



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Psicología

**DECONSTRUYENDO LA DEPRESION: SUFRIR A CAUSA DE
AUTOEXIGENCIAS MATEANALES.
UN PROCESO TERAPÉUTICO ABORDADO DESDE LA TERAPIA
SISTÉMICA CENTRADA EN LAS NARRATIVAS**

FLAVIA LORENA ALMONACID MUÑOZ

Profesor guía: Carlos Varas Alfaro

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica mención psicoterapia constructivista y construccionista.

Diciembre, 2018
Valparaíso, Chile

ÍNDICE

I.-INTRODUCCION	6
II.-MARCO TEÓRICO	10
1.- La comprensión de lo humano bajo el paradigma de la modernidad.	10
1.1.- La depresión como criterio diagnóstico.	13
1.2.- Del individuo al sistema.	17
1.3.- El cuestionamiento de la realidad objetiva.	18
2.- La visión Posmoderna.	20
2.1.- Construccinismo Social.	20
3.- El Modelo Sistémico Centrada en Narrativas.	23
3.1.-La filosofía de Heidegger como sustento ontológico de la TSCN.	26
3.2.- La triada inseparable X-Y-Z.	30
3.3.-Premisas a la base del operar terapéutico en la TSCN.	31
III.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	33
IV.- OBJETIVOS.....	33
1.-Objetivo general:	33
2.- Objetivos específicos:	33
IV.- ABORDAJE METODOLÓGICO	34
1.- Aspectos onto epistemológico y metodológicos.	34
1.1-Naturaleza de la investigación.	34
1.2-Análisis de la información.	35
1.3.-Posición del investigador/terapeuta.	36
2.- Estrategia de investigación: Estudio de caso.	37
3.- Criterios de Rigor.....	39
4.- Aspectos éticos	42
VI.- DESCRIPCION DEL ESTUDIO DE CASO	44
1.-Antecedentes generales.	44
2.-Motivo de consulta o queja inicial	47
3.-Historia del problema	47
4.-Análisis y descripción de la conducta problema.	49
5.-Establecimiento de las metas de intervención	50
6.- Estudio de los objetivos terapéuticos.	51

7.-Selección del tratamiento más indicado.528.- Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados.....	53
9.-Aplicación del Tratamiento.	53
10.- Evaluación de la eficacia del tratamiento	63
11.-Seguimiento:.....	65
VII.-REFLEXIONES FINALES	67
VIII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
IX.-ANEXO.....	77

RESUMEN

El estudio de caso que a continuación se presenta, describe el proceso terapéutico de un caso único, A, consultante de 42 años quien se acerca por iniciativa propia a solicitar atención psicológica, con un diagnóstico psiquiátrico de “depresión”. El trabajo se realiza en ocho sesiones con frecuencia semanal, más dos sesiones de seguimiento de tipo evaluativa retrospectiva.

En un proceso terapéutico enmarcado en el construccionismo social y en el enfoque de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en particular, se consigue a través de la conversación, deconstruir los significados asociados a la patologización y generar nuevas formas de interpretación y actuación, modificando los significados a la base de sus experiencias problemáticas, entendiendo la naturaleza del problema como un relato que da cuenta de una construcción contingente y por tanto susceptible de ser modificada. Así, durante el proceso terapéutico A. transita desde una narrativa que cuestiona su calidad de madre y mujer, con el consiguiente sufrimiento asociado, hacia una distinta que incorpora cualidades nuevas e incluso contrarias en donde reconoce y valora otros aspectos de su persona: *“hice lo mejor que pude”*.

Este enfoque constituye una alternativa viable para el abordaje terapéutico de A. y su fortaleza radica en alejarse de las categorías diagnósticas tradicionales como estigmas paralizantes, para acercarse al despliegue de las habilidades de la persona.

Para la presentación del caso, se utilizan los parámetros establecidos en el modelo modificado de Buela-Casal y Sierra (2002).

Palabras claves: Diagnóstico, Construccionismo Social, Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, Estudio de Caso.

I.-INTRODUCCION

Desde un punto de vista histórico, se puede decir que la psicología como disciplina independiente se configura a fines del siglo XIX asociada a las ciencias de la naturaleza, acorde a la epistemología imperante en la época. De acuerdo al discurso modernista de la ciencia, se impone la perspectiva dualista, la que, expresada en la disciplina psicológica considera al individuo como un sujeto susceptible de ser observado, el terapeuta y el paciente como persona separadas o como plantea Zlachevsky (2008) “Que sea posible de ser visto bajo el prisma de la objetividad y que dicha objetividad cumpla con el rigor de la razón y de la ciencia”. A partir de estas premisas surge fácilmente una concepción jerárquica respecto a la posición entre terapeuta y consultante, siendo el primero poseedor de los conocimientos y herramientas que facilitarán al segundo alcanzar el bienestar perdido. En este punto el uso de las categorías de clasificación diagnóstica expresadas en los manuales diagnósticos tan ampliamente difundidos (DSM del inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders y CIE Clasificación Internacional de Enfermedades) se constituyen como un instrumento fundamental para describir y clasificar al “otro”, cuando su comportamiento no se acomoda a los parámetros culturales vigentes. El modelo médico busca con ello no sólo clasificar, sino que también intercambiar información entre los diferentes profesionales de la salud (Zlachevsky, 2017). La dificultad de ello radica en que esta noción de psicopatología se fundamenta en un “*lenguaje basado en la deficiencia* y se presupone que representa adecuadamente la *realidad* conductual y mental” (Anderson, 1997, pág.67).

Las políticas públicas en salud mental en Chile, basadas en el modelo médico y en la psiquiatría, validan las nociones y categorías diagnósticas para entender y describir los comportamientos de las personas que no se “ajustan a la norma” a la hora de definir las prestaciones de servicios. En este sentido el diagnóstico se vuelve un concepto fundamental y con ello el etiquetamiento y las consecuencias que este etiquetamiento conlleva para las personas que lo padecen.

Sabido es, que el diagnóstico de depresión se realiza cada vez con mayor frecuencia, no sólo en Chile sino que también a nivel mundial. De acuerdo a información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental

frecuente, que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, es una de las principales causas de discapacidad, aqueja en mayor medida a mujeres que a hombres y, en casos severos puede llevar al suicidio. Según esta misma organización en el año 2020 será la segunda enfermedad más frecuente en el planeta.

Es por este motivo que el estado de Chile ha desarrollado protocolos de acción, a través de políticas públicas que determinan las diferentes estrategias de abordaje y prestaciones del sistema. En el caso de la depresión, se recomienda que el médico a cargo, se guíe por los criterios del CIE – 10 para realizar la confirmación diagnóstica a partir de lo cual elabora el plan individual de tratamiento integral que incluye una evaluación de la situación de salud y de vida de la persona, un diagnóstico psicosocial, evaluación psicológica según las características del cuadro clínico y una evaluación interdisciplinaria (MINSAL, 2016).

De acuerdo a lo explicitado por el Ministerio de Salud en los protocolos de atención que ha desarrollado, el plan de tratamiento de la depresión se realiza considerando la severidad del cuadro, la refractariedad, comorbilidades, persistencia, sexo y etapa de ciclo vital. De igual manera, se recomienda para toda persona que sufre depresión incorporar consejería, intervención psicosocial grupal y la psicoeducación. Las estrategias de abordaje de episodios depresivos graves, al igual que lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud, son la terapia cognitivo conductual o interpersonal en conjunto con fármacos antidepresivos (MINSAL, 2013).

A pesar de los esfuerzos para sacar a delante a las personas diagnosticadas con depresión, el tratamiento que se brinda en atención primaria en muchos casos no es efectivo. Según un estudio realizado por Alvarado y Rojas (2011), tres debilidades incidirían en los resultados de los tratamientos. En primer lugar, en lo que se refiere al diagnóstico, se observa la tendencia a la sub-calificación de la gravedad del cuadro clínico. En segundo lugar, en cuanto al tratamiento, no se estarían aplicando los diferentes tratamientos (farmacoterapia, psicoterapia y grupo de apoyo psicosocial) en forma escalonada de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico y en base a las recomendaciones de la guía de práctica clínica y, en tercer lugar, existiría un porcentaje elevado de abandono de los tratamientos, lo que se constituye como un problema frecuente en todas las enfermedades que tienen un curso prolongado o

crónico y es uno de los principales factores que afecta la efectividad de estos programas de tratamiento. La situación antes expuesta, abre las puertas entonces para cuestionar los parámetros establecidos no solo en cuanto a la psicoterapia tradicional basada en el modelo médico como respuesta efectiva, sino también a la epistemología que la fundamenta y por qué no a la ontoepistemología a la base del operar terapéutico.

Como se ha venido gestando a lo largo del desarrollo del conocimiento humano en las últimas décadas, la comprensión del ser humano tiene muchas vertientes, la hegemonía de la comprensión científica ha dejado de ser exclusiva (Zlachevsky, 2015).

