela, porque mi abuelo abusaba de mí, porque para ellas como que yo permitía todo eso”. Vuelve de describir: “yo era la maraca para mis tías porque mis tíos abusaban de mí. Era la maraca para mi abuela, porque mi abuelo abusaba de mí, porque para ellas como que yo permitía todo eso, porque yo igual...ellas sabían que de repente ellos igual me daban plata o te regalaban un pantalón y yo lo veía como que igual era mi culpa porque yo lo permitía poh. Pero ya estaba acostumbrada, ya que de los cinco años venía pasando”.*

Luego de esta situación reiterada, ella a los quince años la llevaron a un hogar de niñas donde estuvo hasta los dieciocho, debido a que la mamá de una amiga a la cual le contó el abuso de su padrastro denuncia situación a carabineros y le dejan protegida en Hogar de Niñas. Ella describe que su inicio de consumo de sustancias se inició como a las 13 años, debido a lo siguiente:

*“porque yo me arrancaba a tomar copete por ejemplo con mis compañeros. Llegaba volada porque ya conocía la marihuana, yo en ese tiempo fumaba, como que era para arrancarse lo típico de chico uno, arrancarte de los problemas te volabas poh...y me curaba y todo. Y yo veía que dormíamos en una pieza con mis papas y que nadie se preocupaba por mí, como no se iban a dar cuenta que yo estaba curada, como no se iban a dar cuenta que yo estaba volada.”*  
*[...]“porque yo siempre para mi familia era la drogadicta, porque fui la primera que fue marihuana, cachay? La oveja negra se puede decir de la familia y a parte soy la mayor...”*

Plantea historia de familiares de su madre y padre y padrastro con consumo de alcohol, relatando lo siguiente:

*“Pero si tú los miras a ellos, como que tienen la media cagada en sus vidas, porque igual tienen problemas con el copete pero nunca se han fumado un pito ni coca”.*

Sus hermanos también tienen experiencias y dependencias de consumo de drogas. En torno a Alejandro señala:

*“estaba más viejo como a los 23 años Ahí empezó a fumar marihuana. Pero si conoció también la coca”. En torno a Ariel (yayo) “Por lo mismo mi otro hermano está fumando pasta, el siempre llora y reclama que se siente solo, que no le dan cariño...”*

Luisa narra que el tema del consumo de drogas cocaína de ella, también lo hace con su pareja. Él además tiene consumo de alcohol y pasta base. Se suma a lo anterior, su historia su comportamiento emocional y haber sufrido maltrato:

*“yo siempre que yo lo echo, lo echo, lo echo. Pero después me arrepiento y lo llamo, soy terrible de estúpida. Por qué sé que está mal, y es lo que no quiero, pero siempre yo lo extraño y lo busco”.*

Finalmente, narra que después del parto, cuando ella sale de alta y dejan a su hija en el Hospital como medida precautoria y cuidado y antes de la audiencia en Tribunal se sintió muy mal.

*“Estuve con indigestión varios días antes de la audiencia. Me enfermé de la guata no sé, pensaba que podían ser los nervios, el susto”... “Dos tres días estuve con indigestión...”*

Esto la moviliza a problematizar tema del consumo de droga y alcohol, pues no quiere perder a su hija ni abandonarla.

## **CAPITULO VII. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL DESARROLLO DEL PROCESO TERAPEUTICO**

A continuación, se presentaran los resultados obtenidos en esta investigación, los que confirman la posibilidad de establecer la evolución de un proceso psicoterapéutico, a través de un análisis de las verbalizaciones de Luisa durante el diálogo colaborativo y generativo entre terapeuta y consultante, en forma similar a lo realizado en las investigaciones realizadas por Krause y col, (2005-2011). Se describiran primero las dimensiones según temáticas planteadas por la consultante y su evolución. En segunda instancia, se presentaran los Indicadores Genéricos de Cambio identificados en la verbalización de la consultante y finalmente se presentaran los datos obtenidos con instrumento el OQ 45.2 registrado en cada sesión de esta investigación.

### **7.1- Resultados según temáticas planteadas por la consultante**

En este acápite del trabajo, se narraran las temáticas planteadas como dilemas de la consultante al inicio del proceso y de inmediato se narrarán los cambios de significados a dichas temáticas durante el proceso terapéutico. Se agruparon las narraciones en base a las diferentes dimensiones relacionales de la consultante las que se describen a continuación.

Dimensiones Imagen Personal: *a) imagen de sí misma; b) relación con su familia*

*de origen; c) relación con su familia nuclear d) relación con los tratantes; e) relación con el contexto judicial; f) relación con el uso de las drogas.*

#### 7.1.1. Imagen de sí misma

Esta categoría describe cómo Luisa se percibe a sí misma y en sus distintas relaciones según sus relatos, los cuales son presentados en torno al como fueron desde el principio de las sesiones y luego en su desarrollo del proceso.

En el principio, Luisa describe en su relato ideas de desorientación en la vida, donde se dejaba llevar por todo, se descalifica como tonta por ayudar a otros y no a sí misma en resolver problemas y se define como muy sentimental.

*[...] porque yo era pava igual, para dónde iban y me llevaban yo iba, yo no decía no, no sabía lo que es decir no, no decía está wuea no me gusta, no, yo era al viento. (S2, P 67)*

*[...] Es que yo soy muy buena. Soy muy tonta de repente en ese sentido por que ayúdo a todos en lo que más puedo aunque mi vida sea un caos y un infierno. (S 4, P 71)*

*[...] (inhala profundamente) no sé, es que lo pasé tan mal yo creo. De verdad que lo pasé tan mal. Tan mal que para mí... A lo mejor soy muy sentimental, que yo hasta con las cosas de la tele lloro. (S 4, P 86- 91)*

Luego Luisa en desarrollo del proceso de tratamiento, relata sentirse distinta,

consciente de sus errores, más madura, querida por las personas, donde cambia hábitos asociados a horarios de despertar y dormir, además de disfrutar más diversas actividades.

*[...] Lo que si aprendí de ahora a la vez anterior que no voy a cometer los mismos errores... cachay?. Yo quise salir porque yo de verdad... por la plata... por el cansancio... por el cuerpo... porque de verdad puedo disfrutar de otras formas. Mira... tengo pensado...quiero hacer deporte... quiero hacer pool dance. Me gusta mucho eso... me gusta mucho. Ahora es un deporte. (S 3, 113-114).*

*...alerta, sí. Y como con mis sentidos más madura...se puede decir la palabra porque era muy pendeja antes en mi forma de pensar, muy como que solucionaba mis problemas hueviando.(S3-P 178)*

*Bien poh...me siento bien. Cachay?. Tranquila, no sé. Me siento Feliz de estar conmigo con lo que estoy logrando y digo “ay, ya bacán todo”... [ ]. (S 4, P 37)*

*[...] si poh.... de sentirte claro...de sentirte sola, vacía, no querida, no respetada, no escuchada, no entendida. cachai. Pero me siento distinta poh. Sé que soy inteligente. Sé que hay mucha gente que me quiere a lo mejor no es mi mama así con toda la cuestión [...] (S5, P 65)*

*[...] Me siento viva. ¿Sabes hace cuánto tiempo yo no veía el día así completo con la tardes?...es así bacán poh. Es bacán, me despierto todos los días a una hora, me quedo dormida a una hora. No sé, disfruto a mi hijo, puedo ir al cine, puedo ir al cerro. (S 5, P 207)*

Durante el desarrollo de las sesiones, ella relata además sentirse más tranquila, reconociendo errores pasados y cosas malas que le ocurrieron, pero proyectando un futuro distinto y bueno, ya que se siente más segura (clara) y responsable de este.

*[...] Esto es como grato, es como...como me da una sensación de tranquilidad, de que siento de que yo eh hecho mis cosas mal, pero que después de tantas cosas malas, que las cosas que tienen que ver que yo tome malas decisiones y las cosas que no tienen que ver porque no pasaron por mis manos, que ya eh sufrido harto y como que ahora se me viene lo bueno poh. Porque ya eh hecho todo lo malo poh, ya sé que es lo que no tengo que hacer. Y voy súper clara. [...]*

*[...] yo sé que lo que me viene yo lo estoy buscando porque yo hago mi destino poh. Yo soy la que construye las cosas hacia mi futuro. Y yo lo que estoy haciendo ahora es como armando mi presente para tener un mejor futuro. (S 6, P 130 -132)*

Luisa relata cambios físicos, donde se siente más feliz y satisfecha con lo que hace. Asume además que puede hacer más y mejores cosas, lo cual antes no relataba.

*[...] Si, estoy más gordita (ríe) [...] Estoy feliz. En serio que estoy feliz. A menos en que me conformo al menos yo no pido grandes cosas cachay. Y en este día me siento feliz porque estoy conforme con lo que estoy haciendo. Estoy satisfecha. Sé que lo puedo hacer más mejor todavía. Voy mejorando... [ ] (S 5, P 235-237)*

Narra además en el proceso un cambio en torno a su imagen y relaciones sociales, lo cual la pone muy contenta:

*[ ] Me ponen de ejemplo igual en la sala. Igual es bacán. Porque dicen que yo soy una persona Resiliente. Yo sé lo que es eso. Entendí. De que uno tiene la capacidad de enfrentarse un problema, de dar un argumento. Para que una después, cuando uno tiene un conflicto, saber cómo enfrentarlo. Como resolverlo y todo. Y querían...que yo soy así, que yo soy un ejemplo y todo. Igual para mí es un orgullo. Es un orgullo. Entiendo todo lo que la profesora explica. Son casi todas señoras de edad. Todas...cada una con su historia y con sus cosas, pero súper buena gente. (P 6, 170)*

Luisa relata que se observa a sí misma cambiada en su modo de relacionarse con las personas y viceversa. Que se siente más libre y con más personalidad. Que se siente bien al sentir que se relaciona con los demás como antes.

*Uno igual anda de otra actitud. De verdad que es distinto. Ahora volví a ser como era antes. Yo soy la que molesta en el curso, el otro día hubo una convivencia en la feria del trueque y así fue como que la que más me hice notar dentro de todo, porque yo tengo la personalidad de hablar y de pararme frente a la gente y hablar. Dar un chiste o tirar una broma. Cantar una canción, un karaoke. Cachai. Estoy volviendo a....estoy volviendo a hacer las cosas que a mí me gustan. (S 7, 183)*

Luisa describe elementos de proyección de negocio asociado a mejorar su futuro, donde describe expectativas de cambios

*C: solamente que cuando yo lo logre hacer deliveri y que funcione de noche y a pedido y que llamen, que nosotros tengamos un lugar especifico para trabajar, que es para lo que estoy estudiando igual, aprender a manejar eso. Yo creo que me va a funcionar super bien, porque ella no va a ser mi competencia (S8, P 26).*

También Luisa describe que ha percibido un cambio en la forma de como la ven y tratan los demás en el presente, desde le reconocen los cambios. Observa además un cambio en su aspectos de su pensamiento y emoción, lo cual queda expresado en las siguientes frases:

*[...] ...es que todos dicen que me ven y que no me reconocen... Como que todos me han visto en la calle” ohh, la Luisa” porque dicen que heché más cuerpo, que estoy más bonita. Que se me nota en la cara. Yo digo “si, porque estoy feliz po” y ahí se ve. (S 9, P146)*

### **7.1.2 Relación con su familia nuclear**

Este item, describe los relatos que poseía Luisa en torno a sí misma y su relacion con su pareja y sus hijos durante el principio y el desarrollo de las sesiones.

En el principio de las sesiones, Luisa describe que ambos, con su pareja, tienen que asistir a controles de manera obligatoria según dictamen judicial al centro de

Tratamiento para parejas que viven Violencia, pues describe que ambos tienen una relación de violencia desde hace mucho tiempo. Al principio de la psicoterapia ella describe que estaban juntos conviviendo, pero que debido a diversas crisis en distintos momentos han existido diversas separaciones con discusiones que, según su relato la hacen sentir mal y afectan su imagen personal.

*[...] Ehh un poco triste igual porque es difícil separarse y más cuando uno lo ha intentado tanto, tanto y siempre lo mismo y es agotador mentalmente. [...] No...yo creo que ya es separación es que ya esta no es la primera vez poh...se repite muchas veces y siempre es sobre lo mismo y ya no me quiero sentir más mal porque me hace sentir mal, me hace sentir...me cuestiono de repente las cosas que me dice poh [...] Como mujer. Por qué él siempre me dice que yo soy maraca, que voy a ser maraca, que no soy nada más que maraca (S 2, P 4 - 8)*

*[...] el me trataba muy mal... el me trataba muy mal siempre, siempre. Y unos Show. Una vez me tiró un alicate por la cabeza en Barrancas. Habíamos ido a inscribir al Valentín (hijo) que estaba recién nacido y yo llorando... pidiéndole y el tratándome mal..., tratando mal al cabro... porque en ese tiempo esa huevada estaba en paro... entramos por la... Y siempre eso y yo siempre así y las peleas y mis papás escuchaban y a mí me daba vergüenza y yo siempre me sentí así como... puta, era así como... no te puedo explicar la sensación... pero era así como una hueva mala... tan incómoda que me sentía presionada por el todo el rato (S 2, P 147).*

Relata que ella se cuestiona su imagen personal, pues se siente culpable, ya que intenta ayudar a Ariel con su problema de consumo de drogas, pero a la vez se lo permite.

Relata sentirse la madre de él.

*[...] llore como una horita.. Una horita y media pensando que era así conmigo si yo lo ayudo tanto, soy trabajadora, estoy luchando....Estoy tratando de dejar las drogas y yo veo que no puede, que no lo hace, que no lo intenta. Y también me siento culpable, porque siento que si yo se lo permito... Pero yo tampoco soy la mamá de él y yo también tengo claro que no, porque es una decisión que él tiene que tomar [ ] (S 3, P 51- 52)*

En torno a la imagen de sí misma que se vio afectada en un principio, es cuando Luisa se siente cuestionada en la parte materna a nivel de salud y judicial, ya que relata que tiene una relación de cuidado y protección hacia sus hijos. Ella según su relato declara que nunca ha vulnerado los derechos de estos.

*[...] Yo nunca eh vulnerado los derechos de ninguno de mis hijos... yo ....siempre todo tiene sus controles... tienen su ...van al colegio... su...le compro su uniforme... o sea lo normal que uno como mama tiene que hacer.... [...] ...El tema de la comida ni de nada de eso nunca. Yo nunca deje de comprar el pan para saber que a la noche yo iba a consumir[]... [...] Claro, pero nunca pero nunca, nunca, nunca yo dejé de lado mi hijo, a lo mejor los veía menos. Pero si había alguna niña que era de mi confianza, que era mi Amiga... Entonces le iban a tener su comida y yo le dejaba. Qué yo estaba así durmiendo, lo estaban cuidando, yo me preocupaba que quedaran levantados, vestidos y así con el desayuno. En el verano cuando toco verano. (S 1, P 10-14)*

En torno a la continuación del proceso terapéutico, se observan cambios en la imagen personal de Luisa, ya que comienza a problematizar y colocar límites a su pareja ante descalificaciones verbales asociada a desconfianza, que no quiere quedarse siempre en estas situaciones. Que a pesar de que igual queda triste y se aflige, no quiere perder tiempo esta vez.

*[...] sí. Por eso es que ahora ya como que rayé la cancha. No po, por qué, na que ver po. Porque Y si yo le digo a él que yo voy ahí... y lo único que me dice es maraca y él se queda callado y él me dice que no y que cuando yo no esté con él me va a seguirme. Y él me esté queriendo decir que si pos, que él piensa. Cómo voy a estar con alguien que va estar todo el tiempo desconfiando de mí. Por qué no voy a llegar nunca a nada, porque por más que lo quiero ya no puedo porque el final siempre peleamos, yo me aflijo y los niños y todo, y así uno no va a avanzando. Ésas peleas me estancan, porque como que uno queda ahí, te quedai pensando, te quedai triste, perdiste el día triste. Y no tengo días para perder. (S 2, 144)*

En sus relatos de las sesiones siguientes, comienza a redefinir cognitivamente aspectos de violencia a propósito de sucesos que vivió con su pareja y que no quiere ver más afectada su imagen personal con más de estos eventos. Debido a ese suceso, comienza a definir sus sentimientos en esta relación y definir acciones futuras.

*[...] que no po. Que si él hubiera querido y aunque hubiera sido así no tendría*

*por qué tratarme así po. Que yo no soy cualquier cosa. Que él me humillo y que no voy a estar con el mas por que el así sobrepaso todos los limites. Por que él me haya metido a empujones al baño y casi me bota es violencia. Es violencia física, yo lo sé. Y él nunca me había faltado el respeto así de esa manera. (S 3, 104)*

Luisa comienza a contemplar como los aspectos descritos por ella en su relación afectan la imagen personal, donde no está siendo feliz. Se comienza a motivar para comenzar a trabajar esto en psicoterapia.