El nuevo impulso que significó poner como protagonista al observador y al lenguaje como generador de realidades y otras influencias como el Socio-Construccionismo de Kenneth Gergen y los conceptos Post-Estructuralistas de Michel Foucault permitieron introducir nuevos elementos que influyeron decididamente en el desarrollo de modelos terapéuticos. Entre ellos, la terapia conversacional de Harlene Anderson y Harold Goolishian, para quienes la terapia se constituye como un espacio conversacional que permita el surgimiento de nuevos significados (Anderson & Goolishian, 1996) entendiendo a las personas como sistemas lingüísticos, generadores de significado, con lo cual el lenguaje y las narraciones adquieren un peso fundamental. Por otra parte, el modelo de prácticas narrativas desarrollado por Michael White y David Epston, quienes toman a partir de los trabajos de Foucault la idea del poder del discurso, y la generación social del significado del mismo, constituyéndose narraciones sociales dominantes que limitan las posibilidades de acción de las personas al volverse normativas y excluyentes. En este sentido la terapia adquiere una visión política “en tanto los terapeutas pueden dar fuerza a las ideas sociales dominantes y normativas o, por el contrario, ayudar a los clientes al surgimiento de nuevos significados que habían sido subyugados por las mismas o narraciones de sí, que habían quedado sin ser contadas dada la hegemonía de una narrativa social sobre un individuo o una familia” (Berezin, A. 2013).

La propuesta terapéutica que se plantea en este estudio, nace como un paradigma alternativo que pone su atención tanto en la persona que consulta como en el terapeuta, entendiendo lo ontológico de lo psíquico en el espacio relacional del lenguaje. El modelo Sistémico Centrado en Narrativas fue desarrollada por la psicóloga Ana María Zlachevsky, y

se trata de un modelo terapéutico que se sustenta en los planteamientos del construccionismo social, que enfatiza la importancia del lenguaje, de los significados o creencias construidos colectivamente en un contexto histórico social en los diferentes dominios de existencia en que habitan las personas. De acuerdo a este modelo, la terapia se convierte en un proceso mediante el cual el significado de la experiencia del consultante se transforma y se abren nuevas formas de interpretar. Esto, a través de conversaciones que ayudan a las personas a visibilizar los sistemas de significados implícitos en sus relatos, así como las implicancias en el ámbito personal y en los diversos contextos en los que el sistema consultante interactúa.

Asumir una postura construccionista en el ámbito terapéutico, significa considerar las influencias interpersonales y culturales en los relatos dominantes y en las acciones de las personas, ya que a partir de ellos se forja la visión de mundo... “la historia tiene que ver con otros, se aloja en alguno de los distintos dominios de existencia en el que nos desenvolvemos y, por lo tanto, tiene con esos otros una organización de significados co-construida a lo largo de la vida que es para él, ella o ellos “su realidad” (Zlachevsky, 2003). El relato del consultante se considera una construcción, el lenguaje más que reflejar una realidad, refleja un modo de relación. Por lo tanto, el terapeuta busca centrarse en el contexto relacional y en su significado, en qué y con quiénes tiene sentido este discurso, más que en la subjetividad o interioridad de quien consulta.

El proceso terapéutico de A. presentado en este trabajo, invita a reflexionar sobre nuevas formas de entender la psicoterapia adoptando con cautela la utilización de etiquetas diagnósticas y el discurso del déficit imperante en lo relativo a la salud mental. Así, el sentido y el alcance de este estudio está en proponer una mirada alternativa para el abordaje terapéutico, alejado del estigma de los diagnósticos y centrado en la persona y su historia. El sufrimiento de un ser humano puede responder a múltiples causas y la forma en cómo miramos a la persona que enfrente nuestro nos solicita ayuda, puede hacer una gran diferencia.

II.-MARCO TEÓRICO

En este apartado se expondrán brevemente las ideas que fueron configurando el giro epistemológico que permitió ampliar el pensamiento psicológico desde una concepción científicista, hasta las ideas que, influenciadas por un movimiento post moderno, sentaron las bases de los nuevos modelos terapéuticos, incorporando conceptos como “lenguaje”, “narrativas” y “relación”. Como es sabido, el desarrollo del pensamiento no sucede de manera lineal, las ideas se desarrollan, se superponen, se refutan, vuelven a amalgamarse, y se diversifican. Dicho lo anterior, el presente desarrollo da cuenta de algunas de las ideas que favorecieron los cambios paradigmáticos que empujaron el avance hacia nuevas conceptualizaciones de la experiencia humana que repercuten en una forma de hacer terapia que no solo se aleja del quehacer terapéutico tradicional, sino que lo cuestiona desde sus cimientos.

1.- La comprensión de lo humano bajo el paradigma de la modernidad.

La concepción dualista en la filosofía y la psicología, ha sido una constante a la base del desarrollo del pensamiento humano. René Descartes (1596-1650) siguiendo su método de raciocinio que luego sería conocido como cartesiano o cartesianismo, identificó una serie de postulados que sistematizaron la antigua distinción entre mente/cuerpo o sujeto/objeto que venía desarrollándose a lo largo de la historia, sentando en gran medida las bases de la racionalidad moderna. Para el filósofo y fisiólogo francés, el objeto puede ser conocido a través del estudio científico dado que es mensurable, ocupa espacio, tiempo y puede ser conocido a través de las leyes de las matemáticas. El sujeto en cambio, al no poseer estas cualidades no puede ser objeto de estudio científico. A partir de esta distinción, lo material u objetivo fue abordado por el campo de las ciencias y lo inmaterial o subjetivo por el de la filosofía. Por esta vía, la psicología permaneció como una disciplina metafísica y el debate se focalizó en entender cómo se relacionaba entonces lo objetivo con lo subjetivo, o dicho de otra forma, cómo lo que ocurre en el mundo afecta la mente. Para explicar la relación del sujeto con el mundo Descartes se basó en la física newtoniana de causa y efecto

implementando una metáfora mecanicista de la naturaleza humana, vigente hasta el día de hoy (Novoa 2002).

Desde allí es posible distinguir en el pensamiento psicológico con mayor o menor claridad la dualidad mente/cuerpo. La psicología tradicional, en su afán de constituirse como ciencia, sienta sus bases en la epistemología a la base de las ciencias naturales, con lo cual intenta estudiar en términos de objeto lo que antes se hacía en términos de sujeto. De esta manera las funciones mentales son reducidas a lo explicable a través de las ciencias naturales homologando lo mental a lo material siendo el cerebro el órgano de la mente.

Siguiendo a los planteamientos de Vilanova (1993) citado en Molinari (2003), en el curso de la historia han existido variadas formas de comprender al ser humano y de la mano de ellas se han desarrollado diferentes psicotecnologías. Considerando los antecedentes filosóficos de las teorías psicológicas, vemos por ejemplo a la base del desarrollo de la psicología conductista una visión de mundo científico/naturalista donde el método experimental se constituye como un eje fundamental, una visión clínico/observacional, para descubrir lo oculto y misterioso de la naturaleza humana fundamentando el desarrollo de las distintas escuelas psicoanalíticas y la tradición fenomenológica/existencial a la base de la psicología humanista.

Sin embargo, pese a la multiplicidad de tradiciones psicológicas con variedad de antecedentes filosóficos, las corrientes psicológicas basadas en las escuelas psicoanalíticas, conductistas y humanistas comparten varios rasgos característicos del pensamiento modernista. Uno de ellos lo constituye la idea reduccionista de pretender construir un modelo de psiquismo que represente la verdadera naturaleza humana, valorando excesivamente “un rasgo del hombre en detrimento de otros” (Molinari 2003). Desde su propio ángulo, cada planteamiento ha desarrollado un cuerpo teórico que busca dar respuestas a las causas subyacentes al problema psicológico de las personas: dónde es posible rastrear el origen de determinadas patologías, la localización de las mismas, ya sean en la persona o en sus relaciones, los medios para realizar el diagnóstico y las técnicas para abordar y eliminar dicha problemática (Gergen, 2006), pretendiendo con ello poseer la verdad en relación al fenómeno de lo humano.

Otra idea a la base de la comprensión humana en la tradición moderna, es la idea individualista a la hora de comprender la problemática humana, el mundo de la actividad mental individual “en la cabeza” de las personas. Desde esta perspectiva, la mente individual y sus facultades será el foco de atención. El hombre, a través del uso de sus facultades mentales, sale al encuentro de un mundo que está fuera de él, la realidad. En este mundo interno y privado, el hombre le da sentido a la realidad que observa. Según plantea Kenny, citado por Zlachevsky “la idea de que el ser humano está separado de su ambiente es una distinción epistemológica que subyace en la mayoría de nuestros pensamientos vinculados con la interacción humana. Esta particular indicación cobra múltiples formas, incluidas las de observador y observado, terapeuta y cliente, individuo y familia, teórico y clínico, subversivo y patrón, hombre y naturaleza” (Zlachevsky, S/F). En este contexto, el lenguaje representa un vehículo mediante el cual los significados creados en la mente representarán en mayor o menor medida la coherencia con la realidad, por lo tanto las palabras representan el mundo, la realidad, los hechos objetivos.