*[...] Que yo sé que estoy viviendo una relación que no es adecuada. [...] Que no estoy siendo feliz. Claro. [...] que no me está llenando no más. Que no me hace sentir bien ni siquiera íntimamente. Porque siento que el a mí me uso más que hacerme el amor. ¿Me entendí?. Como que me eh sentido súper mal muchas veces. Eso no es bacán, pero...no sé, hay que trabajar eso. Que tengo que ir solucionando eso. (S 4, 207-211)*

Narra en torno a la motivación en su cambio basada en la relación y valoración que tiene con sus hijos. Describe como la relación que tiene con ellos ha sido fundamental en sus ganas de seguir viviendo.

*[...] Porque tengo a mis hijos. Ellos son mi...ellos son mi cable a tierra, todo. Ellos son mi motor a todo. Así como ya “tengo que cambiar, tengo que mejorar porque quiero lo mejor para ellos poh. [...] Quizás ya me hubiera matado hace harto tiempo. Ni siquiera hubiera llegado a la casa azul (nombre del centro donde se está atendiendo para*

*su tratamiento en su problema de drogas a nivel psicoterapia e integral) ni a la droga ni a lo mejor ni a nada. A hartas cosas no hubiera llegado. (S5, 59-61)*

Luisa en esta sesión, relata cambios en el proceso de las sesiones en la relación con su pareja, pues comienza a sentirse más entendida, describe cambios en la imagen de su pareja lo cual le ayuda a la imagen de sí misma, pues observa diferencias en el trato de él cuando volvió a salir y en donde comienza a sentirse mejor en la relación.

*[...] Bien... buena onda. Buena onda. Me gusta como él me está planteándome las cosas. [...] Significa que podemos conversar sin estar peleando. [...] Que él me puede entender a mí por fin. [...] Que por fin él entiende como mi lado poh. [...] Que las cosas que él hace no las tiene que hacer po. Su manera de gritarme o su desconfianza de estar todo el tiempo pensando...[ ]Y yo le digo que no puede pensar así porque por algo yo escogí estar con él. Yo soy la mama de su hijo y por algo lo escogí a él. Si el me encuentra tan linda y tan regia entonces que yo podría estar con quien quisiera y entonces me busco uno mejor poh. Le digo cachay. (S 5, 105-113)*

Relata que se siente más apoyada y en confianza con su pareja, lo cual siente que es mejor para ella, pues está más tranquila. Plantea que ella asocia ese cambio a la relación terapéutica de su pareja con psicóloga que lo está tratando. A pesar de estar mejor, hay situaciones de celos de él donde ella ya está poniendo límites y se siente más confiada, cambiando su actitud con él, con la finalidad de ordenar las ideas y para tener

hijos más sanos.

*[...] Me dijo porque eso es lo que yo tengo que hacer. Que me diga esa frase completa así como que yo quede así de que está hablando (ríe)....eso se lo debe haber dicho la psicóloga. Porque no eran sus palabras, de verdad, te lo juro. Así tal cual, como que él va a ser mi apoyo, no va a ser mi tranca, va a ser mi apoyo. Es mi sueño. Que él va a confiar en mí y me está apoyando. [...] Él sabe cómo es mi actitud ahora. Yo así estoy súper bien. Quiero que cada uno solucionemos nuestro tema con nuestra cabeza, que ordenemos nuestras ideas para que podamos juntarnos y tener una idea bien los dos po, para que nuestros niños sean sanos. Si eso es. (S 6, 212 – 214)*

*[...] si pos. Bastante más tranquila... [...] y de caminar conmigo que es lo que yo quería en el fondo po. Que él fuera conmigo hacia un mismo objetivo, que es la familia, nuestros hijos, no repetir nuestras historias, porque fueron feas, tanto para él como para mí. A mí no me toco una mama ejemplar y él no tuvo una mama y un papá. (S 7, 164-166)*

En torno a los cambios observados en el proceso psicoterapéutico en torno a su imagen y su relación con sus hijos, Luisa describe cambios en su forma de relacionarse con sus hijos, pues define que desea entregarles otro estilo de vida al que les estaba entregando e incluye en su relato un concepto nuevo, el de formadora de sus hijos.

*[...] El de ellos siempre. Ellos. Ellos. Todo ellos... ellos. Porque como yo voy a*

*querer que ellos así....tengan otras vida que es que siempre te he dicho...otra vida... otra vida mal... otra vida fea. Para que yo voy a hacer hijos drogadictos al mundo... para que yo voy a traer al mundo hijos ladrones... hijos malos... falta de respeto...golpeadores con sus mujeres. Si soy yo la que los estoy formando poh. Y más veía otra bebe y era una niña. Y así durmiendo como estaba quizás que a mi hija le hueva pasado [ ] (S 6, 148)*

Relata además como elementos nuevos, sentirse más posicionada y valorada en su rol de madre con sus hijos, lo cual le gusta pues no quiere tener una imagen como la que ella tuvo con su madre.

*[...] Pero ahora estoy en la misma situación y me importa un poto que a nadie le importe. Me importan mis hijos. Yo ya se lo que yo valgo y lo que soy importante. Lo importante que soy para mí, para mí misma y para los que realmente necesitan de mí...son mis hijos. (S 7, 178)*

*[...] Yo soy súper cariñosa. Le doy besos y papito y lo levanto y como que igual cambio...porque yo era mucho más seca antes. Era mucho más seca, era como era mi mamá. (S 7, 249- 252)*

Luisa relata como un cambio, una parte nueva en su imagen asociada a su imagen como mamá, pues analiza la importancia de la paciencia y el respeto de cada individualidad de cada hijo, valorado además la importancia del trato, a diferencia de lo que le tocó vivir a ella según narra.

*[...] Si te dai el tiempo de entenderlo, no vay a ser esa mama estresada que no quieren a los hijos y que están aburrida de los hijos. Pero si yo trabajo, para y entenderlos a ellos, quizás me pueda llevar súper bien y mis hijos no sean lo que yo quiero que sean. Yo no quiero que sean delincuentes y que los traten mal en el colegio. A mí siempre me decían que yo era un cero a la izquierda, que yo era mala, “a luisa que era mala para los estudios” pero nunca me preguntaban que me pasaba. Nunca me preguntaron cómo me sentía. Nunca me preguntaron que yo quería. [...] Que no quiero que se repita. (S7, P 256-258)*

### **7.1.3 Relación con la familia de origen**

Este ítem, describe el relato que tenía Luisa en torno a su imagen y su relación con sus familiares como su madre, padrastro, papa, hermanos y algunos familiares con los cuales vivió sus primeros años.

En relación a esta temática, en las primeras sesiones Luisa describe una imagen asociada a sensación de que valía poco y de querer morir. Relata que tuvo la esperanza que al encontrarse con su padre cambiaría su vida, pero eso no resultó como lo esperaba:

*[...] Desde que conocí a mi papá y el término de defraudar yo creo que desde ahí me hubiera matado. Por qué hartas veces he querido no vivir [...] como que no valgo para nada. “Mirate wueona, estay fea, estay flaca, te gastai la plata, valis callampa” yo me lo decía a mí misma. (S 1, P 155)*

Al principio de las sesiones, Luisa describe como le afecta a la imagen de sí misma historias con sus familiares con los cuales vivió desde su infancia, relatando historias de descalificaciones verbales, abusos, abandonos y sensación de desprotección, lo cual lo relata de la manera siguiente:

*[... ] yo siempre para mi familia era la drogadicta, porque fui la primera que fumó marihuana... cachay? La oveja negra se puede decir de la familia y a parte soy la mayor... (S 1, P 129) [...] tratándome mal siempre. “cabra culia, chancha culia, la hija del ladrón, a esta conchetumadre no va a ser nadie en la vida y es un cero a la izquierda, eris cochina, eris floja, eris mala” y todo siempre, siempre. Entonces como ellos eran así y yo igual poh, como que me imagina así al peo [...] (S 2, P 29)*

*[...] tengo como un trauma con la palabra maraca... porque cuando yo era lola... a parte que en mi casa siempre me trataban “marica para arriba... maraca para abajo”, yo era la maraca para mis tías porque mis tíos abusaban de mí. Era la maraca para mi abuela porque mi abuelo abusaba de mí... porque para ellas como que yo permitía todo eso... porque yo igual...ellas sabían que de repente ellos igual me daban plata o me regalaban un pantalón y yo lo veía como que igual era mi culpa porque yo lo permitía poh. [...] (S2, P19)*

*[...] Porque ellos sabían que abusaban de mí si po... lo sabían porque mi tía una vez vio cuando yo tenía como ocho años ella vio a mi padrastro abusando de mí. Ella espero a que él se fuera y después en vez de rescatarme en el momento (ríe) yo ...dejaron que el hiciera lo suyo y yo encuentro que desde punto ya está mal. Nunca tuve a nadie*

*que realmente me cuidara. Todos sabían... sabían que mi padrastro hacia esas cosas. Lo único que hicieron fue decirle a mi mamá que estuviera más atenta conmigo... que no me dejara tanto sola, porque yo era una niña. Pero nunca le dijeron “sabís, a tu hija le pasa esto y nosotros vimos esto y esto es así”. Pero también cuando lo supo y yo tenía quince no fue mucho lo que hizo.(S 2, P 27)*

En la relación específica con su madre, en un principio del tratamiento, asocia que su historia y su imagen se parece a la historia de su mamá, asociada a los antecedentes de abusos, violencia de pareja y descalificaciones que también vivió ella, donde relata lo siguiente:

*[...] Si algo saqué de ella... porque la humillaban tanto... por eso mismo yo fui así también. Porque también abusaron de ella. A ella la violaron como a los ocho años y yo conozco su historia.[...] Y yo la entiendo porque igual yo creo que mi mamá no tiene esa fuerza que tengo yo [ ] Mi papá eso le decía a mi mamá, cuando estaban todos delante “ésta yo me la encontré que maraqueando” eran como bromas, y yo encuentro que eran las bromas más crueles y más malas y era mi mamá y yo tenía que escucharlo po. Y para mí son traumas y son dolores porque yo hasta una vez la defendí. Yo no quiero que mis hijos pasen eso. (S 2. P 93 -97)*

Luisa relata que en el presente le afecta a la imagen de sí misma la muerte de hermano Alejandro, con el cual tenía una relación muy cercana, consumían y

conversaban. Que en esas conversaciones, ella se habría enterado que él le observó situaciones de abuso hacia ella y que sentía mucha culpa por no haber hecho nada, lo cual la afectó a ella de igual manera al saber esto.

*[...] me afecta, casi todos los días, todos los días, todos los días porque no lo pude salvar, porque con mi hermano los últimos tiempos de repente carreteábamos, nos pegábamos los saques, conversamos, El me lloraba, Me pedía perdón, perdón porque él no me cuidó. Porque yo ahí supe que él sabía también muchas cosas, que vio muchas cosas que yo ni siquiera tenía idea. Quizás cuántas veces ahí vio que estaba pasando ahí y se quedaba callado. Y él se sentía súper culpable. (S 2, P 132-133)*

Durante del proceso terapéutico Luisa describe que ha percibido un cambio en la forma de como la ven sus familiares, ya que le reconocen sus cambios en su imagen física, en la forma de conversar y que la encuentran más bonita, lo cual queda expresado en las siguientes frases:

*[...] todos perciben cambios en mí ... sí, mi mamá, obvio. Todos... todos me dicen que estoy más bonita, que mi cara, que mis ojos. Que mi actitud, mi forma de conversarle a las personas. Como yo hablo ahora, tengo temas de conversación (S7, P 190)*

Se suma a lo anterior lo siguiente:

*[...] los cambios en mí. Todo. Porque se ríe porque una amiga mía se encontró con mi papá y todo... es que todos dicen que me ven y que no me reconocen... Como que*

*todos me han visto en la calle” ohh, la Luisa” porque dicen que eche más cuerpo, que estoy más bonita. (S 9, P 146)*

En torno a la imagen de sí misma y la relación con su madre, otro cambio es cuando Luisa en el proceso logra diferenciar e internalizar que los problemas con su madre no han sido los responsables de los problemas de su vida personal.

*[...] algunos te dicen que “que llos no la perdonarían a su mamá ”. como es tu mamá. Pucha, es que cada uno con lo suyo. Igual a mí mamita yo la amo. Tiene montones de defectos como mamá, que para mí influyeron bastantes, pero yo también tengo mi vida. Pero yo también tengo mis decisiones. Si yo tengo mis dramas, tampoco es culpa de mi mamá. Tengo que asumirlo mío, pues hay cosas que yo hice porque yo quise (S 8, 185-186)*

En torno a la imagen de sí misma con la relación con su hermano Alejandro, Luisa relata un cambio en el proceso cuando cambia en la valoración de sí misma al sentir que su hermano está orgullosa de ella y sus cambios, con lo cual lo deja descansar de su muerte y eso le da más tranquilidad a ella. Relata lo siguiente:

*[...] que él quiere...que él está orgulloso de mí, que él está feliz que lo estoy logrando. Que él me ama y que yo voy a seguir adelante y que si, que está orgulloso. [...] me siento tranquila, porque le estoy dando tranquilidad a él, de descansar... (S 5, 35)*

#### 7.1.4. **Relación con los tratantes**

En esta ítem, se describen párrafos asociados a la relación de Luisa en torno a sí misma con los distintos tratantes que conoció en el tratamiento, los cuales son descritos a continuación.

Al principio, Luisa describe que acude a cumplir tratamiento obligatorio por causa judicial. y tiene sensación de miedo que le afecta en su imagen de sí misma, pues ella no se siente mala madre y no desea proyectar defectos a los tratantes a los cuales describe como evaluadores de su vida, pues le preocupa que esto le pueda perjudicar en términos judiciales con el cuidado de su hija.

*[...] Como eso, como en la mirada pero sé que tampoco no ...pero no, no sé, como que el susto como que de repente los detalle o los defectos que uno tiene como persona como no soy perfecta, vayan a llevar a otras cosas y no tenga nada que ver con las drogas, cachay? ¿Como por ejemplo no se...que este muy flaquita y después me digan “no, ya usted no la cuida bien” entendí? Eso, como que quede con eso, el susto que siento, el...como que no se... (S 1, P 42)*

Luisa en el desarrollo del proceso psicoterapéutico, relata que según las referencias que le dan sus tratantes, su imagen personal va cambiando, pues se va sintiendo mejor porque está haciendo las cosas bien en el tratamiento.

*[...] por qué me está haciendo bien en el fondo. En el fondo, porque como le digo nunca tuve que responderle y decirle “míreme” a lo mejor ustedes ni siquiera son parte de mi vida y de mi familia pero voy a poder decirles un día “mire, gracias, porque igual estaban allí y yo también lo estoy haciendo bien. Así que esté tranquilo porque hicieron algo bueno por mí por qué a lo mejor mis amigas me pueden escuchar, pero no son las ideales para ayudarme porque yo eso necesito de repente ese “eres capaz, que eres inteligente” de repente y ahí ya me lo creo y yo ya... no sé. De repente igual se necesita alguien a quien...que digan que sientan orgulloso de ti po.(S 2, 109)*

Luisa comienza a relatar sus apreciaciones de cambio en torno a la re-significación de la imagen de sí misma a nivel cognitivo, afectivo y conductual, logrando reconocer aspectos nuevos y mejorando su sensación de bienestar, descubriendo y reconociendo nuevas actitudes de sí misma, valorándose más y definiendo en su relato conceptos la felicidad con sus logros, lo cual queda descrito en las siguientes frases:

*[...] que me van haciendo descubrir mis actitudes. Como que ya...me hacen descubrir que estoy más preparada que la vez anterior. (S 3, P 180)*

*[...] estoy valorándome. Por fin.[...] y me costaba. Por qué pensaba que no... No podía. Que no era capaz po. (S 3, P 197-200)*

*[...] Bien poh...me siento bien poh... cachay?. Tranquila, no sé. Me siento feliz de estar conmigo con lo que estoy logrando y digo “hay, ya bacán todo”... [ ]. (S 4, P 37)*

En un momento del proceso, Luisa tuvo consumo de Cocaína, lo cual le hizo sentirse culpable y generó malestar a nivel psíquico y físico afectando su imagen personal. Se puede apreciar, que con la relación de confianza psicoterapéutica que se estableció entre terapeuta y consultante, narra lo que le pasa a pesar de que otros le dijeron que no lo hablara.

*[...] me sentía terrible de culpable. Mal, para la cagada, te lo juro. Y yo me dije, yo me dije yo tengo decírtelo a usted, y los chiquillos me dijeron “no, no les digai”, yo le dije “pero no, es que yo tengo que decírselo. Yo tengo que decírselo porque para mí...yo no vine aquí a mentirles” cachay. Por eso te digo igual, me fume unos pitos, yo le eh dicho a ustedes, porque siento como que el pito como que me relaja y me quedo ahí, como que ya, bacán [...] sí. Me daban como una psicosis... una huevada que era terrible, te lo juro[ ] ...No... sabis que la pase súper mal Fabián... súper mal. (S 3, 156-158)*

*[...] igual con miedo por qué yo sé que las cague y todo...y los tribunales....y a parte que me siento terrible de mal por eso, por qué pensaba “está huevada yo le voy a decir a los chiquillos y todos piensan que eso me va a perjudicar y todo. Pero yo creo que no. Yo creo que si lo voy a haciendo bien, no tiene por qué perjudicarme. (S3, 273)*

Durante el proceso psicoterapéutico, resignifica lo sucedido en torno al tema tribunal y condición de tratamiento terapéutico desde un contexto obligatorio, lo cual en su imagen personal le genera sentirse viva, lo cual se describe en el siguiente texto:

*[...] Siento que cada cosa que estoy trabajando...por ejemplo yo ya sé que estoy*

*trabajando aquí. También sé que estoy trabajando allá por lo que hablo y todo y me gusta, me ayuda, porque de verdad hay cosas que uno no nace sabiendo. Y al no saber uno va cometiendo errores, mas por la gente que vas teniendo a tu alrededor, las amistades y todo []. Yo les digo a todos “me siento viva, es como un cambio tan grande”. Uno parece evangélico diciéndoles a los amigos “oye weon, cambia y anda”. Yo les digo a mis amigos ven para acá. Que vengan. De verdad les voy a llenar de adictos esto acá, porque de verdad todos los mando para acá. (S 5, P 219)*

Describe en su relato que se hace responsable ella de lo sucedido y que “reconceptualiza los problemas que vivió con el tribunal”, lo cual permite cambiar la imagen y la relación con sus tratantes.

*[ ]...Voy mejorando y me queda un montón de tiempo para llegar donde la terapeuta y usted me va a decir “tome su diploma y la felicito y esta lista”. Y yo ese va a ser el día más feliz de mi vida porque lo voy a ver logrado. Ustedes me van a dar la confianza que me van a dar el alta porque lo logre y me salí de todo. Y yo sé que no va a ser ahora. Van a ser algunos meses o a lo mejor un año... pero para mí va a ser fantástico cuando llegue ese momento. Porque es mi orgullo... porque yo lo voy a ver logrado... cachay. (S 5, 237)*

*[...] [ ] Me sentí sola, me sentí sola contra todo el mundo. Que no me entendían, que no se ponían en mi lugar, porque no era una mala persona. Que todas las personas*

*estaban equivocadas. Sentía que no me estaban entendiendo. Pero después me di cuenta que no, que yo había hecho todas las cosas mal poh. Y que igual era mi responsabilidad. Y que igual es mi responsabilidad. Ahora tenía que ser una responsabilidad y cambiarlo. Mi responsabilidad tenía que ser una responsabilidad de cambiar y mejorar eso. Es lo que yo decidí hacer ahora.(S 6, P 154)*

Luisa se va sintiendo mejor y proyecta aspectos del proceso y sus cambios personales asociada a su sensación de apoyo y confianza con el equipo (Trabajadora Social, Psicologo y Psiquiatra) del centro que se trata.

*[...] Estoy pendiente que sigamos con el tratamiento. Que ustedes igual vean que yo igual sigo bien. Y como que siento que igual les da una alegría pienso, a ustedes igual po. “Pucha la Luisa si va bien”[...] o sea, lo que estamos haciendo, porque igual para ustedes es bueno. Su trabajo que ustedes igual están haciendo conmigo poh. Que tampoco lo están haciendo tan mal, porque me hacen sentir que tampoco lo estoy haciendo tan mal. Y que puedo. Que lo que estoy haciendo lo estoy haciendo bien poh. Cachay. Que confíen en mí. [...] Que confían en mí. Porque nadie esperaba nada de mi poh. [...] A lo mejor es un trabajo para usted. No sé. Pero yo lo siento así poh. Que confían en mí y que es como que lo mejor le importa. De cierta manera le importa. “Pucha si, la Luisa va súper bien, que rico, que bacán” (Sesión 6, P 156-160)*

Luisa describe en el proceso que siente cariño hacia su persona, la ayuda en torno a la orientación y comprensión para descubrirse a sí misma (imagen personal) a través de la escucha y el análisis constante para darse cuenta.

*[...] Es que es obvio. Es querer a las personas... es querer al otro ser humano y el querer ayudarlo. Y ayudarlo a abrir los ojos y decirle “pucha... sabís que estoy...” Porque yo siempre les digo a mis amigos que yo aquí no vengo a pedirles a ustedes que tengo que hacer con mi vida. Soy yo la que voy descubriendo lo que yo tengo que hacer con mi vida. Pero si me escuchan... si me orientan y me hacen ver y analizar el problema una y otra vez. Como yo me siento con eso. Y yo misma voy dándome cuenta.( S6, P 166)*

Relata lo importante que fue sentir que confiaban en ella más que incluso otros cercanos y que le ayudó en la relación que el psicólogo creyera en ella. Que se siente muy contenta y que todo lo anterior le ayudo a sentirse bien.

*[...] Siento que a veces ustedes tienen más fe en mí que los que están en mí alrededor de repente. De verdad. Y eso es lo que veces una persona como uno es lo que necesita poh. Que la gente crea en ti, que confíen en ti. [...] Yo en ese sentido es lo que siento de ti [ ] De verdad que la otra vez que hable contigo te dije “yo estoy súper contenta, estoy como contenta porque me veo a mi misma” Puedo decir ya pucha, estoy logrado hartas cosas. [...] (S6, 168-170)*

### 7.1.5. Relación con el contexto judicial

Este ítem, describe los relatos y sus cambios que Luisa expresa en relación a la imagen de sí misma y la relación con la situación judicial de obligatoriedad en torno a tratamiento asociado a la protección de su hija.

En el principio de las sesiones, Luisa plantea que no está de acuerdo con el proceso judicial y su cuestionamiento a la desprotección de su hija, que define que le afecta en su imagen personal pues se siente una mala madre, que le dio miedo toda la situación y que tuvo problemas físicos incluso al ver posibilidad de que le quitaran a su hija.

*[...] Tengo tres hijos, unos tiene once años, el otro tiene cinco años y el otro tiene tres años y a los más se refrían como todos los niños, se me han caído como todos los niños y ahí no más, pero ninguno esta desnutrido ni sobre peso ni tiene los dientes para la embarrada ni nada, o sea, sin problemas ...yo eh tenido por ejemplo lucho con el grande que se lave los dientes, pero no por eso yo lo tengo así como que anden todos cochinos, anden de saciados. Si llegan al colegio a veces cochinos porque mis hijos con un máquina de...las tías ya ellas con sus propios ojos pueden ver por ejemplo que...llegan al colegio y se revuelcan por todos lados y a veces en la casa uno lo viste en la mañana y ya está afuera en el patio o esta tirado en el suelo pero porque son cosas de niños que no van en mí, entonces no dejo de ser mala mama por... [...] Dos tres días estuve con indigestión... [...] (S 1, P 23- 25)*

*Por qué yo al tribunal, yo les dije a ellos, yo estoy dispuesta a lo que ellos me*

*digán lo voy hacer, porque mi miedo es perder a mi hija que al principio empezó así porque yo sentí que me la quitaban, es como “ usted no se va con su hija, no se va a su casa con usted, usted se va sola” (S 1, P 75)*

En el transcurso del proceso terapéutico, Luisa describe cambios asociados en su relato, ya que reconoce que internaliza su responsabilidad y que tenía problemas asociados a la conducta de consumo y que le generaba daño a sus hijos.

*[...] pucha. Cada vez que consumía veía que...no sé...que no estaba con ellos o que siempre me arrepentía...siempre, siempre. Todos los días en mi cabeza porque sabía que lo que hacía estaba mal. Pero te lo juro que era algo que...era algo más fuerte que yo. Más que mis ganas de saber que las estaba embarrando... que lo que estaba haciendo estaba terrible de mal. Que lo único que estaba logrando era hacerles daño a mis hijos. (S 7, P 168)*

Además de lo anterior, Luisa resignifica su experiencia con las leyes judiciales y religiosas, describiendo la importancia que estas habrían adquirido en el proceso terapéutico para su imagen personal, llegando a sentir que todo está más ordenado cuando se siguen estas.

*[...] Tiene sentido que existan leyes, aunque algunas como la miercoles y tengan montones de vacíos. Pero si no hubieran leyes, tendríamos la caga en el mundo.*

*Si no siguiéramos normas, si no existieran mandamientos. Porque cada religión, tiene sus mandamientos. En su estilo, pero todos van a respetar, a querer al próximo, a ser buenas personas en el fondo. Es a lo que te quieren llevar así. [...] si (ríe) que sea...que entiendan que cuando uno vive las cosas bien, todo te funciona bien. Porque yo lo hice por el camino del...”a que me importa Dios, que me importa esto, si yo total trabajo...”pero no funciona así, no funciona así al lote. Las cosas al lote...no funciona la vida, con desorden, con faltas de respeto, con...no es una vida buena po... ¿si yo le faltó el respeto al próximo, a mi papá, a mi mamá, a todos o a mi hijos, como seguirá yo? Metida en la calle po. No tendría respeto ni cariño ni por mí misma.(S 8, 64-66)*

#### **7.1.6. Relación con las Drogas**

Este ítem, describe como Luisa relaciona la imagen de sí misma en su relación con las drogas en el desarrollo del proceso terapéutico.

Luisa relata tener una confusión en torno a cuál sería el problema de consumir, si hay diferencias entre las sustancias, su cantidad y su frecuencia para evaluar cuando es bueno o malo en relación a cuidado de su hija, lo cual propone querer abordar en la psicoterapia, pues se sentía confundida y cuestionada en un principio.

*Pero si sabía o yo sentía que si tenía unas monedas o había alguien que me dijera “oye queris” yo nunca iba a decir que no...(S 1, P5)*

*[...] Cuando es bueno y cuando es malo [...] Que es bueno y que es malo... porque es lo que te cuestionan. Si estoy aquí es por eso. [...] Y hay mucha gente que te cuestiona en la sociedad yo creo en el fondo... Porque si yo me quisiera tomar un copete el día viernes... sábado... domingo y todos los días yo sé que sería una alcohólica lo tengo súper claro. Pero, ¿es malo de repente pensar en si comparto un viernes en la noche o en una fiesta o que te inviten y tomarte un poquito? cachay. Eso es. ¿Se puede? ¿No se puede? Estoy siendo parte de una adicción... porque eso a mí me tiene como eso... como que las adicciones son para todo eso ¿cachay? Es trago... de marihuana y cocaína (S 1, P 79-83)*

Luisa relata además, que con el consumo de cocaína muchas veces fomento ideas de intentar matarse, lo cual le generaba malestar significativo.

*[...] No, no me ayudó. Me daban ganas...cuando estaba dura, mucho, mucho. De dar el gas, eso me daba. Y ese miedo...(S 1, 159)*

Luisa reitera que se siente desorientada e incómoda con el tema de los consumos y la posibilidad de exámenes para todo tipo de drogas. Relata que del consumo de cocaína tiene claro que es malo y que no lo desea más por experiencias personales, pero describe querer saber si consumir alcohol o marihuana es problemático para su situación.

*[...] En responder mis preguntas....las que yo tengo dudas. [...] respuestas a eso, ¿si es malo o es bueno? Porque cuando me hagan un examen de drogas, si me tome*

*un poco de chela, si eso va a hacer malo cachay? Eso [...] Cuáles son mis límites y todo eso, que puedo? ¿Y que no puedo? Tener claro, que está más...sé que cocaína es imposible, pero es algo mío, también mío, súper personal que esa wuea ya la experimente y lo quiero lo más lejos de mi vida posible. (S1, P 181-184)*

Luisa describe que a ella le gusta consumir marihuana y que la hace feliz, y que la ocupa con la finalidad de relajarse generalmente posterior a tener problemas. Sin embargo, concientiza que el uso de esta sustancia es problemático.

*[...] es que yo si necesitaba fumarme un pito. En verdad... a mí me gusta la marihuana y te lo comenté a ti. Yo más que tomarme una clonazepam... prefería fumarme un pito de marihuana. Sería feliz si me dijeran: “si usted puede, hágalo. Ya no va haber un problema por eso”. Pero no puedo hacerlo... [...] (S 2, P82-83)*

Luisa describe que ya tenía problemas con el uso de la Cocaína y que se cuestionaba su uso, porque cuando consumía ya tenía ideas de persecución asociada a problemas con familiares y se intensificaban ideas con onvis y que se acabaría el mundo lo cual le daba miedo y se encerraba. También plantea que cuando inhalaba Cocaína tenía dolor físico que le generaba malestar.

*[...] En que yo este mirando a la puerta, que va a llegar el papa de mi hijo y que vamos a pelear. Que todos me van a ver dura y me va a decir drogadicta porque siempre*

*ese tema para mí era el tema...que la drogadicta... porque yo siempre para mi familia era la drogadicta, porque fui la primera que fue marihuana... cachay? La oveja negra se puede decir de la familia y a parte soy la mayor... [...] Entonces siempre yo cuando consumía.... Entonces yo cuando consumía yo no salgo, yo mandaba a comprar y ahí detrás de las puerta y escondida me encerraba. Después hubo tiempo que me dio por onnis que yo veía [...] Pero hubo un tiempo que ya me daba miedo. Que en cualquier momento se iba a acabar el mundo y cuando estaba dura me pegaba... me pegaba, me daba la wuea y hablaba de lo mismo, ¿entendí? [...] Y por qué me dolía la nariz, no era agradable. No es agradable que el corazón te lata mucho. Que tenis miedo si te va a venir un infarto, que la wuea es mala. Es como comer natre... ¿si sabis que la wuea es amarga, asquerosa y te da asco y te dan ganas de vomitar para que wueas lo hacís cachay? [...] Y porque es malo, me tenía.... Me tenía mal.[...] ...Desatenta con mi hijo, perdí todas las cosas que nunca había perdido...(S 2, 128-139)*

A medida que avanza el proceso la terapia, Luisa comienza a describir los siguientes cambios en torno a su discurso en relación al consumo de Cocaína. Luisa comienza a describir los primeros cambios en de significado a nivel de pensamientos, emociones y de comportamiento al no estar consumiendo Cocaína, donde logra sentirse más tranquila como se aprecia en su discurso del proceso Psicoterapéutico recién señalado.

*[...] Me eh sentido tranquila, porque la tranquilidad que tengo es que tengo las cosas claras. Que tengo las cosas claras. Que sé que la coca no me trae ninguna cosa*

*buena... que me hace mal. Que quiero mi negocio... que tengo mis proyectos, que quiero...lo único que quiero es que quiero estar bien. Bien para arreglar mi casa y bien para mi hijo. Nada más. Como mi estabilidad. Emocional y amor...en este momento no, no quiero nada...[ ](S 3,166)*

Comienza a describir procesos reflexivos en torno darse cuenta de sus logros y sus capacidades. Relata que la cocaína no fue nada bueno para ella donde perdió cosas.

*[...] Que soy capaz. Que soy capaz. Que no que ...En algún momento pensé que me iban a tener que internar, que iba a estar tiritando, casi al borde del suicidio porque no tenía la droga, y lo único que me doy cuenta es que la droga no es nada bueno en mi vida. Mira... me robo hartas cosas. Siento que como que fue un ladrón así. Me robo tiempo... me robo plata... me robo calidad de vida... me robo sueño... un montón de cosas. Me quito. Y yo la deje entrar en mi vida. Y ahora yo la quiero alejar y quiero como recuperar todo eso poh. Y en eso estoy. A lo mejor yo soy súper acelerada y soy como que quiero así...camino rápido con las cosas que quiero [ ]...(S 6, 138)*

*[...] Estaba muerta, porque yo solo era...ni siquiera imagínate que yo no hablaba, yo todo el rato pensaba, pensaba, pensaba y estaba atrapada en mi cabeza y en mis pensamientos. Y mi cabeza todo el rato me decía que era una hueona tonta... mira las hueas que estoy haciendo... mira a tu hijo. Y hasta fumarme un cigarro así de repente encerrada en el baño era un remordimiento igual porque el humo y después el humo*

*estaba ahí y todas esas cosas a mí me maquineaban la cabeza así como que “ay, soy mala, soy penca”. [...] y de repente estoy sola... a nadie le importo. Pero ahora estoy en la misma situación y me importa un poto que a nadie le importe. Me importan mis hijos. Yo ya se lo que yo valgo y lo que soy importante. Lo importante que soy para mí... para mí misma y para los que realmente necesitan de mí...son mis hijos. (S 7, 170- 178)*

Luisa resignifica el uso de la marihuana en su discurso, pues narra que ha disminuido y controlado más su uso además de cambiar otros hábitos como tomar desayuno y agua. Expresa que no quiere el consumo de marihuana como un vicio, pero que esta igual le ayuda como relajante para andar más tranquila.