Las implicancias en el operar terapéutico se manifiestan en una relación terapéutica, en donde a la luz del modelo médico, la psicoterapia tradicional asume como natural una asimetría en el espacio terapéutico, en donde existe un experto que sabe lo que le pasa al otro, basado en un conocimiento teórico y práctico sobre las dimensiones de la vida humana, lo normal y anormal, lo que puede ser contrastado por ejemplo con las categorías diagnósticas ampliamente conocidas, divulgadas y actualizadas en manuales elaborados por grupos de expertos, tales como los DSM y los CIE. El trabajo del terapeuta, consistirá entonces en contrastar la información que le proporciona la persona y descubrir e informar al consultante qué es lo que le pasa y en base a este diagnóstico, proponer o consensuar con él o ella una estrategia, tratamiento o terapia para su dolencia o malestar, con el fin que la persona logre “superar” aquello que la aqueja y llegue a ser (comportarse o sentirse) como “debería ser”. En este sentido, muchas veces la dirección de la terapia toma el sentido que el terapeuta decide que tiene que seguir: el consultante se convierte en un ente pasivo, la terapia adquiere una condición monovocal y el tratamiento se constituye en un ejercicio de autoridad. Los procesos terapéuticos se acomodan a una jerarquía en donde el objetivo será sustituir gradualmente el discurso inadaptado o patológico del paciente por el discurso adaptado y

conveniente del terapeuta, quien por sus conocimientos y experiencia posee mayor capacidad para representar la versión más objetiva de la realidad.

El lenguaje en el espacio terapéutico se basa y se centra en la deficiencia pues su objeto es representar la realidad, la que en el caso de la enfermedad mental está respaldada en criterios que dan cuenta de la descripción, curso y pronósticos de las diferentes categorías diagnósticas que respaldan el comportamiento defectuoso, fallido y/o inapropiado de la persona que se comporta de determinadas maneras. El lenguaje usado desde esta perspectiva también permite marcar una posición de privilegio del terapeuta para “descubrir, explicar, predecir y cambiar” (Anderson. H, 1997, pag.68). Lo que el terapeuta sanciona, debido a su conocimiento experto, raramente es cuestionado; las dudas personales los fracasos y cavilaciones del terapeuta tampoco son expuestas, pues atentarían contra la imagen de superioridad que el terapeuta en el ideario modernista representa. Desde esta perspectiva el relato que la persona hace de su situación tiene un valor limitado y de todas formas menor valor que el relato profesional que en sustitución puede realizar el terapeuta.

1.1.- La depresión como criterio diagnóstico.

Del discurso del déficit antes mencionado, se descuelgan los tan conocidos criterio diagnósticos que dan cuenta tanto de la salud y enfermedad, del remedio y la cura, tan extendido en la cultura contemporánea. El supuesto de base es la existencia de un problema que se presenta de una manera típica y que puede ser identificado a través de un procedimiento que consiste en parear la información que entrega la persona que consulta, con los parámetros establecidos en ciertos manuales que describen ciertas categorías de problemas lo que permite realizar la confirmación diagnóstica. Estos manuales también detallan las características del problema, su curso y pronóstico, con lo cual se elabora una estrategia de abordaje clínico, entendiendo que, los problemas se presentan de la misma manera, con las mismas características, independiente de las circunstancias histórico/temporal de la persona que los relate. De igual forma implica suponer que el tratamiento “repara” o “disminuye” una condición “defectuosa” que presenta la persona. Desde un punto de vista funcional, los sistemas diagnósticos legitiman ciertas prácticas y otorgan confianza y predictibilidad tanto al

profesional como al cliente, es decir, sirven a una finalidad socialmente construida (Anderson, H. 1997).

Pero, ¿cómo es posible crear una determinada categoría diagnóstica e incorporar en ella, en este caso a personas que experimentan el sufrimiento en su vida cotidiana? De acuerdo a lo planteado por el filósofo canadiense Ian Hawking, no basta con crear clasificaciones o “tipos de gentes” sino que la creación del criterio implica una relación interactiva. Siguiendo al mismo autor, para que esta clasificación tenga efecto en el sujeto clasificado, deben cumplirse al menos cinco criterios: un individuo a quien clasificar, una categoría, las personas expertas que puedan clasificar al individuo dentro de esa categoría, las instituciones que otorguen calidad de experto a quien clasifica y ciertos conocimientos que permitan diferenciar la categoría de la no-categoría (Hawking, 2005 en Capponi 2009). Extrapolado lo anterior al tema de la depresión se puede decir que tenemos sujetos con características anímicas que pueden considerarse en la categoría “depresión”, la definición diagnóstica y las múltiples definiciones asociadas a la categoría de “depresión”, psiquiatras y médicos expertos en observar y clasificar a aquellos individuos como “depresivos”, instituciones médicas o consultas de salud privada en donde se desempeñan los profesionales anteriormente citados y, conocimiento objetivo de la categoría diagnóstica, hoy disponible en los sistemas de clasificación DSM y CIE.

De acuerdo a lo detallado en el CIE -10 los criterios diagnósticos para la depresión consisten en los siguientes: “Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4: 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones 5. Cambios de actividad psicomotriz,

con agitación o inhibición 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso” (CIE-10, OMS, 1992).

Los criterios citados en los manuales referidos previamente, hacen referencia a los aspectos descriptivos de lo que consiste el diagnóstico de depresión, basados en datos estadísticos de normalidad y frecuencia, entendiendo lo normal como relativo a la norma (aunque el concepto también se relaciona con lo estimado como socialmente deseable). Es decir, se distingue lo normal de lo patológico por la frecuencia de aparición de un comportamiento no deseado. Sin embargo las pautas terapéuticas a la hora de establecer tratamientos médicos, se basan en factores etiológicos de la enfermedad, es decir, se le atribuye una causa física al trastorno. Si bien existen numerosos estudios respecto a la correlación de la ausencia de determinados neurotransmisores y la depresión, lo cierto es que en el caso de las enfermedades mentales particularmente, no ha sido claro el establecimiento de un “marcador biológico” o “testigo confiable” (Pignarre 1995, pág. 75 en Capponi, 2009), a la base del sufrimiento humano. Pese a todo, la industria farmacológica invierte millones en el desarrollo de investigaciones y fármacos, para crear y mejorar los medicamentos en cuanto a su efectividad y disminución del daño colateral. La medicación finalmente, vincula el ámbito descriptivo de la enfermedad con el etiológico, lo que aparece como una explicación reduccionista pues deja de lado la perspectiva y el abordaje desde el modelo biopsicosocial.

Desde el punto de vista basado en criterios científicos entonces, se entiende al individuo clasificable en categorías, elaboradas en base a estadísticas de frecuencias de aparición de determinadas conductas no deseables, ajenas a condiciones sociales, históricas y/o contextuales, estableciendo patrones de tratamientos asociados a dichos criterios. Existiría un modo privilegiado y aceptado socialmente para sufrir, y una forma pasiva para administrar dicho sufrimiento, la medicación. Desde esta perspectiva se fomenta la idea que el sufrimiento es patológico, y la ilusión de que “vivir es indoloro” (Valerim, 2007, en Capponi 2009). Se entiende entonces la Depresión como un Trastorno del Ánimo, una afección que forma parte de un individuo y que describe características determinadas en la persona orientadas al déficit y la discapacidad.

Desde este posicionamiento, la recomendación de la OMS (2004) y la Federación Mundial de Salud Mental (2012), para el tratamiento de la depresión sugieren “implementar estrategias preventivas, fortalecer el tratamiento, entrenar a profesionales en el diagnóstico y atención de la depresión, mejorar la disponibilidad de fármacos antidepresivos en todos los niveles de atención, brindar asistencia de salud en la comunidad, educar al público en el reconocimiento y consulta precoz por problemas de salud mental, desarrollar recursos humanos en países en desarrollo para lograr un número adecuado de especialistas para cubrir los servicios, involucrar a la comunidad, familia y usuarios en el diseño de políticas, programas y servicios, y monitorear la salud mental en la comunidad. Se exhorta a establecer políticas nacionales, programas y legislación; y vincularse con sectores educativos, de trabajo, bienestar social, legal y organizaciones no gubernamentales. Del mismo modo, se encomienda apoyar la investigación” (Salvo, L. 2014). En tanto en Chile se observa a partir de décadas pasadas un avance en políticas sanitarias respecto a este trastorno. El año 2006 se incorporó la depresión en personas de 15 años y más al régimen de garantías explícitas en salud (GES), lo que significó el otorgamiento de algunos derechos en las prestaciones para este trastorno y el año 2013 se implementó el Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria. Además de aquello, se han puesto en marcha una serie de reglamentos, orientaciones técnicas y guías clínicas para la prevención y el tratamiento del trastorno depresivo. En cuanto al tratamiento, el Minsal a través de la Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con Depresión, propuesta el 2006, sugiere la utilización del modelo sistémico y biopsicosocial y la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión (Minsal, 2006).