*[...] Sino también en el tema de los pitos. Esos los eh dejado de fumar. [...] me relaja de verdad... yo me a veces me fumo un cuarto de pito en la mañana. Antes de irme a estudiar me levanto. Me como una mitad de pan... me tomo una agüita, porque estoy tomando agüita... porque estoy falta de deporte. Agüita y me fumo un poquito de pito y me voy a estudiar po. Cachai. Y ahí me concentro y nada poh. [...] Si. Pero bajando la intensidad como te dije. Cachay. Ese pito ahora trato de dividirlo para el día. Como es natural y son súper buenos... lo poquito que fumo me deja relajada. Súper relajada. Yo...porque me doy cuenta cuando a veces no fumo eso como que ando más irritada... más enojona. Nada más. Pero eso es todo. Pero los pititos los mantengo ahí así. Y trate de bajarlos... ordename... dosificar la está para que tampoco parezca como que ya...tampoco para que parezca que es vicio...como que tengo que despertar y fumar...pero trate de ordenarlo. (S 6, P 200-204)*

Luisa describe mantener en su discurso sensación de bienestar y sensación de claridad en torno a la abstinencia de consumo de Cocaína por apreciar los aspectos negativos que genera consumir.

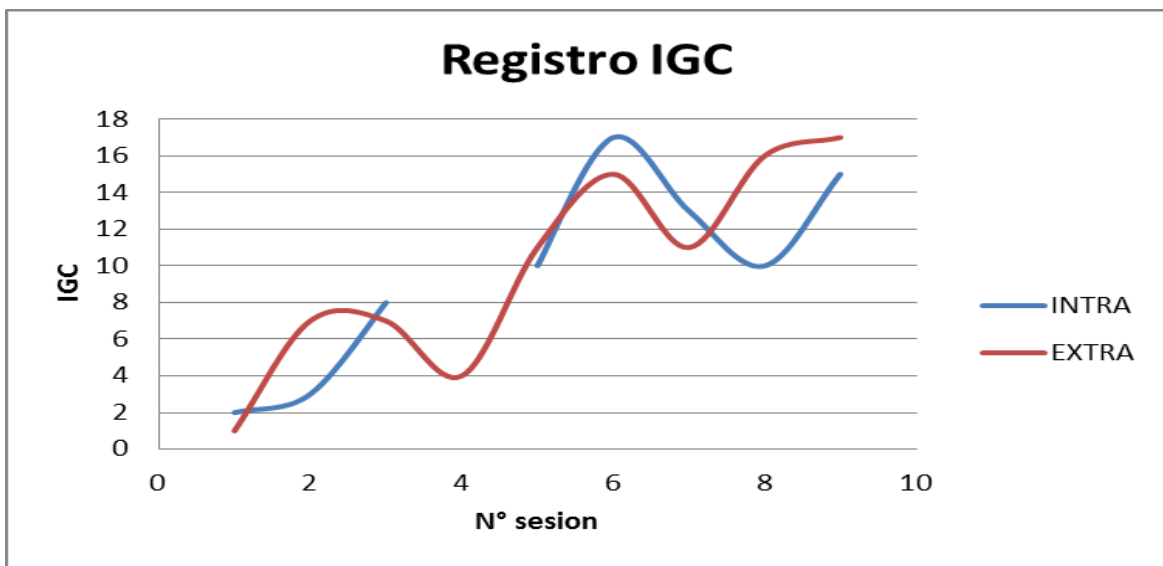
*[...] Obvio, porque vez yo tengo todo más clarito, no es como que te digo...fue como una hueva que se me abrió la mente. Fue como “ahhh. Bacán” y por eso lo gozo tanto y prefiero no, aunque me dieran todas las ganas del mundo de pegarme un saque yo no lo haría. Porque no...porque no me sirve para ninguna huea. Y me siento tan bien y como ver eso y digo “ahhh, conchetumadre, la droga” [ ] . (S 9, 90) .*

## **7.2.- Indicadores Genericos de cambios identificados en el desarrollo del proceso terapeutico.**

Se presentara a continuacion en un cuadro la identificacion de los indicadores genericos de cambios según su evolución en las distintas sesiones investigadas, referida al momento mismo en que se realiza ésta, los indicadores de cambio intrasesión y aquellos contenidos que relata y relaciona con momentos fuera de la sesión, los que se llamaron extrasesión. Las verbalizaciones de la consultante son referidas al cambio de significados de las diferentes explicaciones, emociones y acciones con que la consultante asocia a las temáticas creadas en esta investigación que son descritas en la presentación de

los otros resultados.

**Gráfico 1. Evolución en el proceso terapéutico: identificación de los Indicadores Genéricos de Cambios**



Una de las primeras conclusiones que se pueden apreciar a partir de los resultados observados en el gráfico N°1, es que durante el proceso de la psicoterapia se identificaron un total de *diecisiete momentos de cambio*, correspondiendo a *ocho intrasesión* y a *nueve extrasesión*. Se distingue un mayor número de IGC extrasesión.

Al analizar descriptivamente la totalidad del proceso investigado (pues este continuo después de la investigación) en sus nueve sesiones, se aprecia que los indicadores genéricos correspondientes a los momentos de cambio, tanto los intra como

los extrasesión, se manifestaron en forma similar ascendente (se muestra en la línea denotada en el gráfico) respecto al nivel de jerarquía planteado previa y teóricamente (Krause, año 2005).

En los indicadores de cambio intrasesión y extrasesión, se aprecia una tendencia ascendente en forma irregular, pero de igual manera van avanzando en su jerarquía asociada a los indicadores de nivel III. A pesar de la diferencia en la forma, los momentos de cambio intrasesión alcanzan un nivel de jerarquía parecidos a los extrasesión.

Se puede apreciar en torno a los IGC intrasesión que en las primeras dos sesiones, se identificaron dos indicadores correspondientes al *primer nivel* asociado a la “Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica”, un IGC 2 aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda; uno al IGC 3 aceptación del terapeuta como un profesional competente. En la tercera sesión, se observa un indicador asociado al *segundo nivel* “Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos” uno del IGC 8 descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo. En la cuarta sesión no se observaron IGC, pero en la quinta aparece IGC 10 aparición de sentimientos de competencias. En la sexta sesión se observa un IGC *correspondientes al tercer nivel* “Construcción y consolidación de nuevos entendimientos” asociado al del IGC 17 reconocimiento de la ayuda recibida. En las siguientes sesiones, vuelven a aparecer indicadores del segundo nivel, un IGC 13 transformación de valoraciones y

emociones en relación a sí mismo u otros en la séptima sesión y otro IGC 10 aparición de sentimientos de competencias en la octava. Finalmente, en la sesión nueve, vuelve a aparecer un indicador del tercer nivel, IGC 15 enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía. Se observa que existen dos IGC de primer nivel, cuatro de segundo nivel y dos de tercer nivel.

Se puede apreciar en torno a los IGC extrasesión que en las primeras cuatro sesiones se identificaron dos indicadores correspondientes al *primer nivel* asociado a “Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica”, del cual uno al IGC 1 aceptación de la existencia de un problema en la primera sesión, en la segunda y tercera sesión el IGC 7 reconocimiento de la propia participación en el problema y en la cuarta sesión IGC 4 expresión de esperanza. Luego, en la quinta sesión se identifica se observa un indicador asociado al *segundo nivel* “Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos”, el cual es IGC 11 establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos. En la sexta sesión aparece un IGC *correspondientes al tercer nivel* “Construcción y consolidación de nuevos entendimientos” asociado al del IGC 15 enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía. En la séptima sesión, aparece descendiendo a un IGC de *segundo nivel* IGC 11 establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos, para luego ascender nuevamente a IGC *correspondientes al tercer nivel*, uno del IGC 16 autonomía en cuanto al manejo del contexto del

significado psicológico en la octava sesión y un IGC 17 reconocimiento de la ayuda recibida en la novena. Se observa que existen cuatro IGC de primer nivel, dos de segundo nivel y tres de tercer nivel.

Se observa en total la cantidad de seis IGC del primer nivel, seis segundo nivel y cinco de tercer nivel. Se concluye una distribución homogénea entre los dos primeros niveles y levemente en menor cantidad en el tercer nivel en comparación a los niveles anteriores.

Podemos concluir que los primeros IGC identificados en las primeras sesiones, son de menor nivel que los IGC de las últimas sesiones, es decir, se aprecia una evolución jerárquica de los indicadores, especialmente en las últimas sesiones.

Finalmente, en este estudio, el IGC 7: reconocimiento de la propia participación en el problema, y el IGC 11 establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos, fueron los que más se repitieron (dos veces) identificándose éstos indicadores solamente a nivel extrasesión.

### **7.3 Evolución del proceso psicoterapéutico a través del dialogo colaborativo y la cación de los indicadores genéricos de cambio**

A continuación, se describirán fragmentos de párrafos de las distintas sesiones que se trabajaron con Luisa y en donde se identificaron los Indicadores Genéricos de Cambio (IGC), tanto los intrasesión como los extrasesión, sustentados en las teorías subjetivas como un cambio de significados expresados en la narrativa del consultante en la reflexión con el terapeuta durante el proceso terapéutico. Este modelo denominado terapia dialógica es uno de los tantos (terapia breve, narrativa, prácticas colaborativas o generativas) sustentadas en el Construccinismo Social. Todas ellas se centran en el uso del lenguaje de los participantes durante la conversación terapéutica, en la cual la relación y vinculación del terapeuta consultante destaca por una relación simétrica, favoreciendo que el consultante sea el agente de su propia transformación de significados, que le darán nuevas alternativas y sentido de vida.

**IGC 1. Aceptación de la existencia de un problema.** Extrasesión. Sesión 1 (P 1-8).

*1.T: Primero que todo, quiero preguntarte como te fue el otro día en el tema de la audiencia*

*2.C: Me fue bien, o sea bien porque la niña sigue conmigo y tengo que estar en seis meses más, habría otro juicio y claro, porque no había tampoco informe toxicológico, yo creo que es el examen que tendrían que hacerme acá supongo y después un informe que tienen*

*que entregar ustedes mensual sobre...porque yo creo que después les va a llegar la resolución de lo que pasó en el juicio y es que mensualmente me estén viendo o cada dos meses, no estoy segura, no sé si en el consultorio de acá era un informe cada dos meses. Pero yo creo que acá es mensual y en el consultorio cada dos meses si yo llevo la niña a los controles, si la vacunan, si pido doy leche y todo eso...o sea, están encima mío ...por todos lados*

*3.T: ¿Y tu como te sentiste... en esa situación?*

*4.C: Yo nunca he vulnerado los derechos de ninguno de mis hijos, yo ... siempre todo tienen sus controles, tienen su ...van al colegio, su...le compro su uniforme, o sea lo normal que uno como mamá tiene que hacer. Yo sé que si tenía un condoro que era que consumía la droga, y que a lo mejor de repente gastaba plata que quizás no debía gastar, porque en el fondo estar jalándose la plata no es gracioso... de verdad...*

*5.T: ¿Pero no se vio involucrado en el tema de consumo el tema del cuidado de los niños?*

*6.C: ...El tema de la comida ni de nada de eso nunca. Yo nunca dejé de comprar el pan para saber que a la noche yo iba a consumir. **Pero si sabía o yo sentía que si tenía unas monedas o había alguien que me dijera “oye queris” yo nunca iba a decir que no...***

*7.T: Cómo es eso..?*

*8.C: ... cachay? O que a veces como tenía monedas a veces eh...como tenía monedas, en vez de ...no me gastaba todo pero me gastaba veinte lucas que igual me costaba ganármelo porque en el tema que estaba trabajando yo ....puta...era difícil ganarse esas*

lucas, para yo después ir gastándome lo que ganaba en drogas y después en el fondo, porque me psicoseaba...

## **IGC 2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.**

*Intrasesión Sesión 1(P 44-55)*

44.C: *Entonces...esto es así, en algún momento porque es como un año que voy a estar aquí en Casa Azul (nombre que le dan al centro Comunitario de Salud Mental) y esto como droga, como alcohol, marihuana y cocaína. ¿Si en algún momento me quiero tomar no sé, una cerveza, entonces eso es malo?*

45 T: *¿Claro...te hace cuestionarte...en el fondo cual es un consumo...?*

46. C: *Entonces no puedo...que es lo bueno que es lo malo. Yo sé que no me puedo pegar un saque, porque es infinitamente malo, porque me afecta, porque quizás voy a recaer, porque la wuea me va a dar angustia, porque voy a querer más, porque me voy a gastar una plata que no tengo y porque me voy a ir a la mierda, voy a estar flaca, fea, todo lo malo...Sé. Pero yo digo si de repente, no sé, yo no soy buena para el copete y todo pero en una celebración o para...ahora viene el 18 no podrá tomarse una copa de vino en una comida algo así. ¿Y esa cosa, es malo?, ¿es bueno? ¿Hasta qué punto es malo? o ¿hasta qué punto es bueno?*

47.T: *¿esas percepciones de los otros... tú qué opinas? Como tu vez personalmente como Luisa, el hecho de que por ejemplo...estas colocando un ejemplo bien concreto, ya, viene el dieciocho, yo no tengo a lo mejor un problema con el consumo de alcohol, pero a lo*

*mejor quiero tomar algo, ¿qué opinas tú?*

*48.C: No se...*

*49.T: ¿Sácate esa voces de los que estamos rodeándote?*

*50.C: Siento que nunca eh sido buena para el copete, no es un tema que me moleste, pero me gustaría decir “a, me voy a tomar, no sé, un terremoto”*

*51.T: Ya ... pero **¿que significaría eso en tu tratamiento?***

*52.C: No voy a decir que me voy a tomar el terremoto al seco, porque yo soy súper...yo puedo tener un vaso de trago y me puede durar un montón de rato, porque se tomar.*

***Pero, ¿será malo? No puedo, yo sé que por este momento no puedo porque yo tengo una hija amamantando, y eso no va de la mano con lo otro...***

*53.T: ¿Porque eso te lo dice un medico?*

*54.C: Porque lo dice un medico...porque se supone que si uno se toma un trago, el trago se va a la leche y uno le da eso al bebe y eso le hace mal.*

*51.T: ¿pero lo que dices tú?....*

*55. C.: A mi forma de pensar, como yo lo veo si me lo dice un médico, es porque él tiene que tener la razón, porque hay un estudio.*

*IGC 3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente. Intrasesión. Sesión 2(P 184-192)*

184 T: pero **has ido cambiando** ...

185 C: si, ahora sí, he ido mejorando todo de a poquito. La violencia para mí yo ya no voy andar peleando. Yo sé que las cosas se resuelven conversando, que nunca la otra persona va estar de acuerdo conmigo, pero también sé que hay un punto medio siempre en todo.

186 T: era eso que te dije son parte del desafío que va más allá de solamente no consumir, sino que tiene que ver con cómo tú te vas sintiendo mejor, vas observando esta situaciones de poner límites, y decir ya, evalúo esta experiencia y decido no volver a vivirla por qué aquí estás tú entre medio. Y eso es lo que tenís que. Tú te estás apareciendo como persona...yo decido, yo quiero esto. Independiente de la calificación que le hagan los que te rodean. Pero tú lo estás decidiendo.

187 C: Por eso te digo, yo así, lo que dije, **a mí me gustaría que me dijeran se puede fumar un pito**, me gustaría que ojalá legalicen la marihuana. Yo es más que un cigarro eso me carga porque me dan ansias de fumarme un cigarro

188 T: Hay que consultar en un sentido eso que tú preguntas, para ver la de la perspectiva, porque tú lo asocias al tema del embarazo y al tema judicial. Ahora, a nivel terapéutico es algo que tiene apreciaciones pero que claramente nosotros tendremos que platearte desde como mirada de equipo que es lo que creemos, pero claro, tu siempre vas a tomar las decisiones al final.

189 C obvio.

190 T O sea, **independiente de lo que digamos nosotros tú siempre vas a tomar la decisión.** Bien puede Luisa, en todo caso nosotros nos volvemos a encontrar igual la próxima semana.

191 C: yo le agradezco igual hartito todo, igual bacan que vinieran, porque siento su preocupación y por mis preocupaciones igual cariño yo lo tomo así, más allá igual es como un cariño. Yo lo conocí hace poco igual y yo me acople hartito así, lo encuentro fantástico.