La investigación respecto a la eficacia de los tratamientos, se centra principalmente en países de altos ingresos y los resultados dan cuenta de que las intervenciones farmacológicas y psicosociales logran ser efectivas para el tratamiento de este trastorno, principalmente el uso de antidepresivos y las terapias cognitivo conductual e interpersonal. Sin embargo la eficacia del tratamiento también depende de otros factores como redes de apoyo, cronicidad de los síntomas, comorbilidad con otros trastornos, entre otros. En el caso de Chile, la mayoría de los estudios se han realizado en atención primaria, sin embargo no existen resultados concluyentes. Según plantea Salvo, las principales dificultades respecto al manejo del trastorno depresivo en Chile son, por un lado, el déficit de programas preventivos y por otro,

el déficit de investigación aplicada que permita evaluar las estrategias implementadas (Salvo, 2014).

1.2.- Del individuo al sistema.

El paulatino interés por entender la conducta humana en relación al espacio contextual en el que se desarrolla, desplazó la atención a la relación del individuo con otros y con ello el desplazamiento del foco de atención desde lo intrapsíquico hacia lo interaccional o interpersonal. Los primeros modelos sistémicos emergen como contrapunto a la hegemonía de la explicación individualista de la salud mental. La creencia inicial de teóricos de la psiquiatría y la psicología que la base del comportamiento era instintiva e innata y que las enfermedades mentales eran de origen orgánicas y hereditarias fueron cuestionadas por antropólogos culturales quienes planteaban las implicancias de las causas ambientales en el desarrollo del comportamiento humano. Margaret Mead, ya en el año 1934 por ejemplo, cuestiona el origen biológico a la base del comportamiento de hombres y mujeres, indicando que la diferencia entre lo “femenino” y lo “masculino” no es innata sino que cultural. Por otra parte, el contexto histórico de guerra y post guerra en Estados Unidos, releva una mirada prevencionista en salud mental identificando e interviniendo en aquellos niños que parecían más vulnerables con el fin de anticipar el desarrollo de enfermedades mentales en la edad adulta. Si bien se trabajaba con el niño de manera individual y no con su familia, ya se comenzaba a entender la problemática de la infancia en su contexto y se avanza hacia políticas públicas orientadas a intervenir familias afectadas con trastornos post traumáticos. De igual manera, las limitaciones terapéuticas frente a graves patologías mentales de la época como la esquizofrenia, invitan a ampliar el marco explicativo y terapéutico hacia elementos contextuales (Bertrando y Toffanetti, 2014).

Los movimientos sociales de los años 60, principalmente en Estados Unidos, plantean la necesidad de volver a pensar la influencia del contexto social en la generación o amplificación del malestar psíquico, relevando en la práctica clínica la importancia de las relaciones que establecen las personas con su entorno, por sobre la mirada en un sujeto individual. Según plantea Demicheli, Von Bertalanffy, incorporó el concepto de “sistema” como un nuevo paradigma científico en contraste al paradigma “analítico, mecanicista,

unidireccionalmente causal, de la ciencia clásica” (Von Bertalanffy, 1976, en Demicheli 1994, pag.3). La metáfora de sistema permitió el paso de las descripciones lineales individuales hacia la descripción de procesos interaccionales, es decir, desde una causalidad lineal a una causalidad circular (Anderson, 1997). Los estudios en esta línea se multiplicaron, apareciendo escuelas y exponentes de mucha relevancia, tanto en Gran Bretaña y en otros países como Italia. Si bien el desplazamiento del foco de atención desde el individuo hacia su relación con el entorno permitió incorporar nuevos entendimientos y conceptualizaciones, la base epistemológica según la cual existe una realidad “afuera” del ser humano que es única y verdadera y a la cual se accede a través de los sentidos se mantiene intacta. Permanece la perspectiva que coloca al terapeuta como un observador externo e independiente.

1.3.- El cuestionamiento de la realidad objetiva.

Nuevas influencias teóricas desde diferentes disciplinas, como el Constructivismo de Heinz von Foerster, la Biología del Conocer de Maturana y Varela, y la hipótesis de la Construcción Social de la Persona de Kenneth Gergen, por mencionar solo algunas, influyen de manera decisiva en la elaboración de nuevas comprensiones teóricas y modelos sistémicos clínicos.

La distinción establecido por Heinz Von Foerster (1981) entre los conceptos de “Cibernética de Primer Orden” (cibernética de los sistemas observados) y “Cibernética de Segundo Orden” (cibernética de los sistemas observantes) en donde la segunda supone que el observador forma parte del proceso mismo de observar, a diferencia de la primera en que el observador se considera como independiente de aquello que observa, constituye un giro fundamental. La realidad deja de ser independiente de quien observa, la reflexividad del proceso de observación cuestiona la idea de una realidad objetiva. Los procesos humanos sólo pueden ser entendidos en relación y el observador tiene un rol activo en aquello. El paradigma sistémico cibernético ofrece al campo de la psicología una nueva epistemología, diferente a la que se conocía hasta el momento que incluye planteamientos acerca del proceso mismo del conocer que favorecen diferentes formas de ver la psicoterapia y que se difundió como constructivismo (Demicheli, 1994).

El constructivismo, cuestiona la perspectiva según la cual el conocimiento es representación de un mundo real ajeno a quien observa: los seres humanos son quienes construyen e interpretan la realidad. El elemento fundamental es el cambio de perspectiva con respecto a la realidad y al observador: la realidad deja de ser única y se aceptan tantas realidades como formas de verlas tenga cada observador. La realidad se constituye como el ordenamiento y la organización del mundo a partir de la propia experiencia de quien la observa.

Desde el punto de vista de “las ciencias duras” Maturana y Varela contribuyen con esta perspectiva a partir del desarrollo de la teoría biológica del conocimiento, que describe desde la biología, la experiencia cognoscitiva del ser humano. De acuerdo a lo planteado por ambos investigadores, los seres vivos estarían constitutivamente limitados constituyéndose como sistemas cerrados y determinados estructuralmente. Esta condición explicaría la relación que establece el organismo con su entorno, en cuanto al efecto que éste tiene sobre el organismo. En este sentido, lo que sucede en el entorno del organismo solo puede gatillar un cambio en el organismo, pero no define la dirección del cambio. Además este cambio posee un rango de posibilidad, en la medida que no modifique la identidad del sistema, es decir, existiría una “línea de fondo” que es definida por el propio sistema. A través del acoplamiento estructural un sistema determinado estructuralmente se relaciona con el medio en el cual existe, “los sistemas vivos determinados estructuralmente se organizan automáticamente en sistemas interaccionales” (Dell, S/F pág. 15). Desde una dimensión humana, el acoplamiento estructural, se realiza a través de la forma particular de ser en el espacio relacional donde se entrelaza el lenguaje y la emoción. “En el conversar construimos nuestra realidad con el otro. No es una cosa abstracta. El conversar es un modo particular de vivir juntos en coordinación del hacer y el emocionar. Por eso el conversar es constructor de realidades. Al operar en el lenguaje cambia nuestra fisiología” (Maturana, 1991, pág. 23). El mundo no es un mundo de objetos independiente a lo que las personas hacen o piensan, sino más bien es un mundo que surge en la dinámica del operar como seres humanos. El lenguaje es central porque a través de él, el ser humano configura el mundo en el que existe a través de la convivencia con otros.

El desplazamiento de la comprensión de la conducta humana desde lo individual a lo contextual, la realidad como inexistente al margen de quien la mira o la imposibilidad de establecer una realidad como verdadera y única, la objetividad entre paréntesis, la validez de las diferentes miradas a causa de las múltiples versiones de mundo o multiverso y el lenguaje como punto de referencia, son el inicio del cuestionamiento de las verdades imperantes y que van dando forma a nuevas miradas en el campo lo terapéutico.

2.- La visión Posmoderna.

El posmodernismo surge como un cuestionamiento a la supremacía del pensamiento científico, a las verdades dominantes y hegemónicas que plantea el modernismo. La reflexión del posmodernismo no pasa por imponer otras verdades hegemónicas, sino flexibilizar o incorporar nuevos elementos al debate del conocimiento en sus diferentes áreas. No se trata de abandonar las experiencias de la tradición sino más bien extender el repertorio y ampliar el diálogo.

En psicología surge como una posición de descontento de muchos teóricos por consideran que las ideas modernistas, no se ajustan a la comprensión y al estudio de la persona y su complejidad: se cuestiona entre otras cosas, el método científico para abordar el conocimiento y la investigación de lo humano, y la falta de consideración de los elementos históricos y contextuales. En palabras de Harlene Anderson (2006) “representa ante todo un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. En suma el posmodernismo rechaza el dualismo fundamental (un mundo real externo y un mundo mental interno)” (pág. 70). Como señala la misma autora, este pensamiento aglomera múltiples corrientes de pensamientos distintos pero relacionados, por lo que no se condice con un concepto unificado ni con un autor determinado. De hecho, intentar “fijar” un concepto, atenta contra las bases mismas de pensamiento post moderno.

2.1.- Construccinismo Social.

El Construccinismo es una teoría ontoepistemológica “sobre la naturaleza de la realidad, en la que ésta aparece como un producto emergente de nuestras potencialidades físicas, lenguaje y maneras entender el mundo, generada en la interacción; y cuya base es el no-esencialismo (Cabruja, Iñiguez & Vázquez, 2000, en Gutiérrez y otro, 2018). Según plantea Molinari (2003), uno de los meta discursos más destacados que recoge las ideas de la posmodernidad es el Construccinismo Social, quien ha hecho su crítica justamente donde se entrecruza el conocimiento y la práctica poniendo en entredicho las premisas fundacionales de la psicología tradicional. Según plantea el mismo autor, cuatro serían las cuestiones básicas con las que el construccinismo ha elaborado su cuestionamiento a los fundamentos básicos de las corrientes psicológicas tradicionales (Gergen 2000b, citado en Molinari, 2003):

- Lenguaje y mundo corresponden a órdenes diferentes y si existe alguna correlación entre ambas es debido al establecimiento de convenciones sociales que hacen posible que ello ocurra.
- La forma de describir, explicar y entender nuestro entorno deriva de relaciones. El lenguaje adquiere su significación de acuerdo al contexto social en el que se desarrolla.
- En la medida en que las personas explican o representan su realidad a través del lenguaje, ésta se hace tangible y cobra solidez. En otras palabras la realidad aparece, se hace cuerpo a través de convenciones y prácticas de naturaleza lingüística.
- Prestar atención acerca de las formas en que las personas comprenden su mundo, es básico para su propio bienestar.

Desde el punto de vista del Construccinismo Social, la verdad o la realidad no es algo que existe de manera inmutable sino que se construye a través de consensos sociales en donde el lenguaje adquiere una influencia fundamental dado que a través de él, las descripciones y explicaciones que hacemos de nosotros, de los otros y del mundo, cobran sentido. En otras palabras creamos la realidad en la medida que compartimos y hacemos cosas con otros, pensamos en conjunto a otros, percibimos, sentimos, negociamos, en definitiva, en la medida que compartimos mientras nos relacionamos con otros; y la herramienta que socialmente hemos desarrollado para plasmar la experiencia de interacción es el lenguaje y sus categorías (Gutiérrez, A. 2018).

Estas ideas impactan en el desarrollo de diferentes prácticas terapéuticas las que en términos de Gergen (2006) apuntan a considerar el ámbito del sentido personal y del sentido relacional para trabajar con eficacia en favor del cambio humano. En lo que se refiere a la orientación del terapeuta, el construccionismo social invita al terapeuta a flexibilizar su visión, dejando de lado una idea única de saber y abrirse a la posibilidad de sacar partido de todo cuanto el campo terapéutico le ofrezca y le haga sentido en un contexto inmediato. El potencial de la comunidad terapéutica radica en su capacidad de redefinir continuamente su forma de comprender. “Todo nuevo juicio, toda nueva comprensión enriquece la diversidad y la modalidad del instante relacional (Gergen 2006, pág. 92). Por otro lado, invita al terapeuta a abrirse a la conciencia de construcción de significado, a considerar la realidad como una construcción contingente y cambiante, en vez que intentar demostrar la existencia de una verdad única y “más conveniente” para el consultante. El construccionismo social, propone al terapeuta la incorporación de un cambio de estilo en cuanto a la posición que adquiere frente al consultante, proponiendo una relación terapeuta-consultante más colaborativa y simétrica, en contraste con la relación jerárquica tradicional similar a la del médico y su paciente. Finalmente, propone al terapeuta revisar las consideraciones sobre la neutralidad terapéutica, invitando a la exploración y reflexión crítica de los valores personales que los terapeutas llevan a la terapia. El hacerse cargo de que vivir en determinado contexto lleva aparejado también el desarrollo de determinados valores en detrimento de otros, permite una apertura a diálogos nuevos y transformadores.

En cuanto a la práctica terapéutica los postulados del construccionismo social orientan hacia el ámbito lingüístico: “nuestras descripciones del mundo que definen el campo de nuestros posibles nacen *en y a través de* las relaciones sociales y, (...) cobran forma *en el interior* del lenguaje” (Elkheim, M, en Gergen, 2006). El interés por el discurso no se limita tan solo a las palabras sino que alude también a la dimensión corporal y material que involucra este concepto. Como un corolario de lo señalado anteriormente, la relación se constituye como un eje central en la mirada construccionista, dado que es en ella en donde el lenguaje cobra sentido. Por lo anterior, el lenguaje no puede ser individual, el “lenguaje significativo es producto de la interdependencia social, exigiendo las acciones unas coordinadas formadas al menos por dos personas, y hasta que no existe un acuerdo mutuo sobre el carácter significativo de las palabras, no logran constituir el lenguaje” (Gergen,

1996). Dado que vivimos inmersos en múltiples correlatos relacionales, no existe una narrativa única que dé cuenta de la singularidad de una persona, se puede describir a una persona desde muchos puntos de vista, la identidad se desarrolla a partir del intercambio social por lo cual nunca representa una voz particular.

Considerando al lenguaje como central para el construccionismo social, esta perspectiva invita a prestar atención en las palabras como las concebimos. Las palabras no son meros rótulos de objetos invariantes sino que los constituyen como tal y los posicionan dentro de tradiciones o redes conceptuales y les asignan ciertas características por ejemplo el concepto de “problema” en salud mental, que puede connotar una práctica asociada a la tradición médica tal como lo son los términos patología o incapacidad, puede incidir en limitar los rangos de acción de las personas más que ampliar y desarrollar posibilidades en el espacio terapéutico y principalmente fuera de él. Si bien el lenguaje es una herramienta invaluable para el terapeuta construccionista, también lo son la consideración de la particularidad de cada individuo. En este sentido, el tiempo en un sentido histórico y el espacio en un sentido cultural cobran mucha relevancia dado que los conceptos no son estáticos, se encarnan de manera diferentes de acuerdo a las culturas, a las entidades, etc. a lo largo del tiempo por lo que perspectiva construccionista busca entender el contexto específico en donde emerge, actúa y se sostiene una condición dada.

3.- El Modelo Sistémico Centrada en Narrativas.

“La conciencia de nuestra ignorancia, el surgimiento de nuevos paradigmas alternativos que cuestionan las premisas y nociones que han orientado hasta hoy la actividad en psicoterapia, nos llevan a creer que estamos frente al final de una visión determinista, lineal y homogénea de la historia y que, por ende, hemos de atender la necesidad de nuevas conversaciones que incluyan lo impredecible de lo humano. Una de estas conversaciones es lo que me llevó a plantear aquello que en el año 1996 bauticé como “las 1000 miradas de la psicoterapia”, siendo el *Modelo Sistémico Centrado en Narrativas*, como yo lo

entiendo, una mirada más” (Zlachevsky, Ana María, 2015, pág. 20).

La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN), es un modelo desarrollado por la psicóloga Ana María Zlachevsky, que utiliza como base teórica la Constructividad, concepto que elabora con el fin de evitar el debate entre Construccinismo y Constructivismo, y que enfatiza el fluir de significados como un proceso constante y permanente con el que se construye el mundo en que se habita (Zlachevsky, 2015). Esta postura ontoepistemológica sostiene que “el mundo que se construye, entonces, no es la representación de la mente, como lo planteaba Descartes, sino que es una construcción que emerge en el momento de significar un fenómeno” (Zlachevsky, 2015, pág. 29). Desde esta perspectiva, no es posible afirmar la existencia de una realidad con independencia de quien observa y por lo tanto, invita a dejar de lado la idea que existe una respuesta correcta para entender la realidad, “cuando se adopta la constructividad se acepta que todas las formas de entender, todas las creencias, son igualmente válidas y por ello se pierde el ímpetu por tratar de cambiar al otro (Zlachevsky, 2015, pág.30).

Uno de los aspectos distintivos de la TSCN es el estatus ontológico que le otorga al lenguaje: el lenguaje como constitutivo de lo humano. La concepción de lenguaje a la que se hace referencia, dice relación con una perspectiva fenomenológica-hermenéutica, entendiéndolo como producto de las interacciones “entre” las personas y que adquiere sentido en el contexto relacional de las mismas. Desde esta perspectiva el lenguaje se constituye como acción coordinada, que incluye la palabra, los gestos, la postura, la mirada, lo dicho y lo no dicho. “El lenguaje cobra su rol protagónico para entender “lo psíquico” (...) los signos, los objetos, los eventos y las acciones son constituidas como tales en el lenguaje. En cuanto tales, no existen por sí mismos. Lo que una cosa sea en si misma jamás se sabrá, lo que sea para una persona determinada depende de la *distinción lingüística* que la persona realice. Esa distinción lingüística se hace siempre en y desde el lenguaje” (Zlachevsky, en Koulino y Stecher, 2008).