192 T: yo igual te agradezco mucho a ti.

**IGC 7 Reconocimiento de la propia participación en los problemas. Sesión 3. (P 169-178). Extrasesión**

169 T: ¿eso paso esta semana?

170 C: si, esta. Todo ha pasado en estos días. Y Estos otros tontos que aparecieron. Pero yo se la intensiones de los otros. Que ellos creen que yo estoy ahora sola. Que a lo mejor creen que yo soy fácil, que aquí esta regala la hueá. Cachay? Por qué los hombres igual son pillos, igual tienen su psicología para entrar con las mujeres. Creen que porque uno tiene pena, uno esta así casi entregada para que venga otro hueon a envolverte la cabeza que “yo te voy a querer, yo te voy a ayudar” porque así entran. “porque conmigo no te va a faltar nada, yo te voy a dar de todo”

171 T: *¿Eso te ha pasado antes?*

172 C: *si, eso me...si, igual me ha pasado otras vez que me...como que creen que uno...yo no quiero nada material de nadie, porque yo solo yo puedo.*

173 T: *pero, tu distingues que en esa...*

174 C: *si me quisiera a alguien, tiene que ser alguien que me quiera, que me respete. Pero si un tonto te pide “oye, porque no me manda una foto”. O sea, ¿me entendis? Yo ya sé cuándo es algo es sano y cuando es algo malo, por que eh vivido antes algo malo siete años.*

175 T: *ahora, sabiendo eso, ¿que estas escogiendo en eso?*

176 C: *no quiero escoger nada. Quiero estar tranquila. Quiero escoger por mis hijos. Quiero estar tranquila. Mira, yo quiero estar tranquila. Quiero sanarme yo y mi mente. Porque cuando yo me sane yo y mi mente y deje la droga yo sé que ahí yo voy a estar preparado para encontrar un hombre bueno que me va a querer y me va a respetar a mí y a mi hijo. Porque yo voy a estar preparada para eso y porque yo lo voy a saber escoger. En este momento yo no estoy para eso, no puedo. Por qué no sabría. Porque me volvería a lo mismo. No me quiero equivocar y quizás me metería en una relación mucho peor. Mas encima ahora hay muchos hombres que consumen drogas, la mayoría y uno no saben. La mayoría de las mujeres no lo saben.*

177 T: *¿ahora eso dice como que estas más alerta?*

178 C: *alerta, sí. Y como con mis sentidos más madura...se puede decir la palabra porque era muy pendeja antes en mi forma de pensar, muy como que solucionaban mis*

*problemas hueviando.*

*IGC 8. Descubrimiento de un nuevo aspecto de sí misma. Intrasesión. Sesión 3. (P 179-184)*

179 T: *Pero podríamos entender entonces que dentro de todas estas situaciones que te pasaron estos días, que ha sido súper dolorosas, también han tenido un elemento importante y positivo.*

180 C: *que me van haciendo descubrir mis actitudes. Como que ya...**me hacen descubrir que estoy más preparada que la vez anterior.***

181 T\_: *¿porque?*

182 C: *que ahora no me voy a dejar derrotar por que el igual me hizo mucho la cabeza. Siempre. Que no hacía más que una puta, que yo soy mala mama, que los hueones estos me van a buscar para puro comerme y que esto y que lo otro. Yo sé que van a ver hombres con buenas intenciones. Quizás!, puede ser! Pero yo en este momento no estoy preparada para eso po. Estoy saliendo recién de una relación que ha sido súper complicada y con mi mente...no está sana. Yo le dije una vez a usted cuando yo llegue una vez aquí cuando venía. Yo quiero aparte de esto, yo quiero quererme como persona, como aprenderme a respetar y a valorarme.*

183 T: *¿va más allá de consumir o no consumir?*

184 C: *si, por que el hecho es que me lleva a consumir igual. Porque yo me sentía tan*

así...como penca, como que no servía. Como para lo único que servía era para jalar...entonces **ahora siento que sirvo para un montón de cosas.**

*IGC 4. **Expresión de esperanza** (VIF). Extrasesion. Sesión 4(párrafo 206-211)*

206 T: *¿Que puedes concluir de lo que pudimos conversar hoy día?*

207 C: *Que yo sé que estoy viviendo una relación que no es adecuada.*

208 T: *Entonces, ¿te ayuda esta conversación a darte cuenta que hay una relación que tu sientes que no es adecuada?.*

209 C: *Que no estoy siendo feliz. Claro.*

210 T: *Pero eso...*

211 C: *que no me está llenando no más. Que no me hace sentir bien ni siquiera íntimamente. Porque siento que el a mí me uso más que hacerme el amor. ¿Me entendí? Como que me eh sentido súper mal muchas veces. **Eso no es bacán, pero...no sé, hay que trabajar eso. Que tengo que ir solucionando eso.***

212 T: *Eso puede ser parte o parte de las conversaciones que pueden venir.*

213 C: *Es que como no...no se...llevo tanto tiempo con él. Estuve tanto tiempo metido en otra huevá mala cachay. Esta es la relación más estable que tenido de pareja.*

*IGC 11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos.. Extrasesión. Sesión 5 (P 212-221)*

212 T: *¿Te ayuda sentirte bien hacer lo que piensas hacer?*

213 C: *Si, al final ya no lo digo solo con mi boca.*

214 T: *Sino que hay acciones que acompañan...*

215 C: *eso ...que esto lo acompañan mis acciones, eso. Y eso es un proceso de madurar por. Siento que estoy madurando. Que a lo mejor para poder llegar a esto, la eh cagado profundamente pero estoy llegando a esto ¿cachay? Y es lo que yo quiero, como tú decías. Es lo que yo siempre eh querido y que tenía en mi mente pero no había hecho nada para eso. Y ahora como que siento que me di las fuerzas y las ganas para hacerlo.*

216 T: *¿Y cómo fue que te diste las fuerzas para hacerlo?*

217 C: *Por los niños no más, por lo que yo llegué aquí, por los hijos no mas! Por querer algo más lindo, si al final todos nos merecimos una vida mejor*

218 T: *¿Podríamos asociar que en el fondo que este desafío que te coloca en parte a nivel judicial en la situación con los niños , al fin y al cabo esto ha sido una oportunidad para hacer cambios en tu vida?*

219 C: *Si pos, súper grande. Fantástico. Siento que cada cosa que estoy trabajando...por ejemplo yo ya se que estoy trabajando aquí. También sé que estoy trabajando allá por lo que hablo y todo y me gusta, me ayuda, porque de verdad hay*

*cosas que uno no nace sabiendo. Y al no saber uno va cometiendo errores, mas por la gente que vas teniendo a tu alrededor, las amistades y todo. Ahora yo, me da lo mismo si mis amigas consumen o no. Que hagan lo que quieran con su vida, yo no voy a hacer lo mismo que hacen ellas, porque en mi mundo ya sé por donde va ese camino y ya lo vivi poh y es verdad que ...te lo juro que es distinto. Yo les digo a todos “me siento viva, es como un cambio tan grande”. Uno parece evangélica diciéndole a los amigos “oye weon, cambia y anda”. Yo les digos a mis amigos ven para acá. Que vengan. De verdad les voy a llenar de adictos esto acá, por que de verdad todos los mando para acá.*

220 T: *Jajaja.*

221 C: *Porque ayuda, porque necesitas un cambio. Porque de verdad la wuea que eh perdido tanto tiempo de calidad cachay.*

*IGC 10. Aparición de sentimientos de competencia. . Intrasesión. Sesión 5(P 229-237)*

229 C: *Ahora voy a estudiar, ves que te dije, que ya voy a tener que hacer en las tarde...*

230 T: *¿El desafío de los estudios ahora?.*

231 C: *Empiezo el veinticinco de octubre y termino el veinte de enero el curso de computación.*

232 T: *Y claro. Estos estudios que también son un nuevo desafío...*

233 C: *Y sirven porque van complementado con la pyme porque es como para hacer*

*publicidad y como yo usar todas las herramientas tecnológicas cachay con mi pyme. Y yo más que nada quiero aprender eso. Porque de verdad yo con mi pyme quiero avanzar cachai. Ese mis desafío que más grande que tengo porque quiero...porque eso es lo que me va a dar después para vivir.*

234 T: *Te felicito Luisa porque más allá de lo que escucho hoy día de ti, observo que estas mucho mejor. Físicamente también te ves distinta.*

235 C: *Si, estoy más gordita (ríe).*

236 T: *Estas más gordita como dices tú(ríe). Pero te ves más contenta*

237 C: *Estoy feliz. En serio que estoy feliz. A menos en que me conformo al menos yo no pido grandes cosas cachay. Y en este día **me siento feliz porque estoy conforme con lo que estoy haciendo. Estoy satisfecha. Sé que lo puedo hacer más mejor todavía.** Voy mejorando y me queda un montón de tiempo para llegar donde la terapeuta y usted me va a decir “tome su diploma y la felicito y esta lista”. Y yo ese va a ser el día más feliz de mi vida porque lo voy a ver logrado. Ustedes me van a dar la confianza que me van a dar el alta porque lo logre y me salí de todo. Y yo sé que no va a ser ahora. Van a ser algunos meses o a lo mejor un año, pero para mi va a ser fantástico cuando llegue ese momento. Porque es mi orgullo, porque yo lo voy a ver logrado, cachai.*

**IGC 17. Reconocimiento por la ayuda recibida..** Intrasesion. Sesión 6 (P 163-166)

163 T: *Igual es bueno que tú nos digas eso en relación a lo que nosotros creemos de ti. Y obviamente en esa imagen que tú me estas comentando, obviamente nos importas.*

*Todos los que estamos acá. Y en esta parte muy específica, nos importan las personas cuando están en tratamiento y obviamente nos importa que puedan lograr sus metas.*

164 C: *Obvio. Porque yo siento que su trabajo involucra un poco de cariño. Tiene que haber cariño para poder ayudar a gente a sanarse poh.*

165 T: *Mucho más un poco a veces (ríe).*

166 C: *Es que es obvio. Es querer a las personas, es querer al otro ser humano y el querer ayudarlo. Y ayudarlo a abrir los ojos y decirle “pucha, sabes que estoy....” Porque yo siempre les digo a mis amigos que yo aquí no vengo a pedirles a ustedes que tengo que hacer con mi vida. Soy yo la que voy descubriendo lo que yo tengo que hacer con mi vida. **Pero si me escuchan, si me orientan y me hacen ver y analizar el problema una y otra vez. Como yo me siento con eso. Y yo misma voy dándome cuenta.***

*IGC 15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía. Extrasesión. Sesión 6(P 171-174)*

171 T: *O sea eso también es un poco lo que hemos ido conversados en el tiempo. La capacidad también de que tú te des cuenta de tus recursos. El esfuerzo, la validación que has tenido con tu hija...*

172 C: *ahí lo entendí. Por eso te digo, **Todo lo que eh ido aprendiendo ahí y todo lo que usted... como que fue como esto un complemento. Me sirvió como justo. Fue perfecto. Fue como el complemento. Porque yo ahí entendí. Cachay. Como lo de la personalidad y la autoestima. La autoestima baja, la autoestima baja media, la baja, La***

*agresiva, la pasiva y la afectiva. Y como que yo fui...bien, yo decía yo de verdad y yo decía...y ahí uno va entendiéndose una misma. Y ahí como de verdad que me fui entendiendo. “A de verdad, cuando estaba de esta forma, cuando me sentía de esta forma como estaba mi autoestima y como está mi autoestima ahora”, que igual esta alta poh. A lo mejor no arriba pero no, pero igual esta alta. Va firme y cada vez la voy a ir afirmando. Y cada vez voy a ir haciendo más firme, mas hasta que nada la quiebre. Porque eso me ha pasado. Siento que me han quebrado mi autoestima. Me han hecho sentir tan poca cosa, que lo eh creído y me eh quebrado. Y lo primero que eh hecho es refugiarme en la droga. Y ahora quiero eso. Siento que se vuelve a quebrar si me falla el negocio y no me resulta y todo. Sé que es un problema, pero sé que no se va a acabar el mundo ahí. Sé que tengo la capacidad de volver a pararme, y si no puedo por ahí “pucha, intentémoslo a ver, con manzanas. Por qué los tomates no los vendí a tanto. A ver si a lo mejor la gente come más manzanas”.*

173 T: *¿esa es la seguridad que tienes también respecto a tus capacidades?*

174 C: *Por eso, ya sé mis capacidades y estoy feliz de haberlas descubierto nuevamente, porque sé que las tenía. Si, estaban ahí, solo que yo no....*

*IGC 11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos..*

*Extrasesión. Sesión 7(P 73-84)*

73 T: *¿El Ale es el mayor entiendo de todos?*

74 C: *Si. Entiendo que me eh condoreado tanto que quizás el puede tener mucha rabia conmigo. Y por eso lo estoy dejando ir para que él vea que su mamá....igual las cosas....a lo mejor me extraña la forma....las cosas que yo veo que hago bien poh. Lo que yo creo que hago bien. Que le doy cariño, que le tengo sus cositas, que le lavo la ropa, que lo regaloneo.*

75 T: *Pero tú sientes que tu hijo te dice algo. ¿Eso es lo que dices tú?*

76 C: *de alguna forma. Sin decirlo con palabras.*

77 T: *¿A lo mejor es un enojo con las cosas que hacías antes?*

78 C: *Todo lo que eh hecho. Y todo lo que ha tenido que vivir.*

79 T: *¿Eso con él no lo has conversado ustedes?*

80 C: *no*

81 T: *Así como “pucha ale, yo estoy en otro tema...”.*

82 C: *él sabe, pues él me ve. Esta orgulloso de que estoy estudiando, voy a tener una licenciatura. Entonces porque todas las otras veces que estudie él estaba feliz y yo lo dejaba botado.*

83 T: *Entonces a lo mejor igual tiene un miedo que eso tal vez se cumpla o no se cumpla.*

84 C: *el duda de mi, como que mi mamá por fin, ¿será verdad? ¿O será mentira? Pero él ve que ya estamos haciendo el radier. Ayer fue su... Eso estamos haciéndolo. No es como yo dije muchas veces lo dije que iba a ser cocina y no la hice. Ahora yo estoy haciéndola. Y como te dije así...yo digo algo pero piso para eso. Pero firme. Y estoy para eso así. Entonces hoy día estamos con Ariel esperando con toda la fe que me paguen para ir a comprar la arena, la gravilla y todo. No le han pagado la quincena y viene fin de mes. Imagínate, ya no me queda leche, no me queda....menos mal que nosotros tenemos, como no estamos gastando en drogas, compramos dos tarros de leche y hartos paquetes de pañales, pero ya me quedan como para hoy día. Ya no tengo para más así. Y estoy con la última plata, pero hoy día me pagan la platita de los estudios.*

### ***IGC 13 Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros***

*Intrasesión. Sesión 7 (P 171-178)*

171 T: *¿dejaste qué?*

172 C: *la cocaína. Era lo que me llevaba a todo...a todo...a todo.*

173 T: *en ese sentido, la respuesta que tú das, está relacionado con que dejando la cocaína te ha permitido estar...*

174 C: *a mí estar viva.*

175 T: *¿te sientes viva?*

176 C: *a estar despierta. Estar viva. Si yo te dije viva. De verdad que viva, si yo estaba. Estaba muerta, porque yo solo era...ni siquiera imagínate que yo no hablaba, yo todo el rato pensaba, pensaba, pensaba y estaba atrapada en mi cabeza y en mis pensamientos. Y i cabeza todo el rato me decía que era una hueona tonta, mira las hueas que estoy haciendo, mira a tu hijo. Y hasta fumarme un cigarro así de repente encerrada en el baño era un remordimiento igual porque el humo y después el humo estaba ahí y todas esas cosas a mi me maquineaban la cabeza así como que “ay, soy mala, soy penca”.*

177 T: *¿Tú has observado como tus cambios por lo mismo?*

178 C: *y de repente estoy sola, a nadie le importo. Pero ahora estoy en la misma situación y me importa un poto que a nadie le importe. Me importan mis hijos. Yo ya sé lo que yo valgo y lo que soy importante. Lo importante que soy para mí, para mí misma y para los que realmente necesitan de mí...son mis hijos.*

**IGC 10. Aparición de sentimientos de competencia. Intrasesión Sesión 8 (P 41-46)**

41 T: *y a propósito de que la historia es importante. ¿Cómo vez esta historia tuya en el tiempo?*

42 C: *como...por eso igual como que yo decía, que yo no voy a estar para el futuro así mal. Porque las personas cambiamos el futuro po. Cachay. Y eso yo les hablo a mis amigas. Yo le digo nosotros estamos haciendo el futuro sin respeto, sin normas, sin nada.*

*Nosotros estamos enseñando a hacer hijos de porquería. Nosotros estamos tan preocupados de carretear, de drogarnos y de hueviar que no estamos preocupadas de nuestros hijos. Y después nuestros hijos crecen y hacen lo mismo con sus hijos y otros hijos. Y por eso dense cuenta... nuestros papas como eran con nosotros. Como somos nosotros. Porque creemos que es malo retar mucho. Igual hay cosas que no se hacen. Que sabemos que hacen mal. Pero hay cosas que nos enseñaron que servían po, el respeto, no robar, dar el asiento, que son cosas que ya no...que yo noto que no hay. Y que me a mí me llama la atención y que quiero cambiarla. Por lo menos en mi sistema y a mí alrededor quiero cambiarlas. Siento que apporto algo al futuro de mis hijos.*