Para la TSCN el concepto de narrativas es central, dado que a través de ellas las personas expresamos la “experiencia concreta, cotidiana y personal de nuestras vidas” (Payne, 2002, pág. 37). Estas historias conforman “la matriz de conceptos y creencias a través de los

cuales comprendemos nuestras vidas y también el mundo donde éstas ocurren” (Payne, 2002, pág. 38), las narrativas dan cuenta de significados co- construidos, compartidos socialmente en un tiempo y en un espacio particular. Zlachevsky (2015), hace referencia al concepto de “razón narrativa” que alude a su vez al concepto de Ortega de “razón histórica” entendiendo que somos el presente de una historia dándole énfasis a la noción de contexto para comprender el sentido del relato de una vida. Los acontecimientos y experiencias se sitúan y adquieren sentido en un contexto, con determinadas personas en un tiempo y espacio. La razón narrativa se sustenta en el pensamiento narrativo el cual no busca que el relato sea verificable con alguna realidad externa como lo sería el pensamiento paradigmático. Como plantea Brunner “hay dos maneras de funcionamiento cognitivo, dos formas de pensamiento, cada una con su forma de ordenar la experiencia y construir la realidad ...un buen relato y un buen argumento pertenecen a clases diferentes. Ambos pueden usarse para convencer a los demás. Pero son convencimientos distintos: los argumentos nos convencen de su verdad; los relatos de su semejanza con la vida (Brunner 1986, pag.11, en Payne 2002, pág 46). El relato comprendido desde la semejanza con la vida del que relata, es sustancial en la TSCN.

En este sentido, el entendimiento del otro no sólo se realiza a partir de su relato en el contexto en que la persona le da sentido, sino que también es necesario comprender “el mundo” del otro. Los acontecimientos no son experimentados de igual forma por las personas: cada quien experimenta a partir de su mundo particular, en otras palabras, a partir de sus creencias. “Las creencias son aquello en que se cree, que sustenta la forma como se entiende el mundo circunstante, es aquello que orienta el quehacer de cada quien, es su propia ontoepistemología y por ello no son discutibles” (Zlachevsky, 2017, pág. 21). Son diferentes a las ideas en tanto éstas son discutibles y pueden ser modificadas. Las creencias suelen ser colectivas, compartidas por la generación como una forma de ver el mundo, suelen tener una estructura jerárquica en donde unas creencias apoyan a otras y las personas las experimentan como “su realidad”. Como plantea Ortega y Gasset citado en Zlachevsky (2017), “vivimos en ellas y, por lo mismo, no solemos pensar en ellas. Por eso decimos que *tenemos* estas o las otras ideas; pero nuestras creencias, más que tenerlas las somos”.

Para Zlachevsky la pregunta por lo ontológico adquiere un sentido fundamental en su desarrollo teórico y práctico dado que, según ella, la comprensión del ser humano a la base

del operar terapéutico es una pregunta que históricamente ha quedado sin respuesta y que es preciso ser aclarada. De acuerdo a lo planteado por Zlachevsky, “las creencias *en que cada uno de nosotros vive*” trasuntan en nuestro quehacer (2015, pág. 36). Es por esto que propone incorporar un eslabón más, a los niveles jerárquicos conceptuales presentes en el operar de cualquier enfoque terapéutico, propuestos por Fernando Coddou en 1992. Este autor hace referencia a cinco niveles conceptuales: El nivel epistemológico, el de paradigma, el de teoría, el de modelo intermedio y el nivel técnico. Zlachevsky, propone incorporar a este esquema un *nivel ontológico*, como una forma de otorgar fundamento a la psicología y evitar que esta disciplina se constituya solamente en una sumatoria de elementos técnicos. No se trata de un nivel conceptual más, sino que la comprensión acerca de lo humano, se manifiesta en todos los niveles, “creo que la comprensión de ser humano que esté a la base de la práctica terapéutica debe ser explicitada; de lo contrario, se cae en técnicas terapéuticas que parecen no tener un sustento teórico” (Zlachevsky, 2010, pág.87). De esta forma la comprensión del ser humano, a la base de la práctica terapéutica se traduce en una forma de hacer psicoterapia congruente entre el cómo se piensa el ser y el propio hacer. “La explicación de lo ontológico le facilita al terapeuta entender la propia coherencia de significados que emerge en el momento de hacer la psicoterapia” (Zlachevsky, 2015, pág. 35). De acuerdo a esta autora en esta explicitación juega un papel fundamental la filosofía.

3.1.-La filosofía de Heidegger como sustento ontológico de la TSCN.

La TSCN propone un diálogo con la filosofía, fundamentalmente con la de Heidegger, vinculando los planteamientos del ser humano que este autor propone, con la práctica psicoterapéutica, incorporando una base filosófica a una forma de hacer psicoterapia. Desde una perspectiva existencial Heidegger utiliza el concepto del Dasein para referirse al hombre: *siendo ahí en el mundo*.

Heidegger se cuestiona por el sentido del ser, qué hace que algo sea real. El autor plantea que las respuestas que se le ha dado a esta interrogante tradicionalmente se han orientado a responderla desde lo óntico, es decir, desde un objeto: ideas, dios, átomos, etc. Para el autor responder la pregunta sobre lo real con un ente más, no responde la pregunta como tal, sino que la desplaza ¿Cómo responder entonces a la pregunta por el ser no

aludiendo a ningún ente? Para evitar esa deriva, Heidegger propone una comprensión ontológica, refiriéndose con ello a que para comprender el ser de algo, es necesario aludir a su sentido. El ser de algo no es aislado, siempre es ser de una cosa. “El ser se manifiesta en el ente, pero, no es el ente, lo sobrepasa. Ambos, ser y ente, no son separables. Se dan juntos, como una unidad, por lo que el pensador de Friburgo en lugar de utilizar el vocablo hombre elije la palabra Da-sein, ser-ahí. El Dasein es el ahí del ser (Zlachevsky, 2010, pág. 90).

Para Heidegger el ente más cercano al ser es el Dasein, porque a diferencia de otros entes el Dasein tiene cierta comprensión de su ser. “El Dasein no es tan solo un ente que se presenta entre otros entes. Lo que lo caracteriza ónticamente es que a este ente *le va* en su ser este mismo ser. La constitución del ser del Dasein implica entonces que el Dasein tiene en su ser una relación de ser con su ser. Y esto significa, a su vez, que el Dasein se comprende en su ser de alguna manera y con algún grado de explicitud. Es propio de este ente el que con y por su ser éste se encuentre abierto para él mismo” (Heidegger, 2005, pág. 35). Según plantea el filósofo, la esencia del Dasein reside en su existencia y se relaciona con ella, con su existencia, como un problema que tiene que resolver, lo que hace en la actividad concreta del existir, de vivir su propia vida. La particularidad óntica del Dasein consiste en que éste es ontológico porque es el único ente que se relaciona con su existencia como algo por resolverse y este existir, es su ser. Cabe hacer notar que esta particularidad del Dasein, la de existir cada vez su propia vida, lo distingue de otros entes en la medida que aquello que lo caracteriza no son sus propiedades (pues sería como cualquier otro ente), sino que, desde lo ontológico, desde su esencia, lo caracterizan sus posibilidades: su ser está abierto en todo momento, tiene su vida por vivirse, por realizarse. Desde esta perspectiva, tiene la posibilidad de elegir como vivirse la vida., “El Dasein *es* cada vez su posibilidad, y no la “tiene” tan solo a la manera de una propiedad que estuviera-ahí. Y porque el Dasein es cada vez esencialmente su posibilidad, este ente *puede* en su ser “escogerse”” (Heidegger 2005, pág. 68).

3.1.1 La estructura a priori del Dasein.

Heidegger plantea que ónticamente el Dasein puede desarrollar diferentes existencias, cada Dasein es un caso particular, tiene sus propias maneras de responder a la cuestión de su

existencia, pero ontológicamente comparte una estructura común. Uno de los aspectos que describe es su forma de estar en el mundo: para el filósofo el Dasein no está en el mundo de manera cognitiva, conociéndolo de manera imparcial, sino que lo habita, experimenta el mundo como algo que se le revela. Heidegger refiere que la forma en la que el Dasein está abierto al mundo es su “apertura”, lo cual es un aspecto muy novedoso en la mirada del filósofo y para la época, pues da cuenta que el ser de cada persona no es algo que sucede en el interior de ella, sino que se extiende sobre los espacios de interés que se le abren en el mundo. El Dasein no es un sujeto que se relaciona con un mundo de objetos sino que más bien, es un ente que permite que su mundo se le revele.

Los elementos que permiten este abrirse hacia el mundo, Heidegger los denomina “existenciales” y pueden entenderse como los elementos que constituyen esta “apertura” o la forma de estar en el mundo. Para el filósofo estos existenciales serían: “la disposición afectiva”, “el comprender” y “el habla”. Estos tres elementos aparecen de manera simultánea o como dice el autor son “cooriginarios” y constituyen la forma especial en la que cualquier Dasein está en el mundo o más bien, la forma en la que el mundo se le revela al Dasein.

La disposición afectiva, se manifiesta ópticamente en la emoción o en el temple anímico, y es la forma del Dasein de estar en el mundo, es el “lugar” desde donde “desoculta” el mundo. “El Dasein ya está siempre anímicamente templado” (Heidegger, 2005, pág. 158), su conexión con el mundo se establece desde su estado de ánimo. El estado de ánimo de la persona es una condición de trasfondo que está siempre presente y de lo cual no puede escapar, a través de su estado de ánimo el Dasein se encuentra arrojado en un mundo que no escogió, sin decisión sobre las circunstancias que lo rodean. Lo que le revela al Dasein su disposición afectiva, es su condición de arrojado, aquello sobre lo cual no puede escoger. Pero como se mencionó previamente el Dasein es una posibilidad abierta cuyo objetivo es existir, en el sentido de resolverse y por ello, la segunda forma en la que el Dasein manifiesta su apertura es a través del comprender.

En el acto de comprender el Dasein accede a su propio ser a través de las posibilidades. Ontológicamente el Dasein tiene la habilidad de existir, en el sentido que el Dasein tiene que forjar su existencia a través de decisiones. El Dasein se encuentra arrojado en su ahí que se le revela a través de su disposición afectiva, pero en este ahí hay diferentes

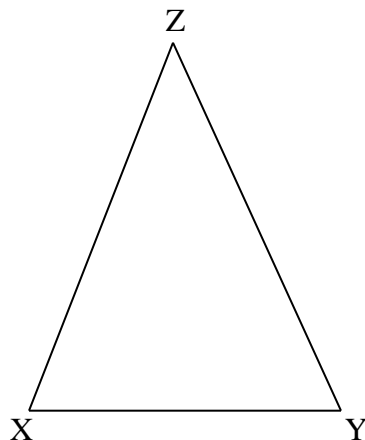
posibilidades en las que pueden derivar los acontecimientos. El comprender se proyecta hacia esas posibilidades futuras sobre las cuales el Dasein tiene cierto control, aun cuando estas posibilidades no son ilimitadas. En el proyectarse hacia diferentes posibilidades es que el Dasein existe y es el comprender lo que proyecta esas posibilidades. “El Dasein no es algo que está-ahí y que tiene, por añadidura, la facultad de poder algo, sino que es primariamente un ser posible. El Dasein es siempre lo que puede ser y en el modo de su posibilidad” (Heidegger, 2005, pág. 167). La existencia del Dasein es indeterminada, su tarea es realizarse, lo que logra a través de la proyección de sus posibilidades. Por lo tanto, no es algo definido en el presente, sino que es lo que será. En este sentido, el filósofo pone el acento en la potencialidad de ser.

Si el comprender proyecta posibilidades, la interpretación las hace explícitas. “La interpretación no consiste en tomar conocimiento de lo comprendido, sino en la elaboración de las posibilidades proyectadas en el comprender” (Heidegger, 2005, pág. 172). Por otro lado la interpretación que de algo se haga, se basa en la experiencia de quien interpreta, “La interpretación de algo en cuanto algo está esencialmente fundada en el haber previo, en la manera previa de ver y en la manera de entender previa. La interpretación no es jamás una aprehensión, sin supuestos, de algo dado” (Heidegger, 2005, pág. 174). Cuando se interpreta algo se hace explícito el para qué de ese algo o su uso, es decir, su sentido. “Lo articulable en la interpretación...ha sido llamado el sentido...La comprensibilidad afectivamente dispuesta del estar-en- el-mundo *se expresa como discurso*. El todo de significaciones *viene a la palabra*” (Heidegger 2005, pág. 184). Si bien el habla es un existencial, se ontifica en el lenguaje. Cuando Heidegger se refiere al discurso o habla, no solo se refiere al decir, al hablar y al lenguaje, sino que también se manifiesta en el oír, el callar y el escuchar.

3.2.- La triada inseparable X-Y-Z.

Zlachevsky recoge estos conceptos desarrollados por Heidegger entendiendo a un hombre, que está en construcción permanente, al que el mundo se le revela sobre la base de su disposición afectiva y que, a partir de su comprensión, es capaz de significar aquello que vive. La tríada inseparable XYZ, surge como una forma de sistematizar la conversación terapéutica y de facilitar la co-construcción de un problema trabajable en terapia y que es distintiva del operar terapéutico en la TSCN.

Como lo plantea la autora del modelo, esta ecuación surge de la necesidad de guiar la conversación terapéutica dado que muchas veces la persona que asiste a terapia, suele acudir con una gran cantidad de información, “no solo porque la persona no lo tiene claro, sino porque cuando alguien va a consultar todo parece importante en la vida de esa persona y relacionado con el problema” (Zlachevsky, 2015, pág 78). Este esquema sirve como hilo conductor para guiar la conversación terapéutica.



En esta ecuación la X representa la comprensión que el terapeuta tiene de la explicación que el consultante o el sistema consultante expresa de su situación problemática, la Y da cuenta del temple anímico o de la emoción que emerge de manera inesperada y que fundamenta la explicación de la experiencia que trae el consultante a la terapia y la Z alude al episodio crítico que desencadena la emoción displacentera en algún dominio de existencia del consultante y la consecuente explicación que lo lleva a consultar. El episodio se hace explícito a través de la pregunta “¿Por qué ahora?”. Maturana describe el concepto de

intervención ortogonal, para referirse a un suceso en la experiencia de la persona que irrumpe en su cotidianidad y que gatilla un cambio en la manera de significar en algún dominio de existencia (Zlachevsky 2015). En la práctica terapéutica, la persona asiste a la terapia con un estado emocional determinado (Y), vinculado con la explicación (X) acerca de una situación particular (Z) que ha desencadenado dicha emoción displacentera. El objetivo terapéutico es co-construir una narrativa nueva, una nueva forma de significar, libre de sufrimiento y en coherencia con el sistema de creencias de quien consulta.

Es importante señalar que, aun cuando la construcción de la ecuación XYZ parece simple, no es fácil de elaborar debido a que la persona que asiste a consulta, muchas veces no tiene claro su estado emocional ni qué le ocasiona el malestar o desde cuándo siente una sensación de displacer. Además las personas por lo general tampoco tienen claridad sobre el sistema de creencias sobre los que construyen sus premisas de vida, por lo que lograr co-construir este esquema, muchas veces no resulta trivial.

3.3.-Premisas a la base del operar terapéutico en la TSCN.

En definitivas la TSCN se sostiene en base a las siguientes premisas:

- 1.-El lenguaje es constitutivo de lo humano. Las personas construyen su mundo de significados a través del lenguaje. Una serie de significados compartidos configuran las narrativas, las que se convierten en el eje del trabajo terapéutico en la TSCN.
- 2.-Considerando el punto anterior, se entiende que el problema que aqueja al sistema consultante es una co-construcción que involucra a todos quienes compartan su significado y se extiende en el dominio de existencia que el consultante define.
- 3.- Dado que el problema que aqueja al sistema consultante es una co-construcción a partir de los significados que la persona maneja, es ella quien sabe qué es lo que lo aqueja, qué desea cambiar y qué mantener. El terapeuta sistémico centrada en narrativas no se posiciona como experto en la experiencia del consultante.
- 4.- La principal herramienta del terapeuta sistémico centrado en narrativas es la capacidad para hacer preguntas coherentes con el sistema de significados del consultantes y que gatillen

reflexiones que permitan incorporar significaciones diferentes que modifique la narrativa que mantiene en sufrimiento al sistema consultante. Esto implica la habilidad del terapeuta de captar el sistema de creencias en el que el sistema consultante se mueve.

5.- La incorporación de nuevos significados permite construir una narrativa distinta, que implique una interpretación diferente de la experiencia y que lleva al sistema consultante a construir un relato nuevo alejado de los significados dolorosos.

6.- Así como la pregunta se constituye en una poderosa herramienta terapéutica, también lo es la actitud del terapeuta. En este sentido, el terapeuta sistémico centrado en narrativas no es un experto que sabe lo que le pasa al sistema consultante, por el contrario, se posiciona desde el “no saber” y a partir de allí se encuentra disponible para construir junto al sistema consultante, a partir de su marco de significados, nuevas narrativas.

III.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el cambio de narrativa que ocurre en el caso de una mujer diagnosticada con depresión por el sistema de atención público sanitario, a partir del modelo de Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas?

IV.- OBJETIVOS

1.-Objetivo general:

- Describir un proceso terapéutico basado en la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas de una mujer diagnosticada con depresión por el sistema de atención público sanitario, a través de un estudio de caso.