43 T: *esa es tú motivación en el fondo es darte cuenta de eso que me estas comentando porque en el fondo hace mal.*

44 C: *si todo tiene relación con todo. Es que todo de verdad se relaciona con todo. Porque dice que las drogas es como algo que inventaron para darnos a nosotros y tenernos enfermos y ocupados igual. Si...porque de verdad, todos tenemos muchos problemas. Y todos los que tenemos problemas decimos para que vivimos, mejor me mato. Se matan. Otros siguen viviendo pero se agarran de drogas, de esto y de lo otro y al final vivir es rico y bonito porque es una experiencia para uno, de estar bien de conocer, de armar tu familia, tu vida y todo. Pero hacerlo bien po. Cachay. Hacerlo bien como mas o menos corresponde su supone. Hay normas que nos dieron para estructura una vida.*

45 T: *¿y tú sientes que lo estás haciendo bien?*

46 C: *en cierta parte no lo estoy haciendo bien, pero eh estado mirando para allá.*

***Me estaba retrocediendo y ahora me estoy devolviendo.***

***IGC 16. Autonomía en cuanto al manejo del contexto del significado psicológico.***

*Extrasesión. Sesión 8(P 187-194)*

187 T: *hay diferencias entre cosas que te tocaron vivir que no estaban a tu alcance y otras que tú...*

188 C: *Y otras que decidí yo hacerlas. Yo tome los caminos, y la hice mal cachay. Yo tome los caminos y quizás me faltó el apoyo a lo mejor. Pero aun así yo lo hice sabiendo siempre lo bueno y lo malo, porque siempre te dije yo soy súper consiente de las cosas. Por eso a mí me avergüenza, por qué sabía que lo que hacía estaba mal, que era feo y era tonto Y estaba todo mal y aun así yo lo hacía. Pero no entendía porque lo hacía tampoco. Y Por eso cuando yo llegué aquí te decía yo no entiendo, yo no entiendo por qué... Por que la huevada me pide y no quiero, pero no la puedo dejar no sé porque. Era como que yo solamente **Estaba escudándome yo misma en ese maltrato como que no puedo pero si puedo.***

189 T: *en parte has aprendido eso nuevo....*

190 C: *qué puedo.*

191 T: *qué ¿el control está en ti?*

192 C: *sí, y que puedo. Y ahora está tan fantástico de verdad. Y era lo que yo hablaba y escuche a una vez a un tipo jalando y....me duele la guata y voy a querer.*

*Cuando yo me fui en el auto, El Niño qué me llevaba era un tipo que yo le compraba coca. Al puro peo, pare el auto y era él. Y me dijo “quería algo” y le dije que no, porque yo ya le había contado lo de las niñas. Yo le dije con eso, te acordai que te conté, con eso nunca más nada, pero nada. Yo le dije tuve una recaída y me arrepiento. “ ah, es que tengo unas cositas“ me dijo. Yo le, dije no huachi, en serio, yo nada de nada. Me dejo en la casa, yo feliz me entre y esas hueas me alegran cachay. Me alegran.*

193 T: *por qué en el fondo se mantiene tu meta.*

194 C: *sí, porque si. Porque no es necesario po. Porque yo aprendí que no es necesario. **No es necesario, carretear para pasarlo bien para esa huevada.** No es necesario ir a la disco y pasarla bien, porque yo me río con mis compañeras de la sala, me río con los chiquillos en la casa. Como soy tan humorista siempre. Porque tú me ves, yo soy buena para el hueveo, yo siempre estoy con la talla cachay. Entonces siempre estoy alegre.*

**IGC 17. Reconocimiento de la ayuda recibida..** Extrasesión. Sesión 9 (P 25-28)

25 T: *y ahí fuiste con el Ariel.*

26 C: *y ahí después fuimos a que nos dieran la bendición el Curita. Había un curita que después me lo vi, no sé qué.. Como que me dio fe y me hizo que me fuera para la otra fila y me diera su bendición. Y él me toco y me dijo “pórtate bien chiquilla” y yo dije si sabe, porque no sé, de repente ellos te ven, saben que uno tiene una pena adentro o algo. Algo que tenís ahí. Yo igual, estaba súper agradecida de la Virgen porque siento que*

*igual me ayudo. Así como que cómo todo o terrible que era el principio para mí, como “ahh”, fue como “ohh ya”. Y ha sido siendo en el fondo algo mejor como tú dijiste cuando vine la primera vez aquí. Después del día de tribunales con todo el problema que yo estaba así. No quería saber y pensé que se iba a acabar todo el mundo para mí y no era así.*

27 T: *Y el hecho de ir con Ariel, está relacionado con algo que habían conversado los dos? Porque él también cree en esto?*

28 C: *si...el no cree mucho y ahí me explicaba. Entonces yo le dije que él pidiera como con mucha fe, por que lo hice porque después también fuimos a comprar unas cositas para que las bendijeran. Y yo le dije que...me dijo como que cosa el cura hacia cuando te tiraba agua. Y yo le digo “no po, tú vai pidiendo algo. Tú lo pedís. Él solo bendice lo que tú pedís con todo tú corazón. Esa es a intensión” le dije yo “tú pides algo con todo tu corazón. Él va a tirar aguita bendita, pero solo Dios sabe lo que tú le estas pidiendole a él po. Solo dios sabe lo que tú queris. Solo dios sabe porque tú quieres bendecir eso, con que intensión”. Yo bendije los santitos por ejemplo, porque yo se los regalo siempre a las personas que yo quiero y que están conmigo. Que me cuidan y que están a mi alrededor. Entonces yo les regalo siempre un santito. Todos los años. Todos los años hago lo mismo, porque sé que los va a cuidar (regala una foto de la virgen de lo Vasquez bendecida). Sé po. Pero mi fe cree eso po. Por eso lo pido, para que cuide a los que yo quiero, para que este con ellos.*

*IGC 15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.*

*Intrasesión. Sesión 9 (P 63-66)*

63 T: *por eso que esto que tú me cuentas, ¿has querido retomar algo que en algún momento hiciste?*

64 C: *que pedir. Sí, pero no como de la misma forma. Porque sé que hay personas y seres humanos y esos seres humanos decepcionan ahí. Entonces mejor yo con Dios estoy súper bien y rezo y trato de llevar la vida lo más tranquila posible. A parte sé que fumo Marihuana y eso no es bueno cachay. Mientras tampoco eh estado cien por ciento. Quizás tampoco... uno a veces no necesita acercarse tanto algo sino lo va a hacer bien poh.*

65 T: *Sientes que Dios te recrimina eso?*

66 C: *no, sé que él no. Pero sé que las personas sí, me entendí. Allá es lo que yo voy. Porque Dios sabe que si fumo un pito, pero no voy a ir a matar a alguien ni voy a ir a hacer daño y no estoy pensando en violarme a mi hijo. Me entendí, no hay como una maldad. Eso es lo que yo creo que lo que tiene que ver con Dios. Es como que lo bueno y lo malo. Y lo bueno y lo malo no es cuando uno comente errores y todo. Lo malo es malo. Hay cosas que son malas, realmente malas.*

Como demuestran los distintos párrafos, desde este enfoque se observaron y generaron nuevos espacios, ampliando la posibilidad de conversaciones de diferentes temas, quizás nunca reflexionados o por lo menos expresados con un otro por la consultante

reconociendo siempre sus recursos, sus valores, significados y oportunidades de vida de Luisa.

Se generaron espacios en donde Luisa pudo pensar, expresar y sentirse “diferente” sin ser etiquetada, juzgada ni penalizada socialmente dadas nuestras políticas públicas. Se ofrecieron ideas como alternativas, posibilidades y no como consejos, instrucciones ni imposiciones. Fue un espacio de indagación, creatividad y construcción conjunta.

En torno al rol terapeuta, lo distintivo desde el enfoque dialógico al tradicional, es que el terapeuta compartió pensamientos, ideas, preguntas, pero siempre desde un lugar de tentatividad y de posibilidad. Se estuvo atento a lo que se decía y a reforzar la potencialidad y el cuidado en la selección de los temas, palabras y emocionalidad. También está atento a la forma de su propia participación, a la respuestas que recibe - ya que si no hay respuesta a una pregunta no hay diálogo-, respetando siempre el marco consensuado del proceso que incluye la colaboración. El terapeuta monitoreó cuidadosamente la conversación expresada en el proceso como un proceso constructivo junto con la participante, para favorecer la transformación o expansión de significados.

#### **7.4.- Resultados OQ-42.-2**

##### Interpretación y análisis del cuestionario OQ 45-2

La consultante en la primera sesión obtiene en el cuestionario OQ45-2 un puntaje total de 81, lo que según los autores de la validación de este cuestionario (von Bergen y de la Parra, 2002), dicho puntaje indica que la consultante admite un elevado nivel de

disconfort en su calidad de vida en general, tanto en lo referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social, ubicándola en la categoría disfuncional.

Al finalizar el proceso psicoterapéutico, el puntaje total es de 13 puntos, lo que indica que su autopercepción respecto a su confort psicológico, la ubica dentro de la población normal.

Respecto al valor del índice de cambio confiable (ICC), su puntaje total entre la primera y última sesión, disminuyó en 68 puntos, lo que significa que se produjo un cambio en ella clínicamente significativo y que el proceso terapéutico fue exitoso.

Es debido a lo anteriormente descrito, y respondiendo a la pregunta de investigación descrita que podemos concluir que si existen cambios en la percepción subjetiva acerca del bienestar psicológico de Luisa entre el inicio y el final del proceso terapéutico.

### **Análisis por subescalas**

Sintomatología: el puntaje inicial es de 44, lo que se interpreta que en la consultante había presencia de sintomatología levemente ansiosa y depresiva, como también desórdenes de ajuste y estrés. Este resultado en comparación con la última sesión, baja significativamente obteniéndose un puntaje de 9, lo que indicaría en la consultante ausencia o negación de síntomas.

Relaciones interpersonales: se puede apreciar que existe una disminución de 17

puntos entre la primera y última sesión, lo que indicaría que en la consultante hay ausencia de problemas interpersonales como también satisfacción en la calidad de sus relaciones más cercanas.

Rol social: en la primera sesión la consultante obtuvo un puntaje levemente superior al puntaje de corte, lo que indicaría dificultades en el ajuste de su rol social en el ámbito laboral. El puntaje inicial en esta subescala fue de 16 puntos, y en la última 0 puntos, existiendo una variación de 16 puntos entre la primera y la última sesión, lo que se podría interpretar que en la consultante existe un adecuado ajuste al rol social.

#### **7.5- Finalización de la terapia y situación actual de la consultante**

Actualmente, Luisa está de alta de tratamiento de psicoterapia y con el equipo de tratantes, compuesto por Trabajadora Social, Psiquiatra y Terapeuta Ocupacional quienes componen el equipo en el programa de tratamiento. Ya ha pasado un año desde que ella comenzó su tratamiento con el equipo, y fue dada de alta debido a que según discurso comenzó a trabajar formalmente (lo cual se corroboró por situación legal de tribunal) y describía que le costaba asistir a tratamiento, por lo cual se acordó el alta con ella, ya que además había disminuido notoriamente para el equipo los consumos de sustancias, llegando a abstenerse más de seis meses de la Cocaína que era el objetivo por el cual ella acudió al centro (y bajando su consumo de Marihuana) y lo que le pedían en el tribunal. Se observó compromiso en asistencia y mejora en su calidad de vida y bienestar. Su caso se encuentra en fase de seguimiento post alta.

Durante el proceso posterior a esta investigación, se puede agregar que Luisa realizó con apoyo del equipo, una denuncia contra su padrastro en Policía de Investigaciones por sospecha de abuso sexual de él a su hijo Giovanni, lo cual está siendo investigado.

Además, Luisa tuvo un nuevo problema judicial, debido a que Policía de Investigación allanaron su casa por denuncia que hizo una vecina por tráfico de drogas de lo cual se le acusó, donde se encontraron marihuana y pasta base, por lo cual esta siendo investigada actualmente. Según discurso de Luisa, eso no era de ella, sino de su pareja Ariel, quien no se hizo responsable de este evento y se escondió. Actualmente ellos están separados.

En torno al proceso judicial en Tribunal de Familia asociado a consumo de drogas y protección de los hijos, su causa todavía esta pendiente. Describe que le han postergado citaciones y que la proxima la tiene para seis meses más.

#### **7.6-Relación consultante/terapeuta**

La relación que se estableció con Luisa en el proceso psicoterapéutico, se podría describir como una relación basada en el respeto de sus creencias, emociones, acciones, significados y decisiones que ella describía constantemente a partir de la primera sesión. El uso de la terapia dialógica desde un enfoque construccionista, permitió fortalecer aspectos de la relación terapéutica, sobre todo en un contexto donde ella llego muy desmoralizada, ya que fue enviada por obligación desde Tribunales de Familia

asociado a consumo de drogas y desprotección de sus hijos según le describieron. Ella requería un vínculo empático, respetuoso y reforzador en torno a su imagen como madre y persona, que permitiera una conversación terapéutica sin miedo y limitación para ella, ya que tenía miedo de que le quitaran a sus hijos.

En este sentido, como terapeuta se respetó las premisas de la importancia de una relación co-construida, resguardando en lo posible validar su persona y generar nuevas alternativas de cambio desde una visión simétrica entre terapeuta y consultante. Se realizó constantemente un esfuerzo colaborativo entre ambos mediante un diálogo constante de temáticas planteadas por ella en las sesiones, co-construyendo nuevos significados y buscando alternativas para poder hacer frente a los dilemas que presentaba en su momento.

Debido a lo mismo, también se amplió el formato de atención tradicional del psicólogo en box, realizando algunas sesiones en su casa, comprendiendo y empatizando con Luisa en torno a la imposibilidad de ella en ciertos momentos de salir al Centro, a la consulta y lo que significaba económicamente trasladarse. Además se consideró su escasa red de apoyo familiar para el resguardo de sus cuatro hijos y así poder coordinar el cuidado de una adulta en ciertos periodos de citación que se le daban como Centro de Salud.

En torno a los elementos relatados por Luisa en las sesiones, fue muy importante como terapeuta el realizar los análisis considerando los aspectos socioculturales asociados al consumo de drogas de cocaína, marihuana y alcohol. Esto,

debido a que existe una serie de significados, según se observa en este comportamiento que repercutían significativamente en el modo de pensar y enfrentar cierto tipo de temas (como las historias de consumo de drogas de sus familiares y validación de esto, las historias de abuso de parte de familiares hacia ella-y que guardaba en secreto, la violencia psicológica y física que ha vivido con sus parejas, la pena por la muerte de su hermano y lo triste que estaba por su imagen negativa de sí misma). En este sentido, se observa que cuando un terapeuta –reconoce aspectos experienciales del contexto histórico y cultural del consultante sobre el consumo de drogas y la influencia de ello en la psicoterapia, además de incorporarlos en el diálogo, la reflexión. Además fue necesario relativizar las creencias sociales de salud y del sistema judicial respectivo en torno al consumo de estas, de tener siempre presente para mejorar la relación y la confianza entre ambos para así poder abordar las otras temáticas descritas que le afectan no sólo en sus pensamientos, explicaciones y razonamientos sino también en sus sentimientos y accionar cotidianamente en los contextos que participa.

Se definió también como aspecto importante en la relación terapéutica, el no utilizar nomenclatura diagnóstica clínica del Centro asociada al CIE-10 u otras palabras y conceptos sociales tan frecuentemente verbalizados como adicta o drogodependiente. Tampoco se centró el discurso en explicaciones de categorías rígidas en relación a su conducta de consumo y la generalización de las recaídas como algo esperado. Esto, con la finalidad de expandir su imagen de sí misma y no limitar sus posibilidades definiéndose y justificándose desde el ser adicta o “marihuana and lover” como ella se definía en un

principio. Se puede observar esto, durante el proceso terapéutico, donde en la medida en que la consultante va encontrando nuevas posibilidades de significación y va trabajando con sus emociones y creencias, va construyendo nuevas “realidad” a través del lenguaje, lo cual a su vez le va generando bienestar.

Finalmente, la importancia de la terapia dialógica con un enfoque Construccionalista Social permitió de igual manera incluir aspectos de uso de métodos e instrumentos planteados por los modelos tradicionales propios del Centro donde trabajo (centro de salud mental) y que ya están definidos como parte del desempeño establecido en la función del psicólogo. Este enfoque no los excluye; sino que al contrario, teniendo una postura crítica y cuestionadora los integra como parte de la apertura a las diferentes visiones personales, teóricas y prácticas en pos de la integración del profesional a equipos de trabajo y la aceptación de las medidas administrativas cuya finalidad es colaborar a las personas en sus proceso de transformación dando un nuevo sentido a su vida.

#### **7.7.-Recursos del/la consultante**

Uno de los aspectos más fascinantes de la psicoterapia, es observar los recursos que tienen las personas. En este sentido, la psicoterapia dialógica desde el enfoque del constructivista valida siempre focalizarse en los recursos más que en las falencias o deficiencias de los consultantes.

A continuación, se describirán parte de los recursos que se lograron identificar en Luisa en el transcurso de las sesiones de psicoterapia:

*-Experiencias de tratamientos anteriores lo cual valida en su conocimiento:* Su experiencias en tratamientos anteriores, desde la infancia cuando se afrontó y denunció situación de abuso por parte de familiares, cuando tuvo a sus hijos y tenía consumo de drogas y afronto proceso judicial de su cuestionamiento materno del cual salió sin problemas, por nombrar algunos. Se tomaron aspectos de historias de afrontamiento, recursos utilizados en el proceso y la forma en que antes logró sus metas, para reforzar aspectos del presente con la finalidad de describir que si antes lo logró, en el presente y futuro podría pasar lo mismo.

*- Resignificación de sus experiencias ante problemas de abusos y maltratos por familia origen y pareja:* Se reconocen aspectos de aprendizaje en los distintos momentos que vivía de manera traumática con sus familiares ante sucesos de abuso y con sus parejas la violencia. En psicoterapia se reconoció la fuerza y la capacidad de soporte al aguantar una serie de sucesos dolorosos y se resignificó con ella el aprendizaje de las experiencias como recursos en su vida para ayudarse y para ayudar a los demás.

*- Aspectos cognitivos e intelectuales:* Luisa posee una gran capacidad para aprender y desenvolverse con los negocios. Es así, que se reconoció de parte del terapeuta esto en ella y además ella tomó determinaciones para iniciar proyectos de comida rápida con unas amigas, instalación de un negocio de venta de ropa y tomar un curso sobre capacitación para emprendimiento de microempresa.

*-Risa y humor:* A pesar de situaciones difíciles que ha tenido que afrontar, Luisa

siempre estuvo con su risa y su buen humor en diferentes momentos en las sesiones o cuando llegaba al Centro. Como lo describe:

*“me río con los chiquillos en la casa. Como soy tan humorista siempre. Porque tú me ves, yo soy buena para el hueveo, yo siempre estoy con la talla cachay. Entonces siempre estoy alegre” (S 8, 193-194)*

Tal como se describe en el párrafo, ella se caracteriza por ser una usuaria muy sociable y con chispa para denotar una situación de humor.

*-Cariño y respeto por las personas:* Creo que uno de los recursos más importantes que pude reconocer en ella, fue el cariño y respeto que tiene por las personas que necesitan ayuda porque están viviendo un problema. De hecho ella en las sesiones describía que “ayuda a los demás pero tiene la cagada en su vida”. Sin embargo, siempre se dio tiempo para escuchar y orientar a las personas que tiene problemas, describiendo al final de las sesiones que derivaba mucha gente que era del círculo del consumo al centro.

*-Es inquieta, busca constantemente respuestas de cosas de que no sabe y le gusta aprender:* Otro de los recursos observados en Luisa, era la búsqueda de información respecto a cosas que le interesa saber relacionado con temáticas de ovnis o teorías asociada a terremotos o el control mundial. De hecho, en una sesión logra describir como el uso de drogas y la oferta en el mercado, era una forma para establecer un orden mundial eliminando a las personas a través del uso de sustancias. Que ella aprovechaba en los recreos de los estudios actuales para ver esta información o que cuando daban estos reportajes ella le gustaba y los veía. La incertidumbre por saber más, era un recurso que se

reforzó en la psicoterapia.

## **CAPITULO IX. CONCLUSIONES.**

Como se describió en el marco de esta investigación, en relación a la evolución de la investigación respecto al accionar psicoterapéutico (Krause et al 2005, 2006; Valdés et al., 2005; Vilches-Alvarez, 2005), ha sido importante conocer cuál es el foco que debemos tener los psicólogos como aporte a lo clínico con la finalidad de mejorar nuestra comprensión en torno a los procesos y cambios de las personas.

Se agrega a esta idea, lo importante que es unificar nuestro rol de psicoterapeutas e investigadores, para aportar en conocimiento a la comunidad y mejor ayuda a las personas en esta profesión. Tal como describen Krause (2005) y Fernández et al (2006), el empleo sistemático de la evaluación del proceso de psicoterapia ha permitido, de manera simultánea, el desarrollo de una potente corriente orientada a la investigación empírica y ha comenzado a constituirse como una de las habilidades fundamentales que debe manejar cualquier terapeuta y/o investigador.

Es en este sentido, que esta investigación se basó en el proceso psicoterapéutico, centrándose principalmente en la identificación de los Indicadores Genéricos de Cambio en los relatos de la consultante, lo cual se asocia de manera directa con lo clínico psicoterapéutico en un tema tan difícil de tratar como las dependencias de drogas en las personas.

En relación a las conclusiones asociadas al primer objetivo, se observó que las verbalizaciones de la consultante fueron expresando el cambio de significado de las

diferentes explicaciones, emociones y acciones que ella asociaba a las temáticas estudiadas, considerando el proceso que se va dando paso a paso, a través del diálogo que fluye entre consultante y terapeuta, como una secuencia de períodos o fases en relación a un contexto específico.

La consultante al comienzo del proceso psicoterapéutico, acudió con una condición de obligatoriedad de orden judicial, y a pesar de que reconocía tener problemas de consumos de cocaína, no reconocía su sintomatología con el consumo de alcohol ni marihuana. Además, no encontraba sentido al dictamen de desprotección de sus hijos lo cual le fue descrito desde Tribunal. Solo externalizaba que el personal del hospital la condicionó a tratamiento en relación al cuidado de su bebé, porque ella había verbalizado a matrona que tenía consumo de cocaína y con eso todos se pusieron alerta. Sus problemáticas vitales, no las vislumbraba en un principio, no “aceptaba la existencia de un problema a abordar” a pesar de que ya había estado en otros tratamientos y había acudido tres veces al mismo centro por ayuda meses antes de que quedara condicionada judicialmente a él.

En el proceso psicoterapéutico, Luisa pudo ir reflexionando, dialogando y reconociendo nuevas áreas en su historia más allá del consumo de drogas y el problema judicial en el que se encontraba. Ella fue profundizando y resignificando algunas de ellas con la finalidad de encontrar nuevas alternativas que le permitieron hacer frente a su situación personal, modificando la percepción de sí misma, de los otros y de las relaciones interaccionales del contexto presente con el tema judicial y con los tratantes. Además de lo anterior, disminuyó (según el discurso de Luisa y las apreciaciones de psicólogo y el

equipo tratante) el consumo de sustancias de cocaína logrando tener periodos de abstinencia, lo que antes no lograba. Además comenzo a problematizar y disminuir su consumo de marihuana.

Estas narraciones de la consultante ocurrieron tanto durante la sesión terapéutica como en interacciones en su contexto relacional familiar, con los tratantes y con el sistema judicial, lo que confirma que el diálogo terapéutico (dado en el trabajo psicoterapia y el conjunto de un equipo multidisciplinario y red local) permite generar cambios en distintos niveles relacionales de una persona.

En relación a los resultados asociados a la identificación de los indicadores genericos de cambios, se distinguió que la construcción de los cambios subjetivos no se va produciendo en un orden establecido teóricamente ni menos impuesto por el terapeuta,, sino que se da en una serie variable de fases ya que existe una recursividad en los procesos cognitivos de reflexión, asociación e interpretación, volviendo a veces a fases anteriores ya expresadas y nuevamente revisadas, para luego realizar la construcción de nuevos significados. Por lo tanto, el análisis permitió no sólo identificar los indicadores de ese cambio en el orden jerárquico establecido en investigaciones previas, sino que a su vez, se pudo apreciar cómo se construyen los cambios en la subjetividad de la consultante a través del lenguaje.

Se distingue en esta investigación, que los indicadores de cambios extrasesión fueron levemente mayores en proporción a los cambios denotados a nivel intrasesión, lo cual se asocia con lo que describe la teoría de los IGC. Se identificó además, una cantidad levemente mayor de indicadores de cambios correspondientes al primer y

segundo nivel (Krause et al., 2006, ver anexo tabla IGC por niveles intra y extra) y se identifica además que los indicadores evolucionaron según se van desarrollando el número de sesiones. Esto confirma nuevamente lo planteado por los estudios anteriores de Krause (2005 y col.) que sostienen que el cambio psicoterapéutico evoluciona en etapas, que son construidas unas sobre otras, en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación aumenta progresivamente. Considerando el proceso en su totalidad, los Indicadores Genéricos de Cambio aparecen generalmente en el orden esperado teóricamente. Ello permitió pronosticar una progresión continua durante el proceso psicoterapéutico, tanto en el nivel de complejidad de los patrones subjetivos de explicación e interpretación, así como también respecto a los significados, sobre sí misma, su entorno y sus relaciones sociales.

Además, hay que señalar que los indicadores genéricos con sus respectivos momentos de cambio, tanto intra como extrasesión, aumentaron no sólo en nivel de jerarquía sino que también cambiaron su frecuencia (en la cuarta sesión no se observó IGC intrasesión), lo que confirma que el efecto de la terapia no dependió solamente de momentos aislados, sino de la conexión y concatenación entre ellos, junto con determinadas características de la relación terapeuta consultantes y características del contexto.

Observamos con estos resultados que Luisa en el momento de la investigación estaba en un proceso de construcción de cambio y transformación de sus teorías subjetivas en la forma de mirarse a sí misma, sus problemas y en la forma de mirar su mundo.

Es importante aclarar que en torno a la identificación de los momentos de cambio extrasesión, confirma que, al desarrollar la capacidad reflexiva y discursiva de un consultante, todos aquellos nuevos significados expresados en su narrativa durante la sesión, siguen un proceso continuo fuera de ella con las otras personas significativas que se relaciona. Ello favorece aún más el cambio de significados en el interlocutor, lo que corrobora la perspectiva del construccionismo social y fundamenta la terapia dialógica.

En relación a los resultados sobre la autopercepción de bienestar psicológico de la consultante obtenidos en el cuestionario OQ 45.2 , en el principio del proceso terapéutico la consultante presentaba un elevado nivel de discomfort en su calidad de vida en general, tanto en lo referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social, ubicándola en la categoría disfuncional y que al finalizar el proceso se autopercebe sin sintomatología correspondiente a ese cuadro clínico, lo cual se define que existen cambios en la percepción subjetiva acerca del bienestar psicológico de Luisa entre el inicio y el final del proceso terapéutico y que el proceso terapéutico fue bueno.

En términos del uso de la terapia desde una epistemología construccionista con enfoque dialógico, se puede concluir que esta ayudó a desplazar el discurso “problemático del adicto” y el concepto “de madre desprotectora” hacia uno más fluido, generando una nueva mirada de la situación vital de la persona que consulta de manera obligatoria. Esto puede verse reflejado, por ejemplo, cuando cambia la atribución de la consultante respecto a su consumo de Cocaína como la causa de sus problemas, a realizar una conexión de su sintomatología de dependencia de drogas con otros aspectos relacionales y experienciales asociados al contexto y la historia con su familia, como

fueron experiencias de abuso sexual por padrastro desde pequeña, muerte de un hermano, consumo de drogas de familiares, problemas en el cuidado de sus hijos, posible situación de abuso de uno de sus hijos y violencia en su relación de pareja. Además, se distinguen cambios asociados a los párrafos expresados con los Indicadores Genéricos de Cambios, lo cual muestra que el enfoque Dialógico Colaborativo favorece en la evolución de un proceso de cambio de una persona que está en un tratamiento obligatorio por consumo de drogas y temas judiciales asociados a la protección de su hija.

Los resultados del estudio de caso, confirman la posibilidad de favorecer la evolución de un proceso psicoterapéutico, sustentado en una epistemología construccionista con enfoque dialógico colaborativo, de manera similar a lo realizado en otros modelos terapéuticos planteados para el uso en el tratamiento de personas que consumen drogas. Esta aproximación da la principal importancia a la co-construcción de nuevos significados a través de la interacción lingüística entre terapeuta y consultante y no excluye el uso de técnicas de otros modelos, pues se contextualiza su uso como ya se propuso en esta investigación.

Las limitaciones de esta investigación que pueden señalar algunos investigadores responden principalmente al tipo de estudio seleccionado que fue de caso único. Una de ellas consiste en que usualmente están disponibles muchas explicaciones alternativas para justificar el estado actual del consultante, diferente a las proporcionadas por el terapeuta. A esto, Gergen (2011), señalan que en todo estudio, aunque se le reconozca una validez científica, “el reto, es considerar los escritos científicos como una forma de relacionarse en el seno de una comunidad” y los autores a su vez señalan “en

tales escritos está, además, explícito que lo que se expone es una construcción y que otros pueden ver las cosas de diferente manera” (pp. 84-85).

Desde un punto de vista modernista, podría considerarse otra limitante de este estudio y que tiene relación con la información que se obtiene de la consultante, en el sentido de que es probable que cuando se reconstruyen en terapia los acontecimientos que recuerda del pasado, se encuentren distorsionados y sean narrados además de una manera altamente selectiva, sobre todo aquellos que contienen un grado significativo de emocionalidad, por lo que la interpretación y el juicio clínico se considera importante. Desde la perspectiva construccionista social y de la terapia dialógica, esto no se considera una limitante, puesto que no se busca el dato “real” o la “verdad” de los hechos, sino cómo la persona construyó y significó el acontecimiento en el pasado perteneciendo a una comunidad de un contexto social determinado y cómo durante el proceso reflexivo que permite el diálogo terapéutico estos hechos se reconstruyen como una forma válida y con sentido de vivir en el presente y en el contexto social actual preparándose para el futuro.

En cuanto a las relevancias y alcances de este estudio, la relevancia de esta investigación consistió en haber elegido la metodología cualitativa, la perspectiva teórica que se encuentra basada en el cambio subjetivo en el consultante,(Krause; 1992; 2005), la aplicación de la teoría y praxis de los indicadores de cambio y el uso de la terapia dialógica colaborativa desde una Epistemología Construccionista en la práctica clínica del trabajo con personas con consumo de sustancias, puesto que al realizar investigaciones en psicoterapia en esta área, se amplía el conocimiento y se abordan empíricamente algunas interrogantes para próximos estudios.

Además, esta investigación tiene una relevancia teórico-práctica en la formación de futuros psicólogos y psicoterapeutas, ya que permite la enseñanza y difusión de este modelo de terapia dialógica desde un enfoque socioconstruccionista, permitiendo ampliar el quehacer respecto al conocimiento teórico actual y también en cuanto a la postura y quehacer del terapeuta centrada en escuchar y preguntar, facilitando que la persona consultante fuera narrando sus historias, sus experiencias de vida, las maneras de relacionarse e interactuar, entre otras cosas, . También permitió que durante la terapia, se haya establecido una relación basada principalmente en el respeto por las creencias, emociones, acciones, significados y decisiones que la consultante manifestó durante todo el proceso, de acuerdo a su historia singular.

Describir que este trabajo clínico, se hizo en un centro de Salud Mental, donde se trabajó con equipo compuesto por Trabajadora Social, Psiquiatra y Terapeuta Ocupacional, quienes también ejercieron vínculos con Luisa (aportaron un total de 7 intervenciones en el periodo de tiempo investigado) desde sus modelos y experticias en distintas áreas que se abarcaron en la usuaria (coordinación con red salud, municipio y red judicial a cargo de Trabajadora Social; evaluación de necesidades sociolaborales a cargo de Terapeuta Ocupacional, y a pesar de que no quiso recibir apoyo de medicamentos con el Psiquiatra por historia personal de ella, igual este tuvo una consulta con ella). A pesar de tener profesiones distintas y roles distintos, todos permitimos que las energías confluyeran en un mismo objetivo que es ayudar a las personas desde distintos prismas.

Finalmente, es que este trabajo plantea la importancia de concientizar y flexibilizar las prácticas de los programas de atención de personas en salud mental pública en este tipo de personas con problemas de drogas. Como actores de la salud mental, tenemos que mostrar necesidades y encontrar datos con fundamentos en la investigación, como parte de un deber social para mejorar nuestro servicio a las personas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altimir, C.; Krause, M.; de la Parra, G.; Dagnino, P.; Tomicic, A.; Valdés, N.; Echávarri, O., & Vilches Álvarez, O. (2010). Clients', therapists' and observers' perspectives on moments and contents of therapeutic change, *Psychotherapy Research*, 20 (4), 472-487.

Amézaga A., A.C.; Dávila P., Y. & Vilches-Álvarez, O. (2014). Los Momentos Difíciles en Psicoterapia: Una oportunidad para el cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol XXIII, N° II, 131-144. Recuperado de: <http://www.redsalyc.org/articulo.oa?=281943265004>

Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Arellano, M., González, R., Orsola, A., Pavletic, F. (2003). Cannabis: Imágenes, Sujetos, Discursos y Contextos. Análisis Discursivo. *Ultima década*, 11(19), 125-151. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362003000200009>

Fernández, M (2012). El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile. *Revista Cepal Volumen 107*. 93-114.

Fernández, O.; Herrera, P.; Krause, M.; Pérez, J.C.; Valdés, N.; Vilches, O. & Tomicic, A. (2012) Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica Vol. 27, Vol. 30, N° 2*, 5-22

Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid, España:

Ediciones Morata y Fundación Paideia.

Gaete, T. (2012). Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos “El juicio psicológico”. *Revista de Psicología, Edición 2*, Volumen 16. Barcelona: Editorial Paidós.

Gergen, K. (1993). El movimiento del construccionismo Social en la psicología moderna. *Sistemas Familiares*. Año 9, N 2, Agosto. Buenos Aires.

Gergen, K (1997). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*.

Gergen, K. (2005). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. España: Editorial Paidós.

Gergen, K. & Gergen, M (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. España: Paidós Iberica.

Gergen, K., Warhus, L.(2003). La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones, y divergencias (inedito). Recuperado de: [http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA\\_TERAPIA.pdf](http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf)

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Aldine. (Trad. Mecanografiada de cap. III: *El muestreo teórico*) Instituto Nacional sobre el abuso de Drogas. NIDA (2012) Principles of Drug Addiction Treatment. *A Research-Based Guide*. Third Edition. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services

Iñiguez. L y Muñoz, J (2004) Análisis cualitativo de textos: curso avanzado

teórico/práctico. *Introducción a la Grounded Theory* (Material preparado por Marga PLA). Santiago (Chile).

Krause, M (1995). *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. Revista temas de educación N7, pp. 19-39. Recuperado de <https://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile, Chile.

Krause, M.; de la Parra, G.; Arístegui, R.; Tomicic, A.; Dagnino, P.; Echávarri, O.; Valdés, N.; Vilches, O.; Ben-Dov, P. & Altimir, C. (2006). Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-325. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80538206.pdf>

Krause, M; de la Parra, G.; Arístegui, R.; Dagnino, P; Tomicic, A; Valdés, N; Echavarri, O, Vilches, O; Ben-Dov, Strasser K; Reyes L.; Altimir C. & Ramirez, I. (2006). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689

Lobos, M. (2012). Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. Análisis crítico desde la experiencia práctica en el Centro comunitario de Salud Mental(Cosam) de Conchalí. Memoria para optar a título de Psicóloga, Universidad de Chile. Recuperado de <http://repositorio.udechile.cl/bitstream/handle/2205/117084/Lobos%20Palacios%20Tesis%20final.pdf;sequence=1>

Margozzini, P. y Sapag, J. (2015). El consumo riesgoso de alcohol en Chile: tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas. Facultad de Medicina. *Temas de la Agenda Pública*. Año 10 / No 75 / enero 2015.

Miller, W. (1995) Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers. Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), Albuquerque: The University of Nuevo Mexico. Recuperado de: [www.motivationalinterviewing.org](http://www.motivationalinterviewing.org)

Miller, W. (1998) Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. *Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento, N° 35*. U.S: Department of Health and Human Services Miller y Rollnick.

Miller, W., Zweben, A., DiClemente, C., Rychtarik, R. (1999). Motivational enhancement therapy manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH Monograph Series Volume 2*. U.S: Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health. Rockville.

Miller, W., Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing. *Preparing People for Change. Second Edition*. New York: The Guilford Press.

Miller, W. & Rollnick, S (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive, Psychotherapy*, 37, 129–140.

Minsal (2013). Guía Clínica Auge, Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y otras Drogas en personas menores de 20 años. Chile: Minsal.

Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, UNODC. (2016). Informe Mundial sobre las Drogas. Resumen Ejecutivo. Recuperado de: [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf).

Pacheco, M. y Lara, M. (2009) Manual de Tratamiento de Bajo Umbral en Establecimientos Penitenciarios. Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas. *Area Técnica de Tratamiento y Rehabilitación*. Chile: CONACE.

Pacheco, M (2015a). Material aportado en Capacitación PTI. En Hotel Queen Royal 19 y 26 de Mayo 2016. Sugerencias metodológicas para el diseño de planes individualizados (PTI) de usuarios con consumo problemático de drogas y/o alcohol. Tercer borrador. Santiago de Chile. Senda.

Pacheco, M (2015b). Material aportado en Capacitación PTI. En Hotel Queen Royal 19 y 26 de Mayo 2016. Enfoque Smart en el diseño de objetivos terapeuticos del plan de tratamiento individual de personas que presentan consumo perjudicial o dependiente de drogas y/o alcohol (Segundo borrador). Santiago de Chile. Senda.

Paine, M (2000). Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales. Barcelona: Paidós.

Prochaska, J; DiClemente, C (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice. Volume number 19*, Issue number 3, 276-288.

Prochaska, J; DiClemente, C; Norcross, J (1993). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *Journal of Addictions Nursing. Volume number 5*, Issue number 1, 2-16.

Romaní, O. (1999). *Las drogas: Sueños y razones*. Barcelona: Ariel. S.A.

Romaní, O. (2011). La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: Contextos, sujetos y sustancias. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/259900678\\_La\\_epidemiologia\\_sociocultural\\_en\\_el\\_campo\\_de\\_las\\_drogas\\_contextos\\_sujetos\\_y\\_sustancias](https://www.researchgate.net/publication/259900678_La_epidemiologia_sociocultural_en_el_campo_de_las_drogas_contextos_sujetos_y_sustancias)

Romaní, O. (2012). Drogas y ...¿objetivismo revolucionario?. Recuperado de <http://www.sinpermiso.info/textos/drogas-y-objetivismo-revolucionario>

Sánchez, E (2004). Los tratatamientos Psicologicos en adicciones: Eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implementación. *Papeles del Psicologo. Volumen N 25 (87)*. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1138>

Secades, R; Fernandez, J(2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción:

nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema. Vol. 13, nº 3, 365-380*.

Slapak, S; Grigoravicius, M (2006). Consumo de Drogas. La construcción Social de un problema social. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen xiV / Año 2006. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a23.pdf>

Straus, A. Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. España: Ed. Universidad de Antioquia.

Senda (2015). Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2014. *Observatorio Chileno de Drogas Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol*. Chile: SENDA, Ministerio del Interior

y Seguridad Pública.

Senda - Minsal (2015). Normas y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol. Chile: Senda- Minsal.

Senda - Minsal (2016). “Informe 2015 Evaluación Técnica Convenio SENDA-MINSAL”. Programa Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas u otras Sustancias Estupefacientes o Psicotrópicas. Chile: Senda- Minsal.

Senda. Triada de la droga (s.f). Campus.uestatales.cl. Recuperado de [:http://campus.uestatales.cl/aula/assets/asigid\\_5169/contenidos\\_arc/44017\\_Sujeto Contexto Drogas.pdf](http://campus.uestatales.cl/aula/assets/asigid_5169/contenidos_arc/44017_Sujeto_Contexto_Drogas.pdf).

Taylor, Steven y Bogdan, Robert (1987), *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Paidós.

Valdés, N.; Krause, M.; Vilches Álvarez, O.; Dagnino, P., Echavarrí, O., Bendov, P. Arístegui, R. y de la Parra, G. (2005) Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psycké*. Vol. 14 (2) 3 - 18.

Vilches, O. (2001). Intento de suicidio en adolescentes. Proceso terapéutico. Mirada desde la narrativa y del Construccinismo Social. *Terapia psicológica*, Vol 19, (2) N° 36

Vilches, O. y Germain, L. (2002). De-construcción y co-construcción de narrativas

familiares. Una alternativa en el trabajo Clínico, Psicológico y Psiquiátrico. *Terapia Psicológica*. Vol 20 (2), No 38; (177-182).

Vilches Álvarez, O. (2005) *Proceso de cambio psicoterapéutico: Momentos de cambio y acciones comunicacionales en una terapia familiar, construccionista social*. Tesis de Magister en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica de Chile

Yin, R. (1994). *Case study research*. 1st ed. Estados Unidos: Sage Publications.

## **ANEXOS**

- 1. Formato Consentimiento informado utilizado.**
- 2. Anexo 2. Resultados obtenidos en Tabla OQ 45.2.**
- 3. Tabla de los Indicadores Genéricos de Cambios identificados durante el proceso terapéuticos.**

## **Anexo 1. Consentimiento Informado**

### CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Yo....., he sido invitado/a a participar en un proyecto de investigación, dentro del programa de “Magíster en Psicología Clínica, con mención en Construccinismo Social Terapia dialógica” de la Universidad de Valparaíso.

Estoy en conocimiento que las sesiones psicoterapéuticas en las cuales yo participaré en calidad de consultante, se grabarán en formato de audio y serán utilizadas solamente como parte de esta investigación.

He sido informado que dado que la decisión a participar en este estudio es voluntaria, participe o no bajo esta modalidad de atención, recibiré toda la atención necesaria, regular y sistemática que ofrece esta Unidad de tratamiento. Asimismo estoy en conocimiento de la posibilidad de negarme a participar en la modalidad grabada, sin que esta decisión tenga un efecto adverso sobre la atención terapéutica que recibiré.

Habiendo leído este consentimiento y estando de acuerdo en participar en este estudio.

\_\_\_\_\_

Firma consultante

\_\_\_\_\_

Firma del terapeuta

San Antonio, \_\_\_\_\_ 2016

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con el terapeuta Ps Fabian Menares Poblete, al teléfono: (32) 250 8775, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

## Anexo 2. Resultados obtenidos en Tabla OQ 45.2

Normas: Puntaje de Corte (PC) e Índice de Cambio Confiable (ICC)

ÁREA	PC	PRIMERA	ULTIMA
	NORMA	SESIÓN	SESION
OQ TOTAL	73	81	13
SINTOMATOLOGÍA	43	44	9
RELACIONES PERSONALES	16	21	4
ROL SOCIAL	14	16	0

<b>Anexo 3 Tabla de los Indicadores Genéricos de Cambios identificados durante el proceso terapeuticos</b>	
<b>INDICADORES INTRASESION</b>	<b>INDICADORES EXTRASESION</b>
	<p>IGC 1. Aceptación de la existencia de un problema.</p> <p><i>C: Pero si sabía o yo sentía que si tenía unas monedas o había alguien que me dijera “oye queris” yo nunca iba a decir que no...(S 1, 5)</i></p>
<p>IGC 2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.</p> <p><i>C: Entonces no puedo...que es lo bueno que es lo malo. Yo sé que no me puedo pegar un saque, porque es infinitamente malo, porque me afecta, porque quizás voy a recaer, porque la wuea me va a dar angustia, porque voy a querer más, porque me voy a gastar una plata que no tengo y porque me voy a ir a la mierda, voy a estar flaca, fea, todo lo malo...Sé...¿Y esa cosa, es malo?, ¿es bueno? ¿Hasta qué punto es malo? o ¿hasta qué punto es bueno? (S 1, 52)</i></p>	

<p>IGC 3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.</p> <p><i>Yo le agradezco igual harto todo... igual bacán que vinieran... porque siento su preocupación y por mis preocupaciones igual cariño yo lo tomo así... más allá igual es como un cariño. Yo lo conocí hace poco igual y yo me acople harto así... lo encuentro fantástico. (S2, P 191)</i></p>	
	<p>IGC 7 Reconocimiento de la propia participación en los problemas.</p> <p><i>C: alerta, sí. Y como con mis sentidos más madura...se puede decir la palabra porque era muy pendeja antes en mi forma de pensar, muy como que solucionaba mis problemas hueviando.(S3, 178)</i></p>
<p>IGC 8. Descubrimiento de un nuevo aspecto de si misma.</p> <p><i>C: que me van haciendo descubrir mis actitudes. Como que ya...me hacen descubrir que estoy más preparada que la vez anterior: (S 3, 180)</i></p>	

	<p>IGC 4. Expresión de esperanza</p> <p>(VIF)</p> <p><i>C: que no me está llenando no más. Que no me hace sentir bien ni siquiera íntimamente. Porque siento que el a mí me usó más que hacerme el amor. ¿Me entendí?. Como que me eh sentido súper mal muchas veces. Eso no es bacán, pero...no sé, hay que trabajar eso. Que tengo que ir solucionando eso. (S 4, 211)</i></p>
	<p>IGC 11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos.</p> <p><i>C: Si pos, súper grande. Fantástico. Siento que cada cosa que estoy trabajando...por ejemplo yo ya sé que estoy trabajando aquí. También sé que estoy trabajando allá por lo que hablo y todo y me gusta, me ayuda,</i></p>

	<p><i>porque de verdad hay cosas que uno no nace sabiendo. Y al no saber uno va cometiendo errores, mas por la gente que vas teniendo a tu alrededor, las amistades y todo [] . Yo les digo a todos “me siento viva, es como un cambio tan grande”. (S 5, 218-219)</i></p>
<p>IGC 10. Aparición de sentimientos de competencia.</p> <p><i>C: Estoy feliz. En serio que estoy feliz. A menos en que me conformo al menos yo no pido grandes cosas cachay. Y en este día me siento feliz porque estoy conforme con lo que estoy haciendo. Estoy satisfecha. Sé que lo puedo hacer más mejor todavía [ ... ] (S 5, 237)</i></p>	
<p>IGC 17. Reconocimiento por la ayuda recibida.</p> <p><i>C: Es que es obvio. Es querer a las personas... es querer al otro ser humano y el querer ayudarlo. Y ayudarlo a abrir los ojos y decirle “pucha... sabis que estay ....” Porque yo siempre les digo a mis amigos que yo aquí no vengo a pedirles a ustedes que tengo que hacer con</i></p>	

<p><i>mi vida. Soy yo la que voy descubriendo lo que yo tengo que hacer con mi vida. Pero si me escuchan... si me orientan y me hacen ver y analizar el problema una y otra vez. Como yo me siento con eso. Y yo misma voy dándome cuenta.( S6, P 166)</i></p>	
	<p>IGC 15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.</p> <p><i>C: ahí lo entendí. Por eso te digo, Todo lo que eh ido aprendiendo ahí y todo lo que usted... como que fue como esto un complemento. Me sirvió como justo. Fue perfecto. Fue como el complemento. Porque yo ahí entendí. Cachay. Como lo de la personalidad y la autoestima. La autoestima baja, la autoestima baja media, la baja, La agresiva, la pasiva y la afectiva. Y como que yo fui...bien, yo decía yo de verdad y yo decía...y ahí uno va entendiéndose una misma. Y ahí como de verdad que me fui entendiendo. “A de verdad...cuando</i></p>

	<p><i>estaba de esta forma... cuando me sentía de esta forma como estaba mi autoestima y como está mi autoestima ahora”... que igual esta alta poh [ ]...(S 6, 172)</i></p>
	<p>IGC 11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biograficos.</p> <p><i>C: él sabe, pues él me ve. Esta orgulloso de que estoy estudiando, voy a tener una licenciatura. Entonces porque todas las otras veces que estudie él estaba feliz y yo lo dejaba botado[] él duda de mí, como que mi mamá por fin, ¿será verdad? O será mentira? Pero él ve que ya estamos haciendo el radier... (S 7, P 82-84)</i></p>
<p>IGC 13 Transformacion de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros”</p> <p><i>C: Pero ahora estoy en la misma situación y me importa un poto que a nadie le importe. Me</i></p>	

<p><i>importan mis hijos. Yo ya se lo que yo valgo y lo que soy importante. Lo importante que soy para mí, para mí misma y para los que realmente necesitan de mí...son mis hijos. (S 7, 178)</i></p>	
<p>IGC 10. Aparicion de sentimientos de competencia.</p> <p><i>C: solamente que cuando yo lo logre hacer deliveri y que funcione de noche y a pedido y que llamen, que nosotros tengamos un lugar especifico para trabajar, que es para lo que estoy estudiando igual, aprender a manejar eso. Yo creo que me va a funcionar super bien, porque ella no va a ser mi competencia (S8, 26).</i></p>	
	<p>IGC 16. Autonomia en cuanto al manejo del contexto del significado psicologico.</p> <p><i>C: sí, porque sí. Porque no es necesario po. Porque yo aprendí que no es necesario. No es necesario, carretear para pasarlo bien para esa huevada. (S8, 194)</i></p>

	<p>IGC 17. Reconocimiento de la ayuda recibida.</p> <p><i>C: Yo bendije los santitos por ejemplo, porque yo se los regalo siempre a las personas que yo quiero y que estan conmigo. Que me cuidan y que estan a mi alrededor. Entonces yo les regalo siempre un santito. Todos los años. Todos los años hago lo mismo, porque se que los va a cuidar. Sé po. Pero mi fé cree eso po. Por eso lo pido, para que cuide a los que yo quiero, para que este con ellos (regala una fotografia de virgen de lo vasquez bendecida al terapeuta). (S 9, 28).</i></p>
<p><i>IGC 15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografia.(DROGAS)</i></p> <p><i>C: Porque Dios sabe que si fumo un pito, pero no voy a ir a matar a alguien ni voy a ir a hacer daño y no estoy pensando en violarme a mi hijo. Me entendí, no hay como una maldad. Eso es lo que yo creo que lo que tiene que ver con Dios. Es como que lo bueno y lo malo. Y lo bueno y lo malo no es cuando uno comente errores y todo. Lo malo</i></p>	

<p><i>es malo. Hay cosas que son malas, realmente malas. (S9, 66)</i></p>	
---	--