2.- Objetivos específicos:

- Co-construir junto a la consultante la problemática a abordar en base al esquema X-Y-Z, propuesto por el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas
- Describir las intervenciones desarrolladas y los cambios de la narrativa derivadas de estas, en función de cada problema co-construido a partir del modelo XYZ.
- Reflexionar sobre los aportes del Modelo Sistémico Centrado en las Narrativas en relación a modelos terapéuticos tradicionales en psicología.

IV.- ABORDAJE METODOLÓGICO

Este estudio se posiciona en el contexto de una investigación cualitativa, ya que este paradigma permite la articulación de la elaboración de conocimiento científico con la singularidad y particularidad de la experiencia de la persona, lo que se ajusta al objeto de esta investigación cual es conocer y profundizar la experiencia y significados de los fenómenos que la consultante relata, en un tiempo y espacio particular.

1.- Aspectos onto epistemológico y metodológicos.

En este apartado se declaran los aspectos que, fundamentados en el contexto onto epistemológico plasmado en las secciones anteriores, sirven de guía para la elecciones procedimentales que dan cuerpo al presente trabajo investigativo.

1.1-Naturaleza de la investigación.

El estudio que se presenta, se posiciona paradigmática y metodológicamente en el contexto de una investigación cualitativa con lo cual se entienden una serie de supuestos orientadores coherentes. Siguiendo a Taylor y Bogdan 1986 (citado en Erazo, 2011), la investigación cualitativa refiere a un campo de la investigación científica que posee características bien definidas, a saber:

- Se trata de una investigación inductiva en donde se buscan conceptos y comprensiones a partir de los datos, no intentan contrastar modelos o hipótesis y por tanto utiliza diseños flexibles.
- Se utiliza una perspectiva holística en donde se intenta comprender tanto escenarios y personas como un todo en un contexto histórico.
- El investigador en este caso, asume el efecto que él mismo causa en el contexto de investigación, comprendiendo la imposibilidad de eliminarlo, por lo que intenta entenderlo e incorporarlo en el análisis e interpretación de los datos.

- Los fenómenos mismos buscan ser comprendidos desde los significados particulares que las personas le atribuyen.
- La postura que asume el investigador frente a los fenómenos es de curiosidad, no dando nada por supuesto, dejando de lado sus propias expectativas
- El investigador no busca una verdad determinada, sino que entiende y asume todas las perspectivas como igualmente válidas y valiosas.
- Los métodos y técnicas empleadas buscan conocer a las personas en su cotidianidad y en lo posible experimentar lo que ellas sienten.
- Se enfatiza la validez por sobre la confiabilidad de la investigación y se espera que los mecanismos de evaluación muestren la relación entre los datos y lo que los sujetos hacen y dicen.

1.2-Análisis de la información.

Dado que el objeto de la presente investigación es dar cuenta de las experiencias subjetivas de la consultante en cuanto al proceso experimentado durante el trabajo terapéutico, se considera un método de análisis fenomenológica- interpretativo o hermenéutico que, en consecuencia con el marco ontológico y epistemológico que guía el presente trabajo, considera imposible dar una descripción pura de los eventos sino que más bien reflexiona sobre las vivencias de la participante. En este sentido, por un lado la fenomenología, de la palabra griega *fenomenon* que alude a mostrarse a sí mismo, se entiende como una corriente que aporta con la experiencia subjetiva de los hechos tal como se perciben, por tanto releva el papel de la experiencia personal como base del conocimiento. Por otro lado, el significado de la palabra hermenéutica refiere a la interpretación o comprensión (Sandín, 2003 en Barbera e Inciarte 2012). Siguiendo a Varela et al. (1993) “El término “hermenéutica” se refería originalmente a la disciplina de interpretar textos antiguos, pero ahora denota todo el fenómeno de la interpretación, entendido como “enactuar” o “hacer emerger” el sentido a partir de un trasfondo de comprensión.” (pág. 176), dicha práctica de desocultamiento constituye un ejercicio hermenéutico. Desde una perspectiva hermenéutica se deshecha la intención de alcanzar un conocimiento verdadero ya que entiende que la comprensión es interpretativa: no hay comprensión correcta así como tampoco hay una interpretación correcta. En palabras de Anderson, H. (1997) “Cada descripción, cada interpretación es una

versión de la verdad. La verdad se construye a través de la interacción de los participantes y es contextual. La interpretación, la comprensión y la búsqueda de la verdad nunca acaban” (pág. 74)

Desde la perspectiva Heideggeriana, el método fenomenológico hermenéutico es una metodología filosófica que se orienta hacia lo ontológico, incorporando la historicidad en la comprensión de lo humano intentando descubrir el significado del ser o la existencia humana a través de la descripción o comprensión de la experiencia cotidiana, ya que esta experiencia constituye la forma como el Dasein se vive a sí mismo (Heidegger, 2005). La tarea implica mirar más allá de lo evidente y hacer emerger lo oculto, revelar los fenómenos ocultos, los significados, de allí el proceso interpretativo.

Gadamer, por su parte, aporta con la contribución del intérprete a la experiencia interpretativa, pues según este autor existe una estructura de comprensión previa que posee el intérprete, lo que influye en la forma particular de comprensión que se origina en el encuentro, y está influida por la historia, la cultura y la época. Además para Gadamer esta comprensión va de la mano de la lingüística, planteando que la comprensión plena del sentido del ser siempre se da en el lenguaje. Desde la perspectiva de ambos autores, se complementa la fenomenología y la hermenéutica tomando en consideración la intención de revelar que supone la primera y la idea de interpretar o revelar lo no obvio, basada en la historicidad y en la lingüística en la comprensión del ser (Barbera e Inciarte, 2012).

En este estudio, se trabajará considerando una interpretación ontológica de los problemas psicológicos planteados por la consultante a partir de los existenciales del Dasein propuestos por Heidegger, en base a los que se construye cada XYZ en un determinado dominio de existencia, para el posterior cambio de narrativa a través de la intervención.

1.3.-Posición del investigador/terapeuta.

Desde el punto de vista ontoepistemológico, es decir respecto de cómo se concibe la realidad y cómo se genera el conocimiento de la misma, la investigación asume la constructividad como base epistemológica, por lo cual se entiende la realidad como una construcción que emerge al momento de significar un fenómeno. Siguiendo a Maturana

(1984), se cuestiona la existencia de una realidad objetiva independiente del observador, desbaratando la concepción tradicional del objeto externo como un elemento fundamental en la elaboración del conocimiento, entendiendo la realidad como subjetiva y múltiple. Desde esta forma de entender, los fenómenos no son independientes de quien los concibe. En este sentido, el papel del investigador no es neutro, se reconoce al terapeuta como parte del proceso terapéutico, en la medida que forma parte de la interacción pero haciéndose cargo de sus valores y creencias. Señala Zlachevsky (2015) que es preciso que el terapeuta este *alerta* de que está constantemente *co-construyendo* con el paciente. Desde este posicionamiento, entonces, se aceptan múltiples formas de entender, todas igualmente válidas.

2.- Estrategia de investigación: Estudio de caso.

Dado que el estudio de caso permite conocer en profundidad una realidad particular, es que esta estrategia se ha utilizado con bastante frecuencia en la investigación cualitativa. Para Stake (1998) “El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (pág. 11). El mismo autor plantea que puede entenderse como una estrategia de investigación cuya característica principal es abordar de manera intensiva una unidad, la que puede ser una persona, una familia, una organización, o una institución, pero siempre una unidad. Según plantean Muñoz y Muñoz (2001), la profundidad e intensidad con la que el estudio de caso permite conocer un fenómeno, es el aspecto más característico de este método de estudio con el que se busca no solo captar la particularidad de un fenómeno sino que también el funcionamiento de las partes que lo componen y sus relaciones para formar un todo.

Chetty (1996), citado en Martínez 2006, plantea que el estudio de caso es una metodología útil de investigación cuando:

- Se busca dar respuesta a cómo y porque ocurren los fenómenos.
- Se estudia un tema en particular.
- Se estudian temas para los que las teorías existentes son inadecuadas.
- Se estudian fenómenos desde múltiples perspectivas.
- Se busca explorar de forma más profunda y amplia un fenómeno lo que permite la aparición de temas emergentes.

Por otra parte Pérez Serrano (1994), distingue cuatro características fundamentales en relación al estudio de caso:

1.- Es particularista dado que se orienta a comprender una realidad singular, su cometido va a la singularización y no a la generalización.

2.- Es descriptivo ya que el resultado de un estudio de caso arroja una rica descripción de tipo cualitativa en donde se considera el contexto y las variables que definen la situación.

3.- Es heurísticos en tanto permite descubrir nuevos significados, ampliar experiencias o confirmar lo que ya se conoce.

4.-Es inductivo ya que se basa en observación detallada que permiten estudiar múltiples y variados aspectos y examinarlos con relación a otros.

Considerando los objetivos de la investigación, se considera apropiada la elección de un caso único dado que, se releva el hecho particular y se busca una aproximación profunda e integral del fenómeno en su contexto facilitando la identificación de fenómenos emergentes. Es por esto que en este estudio, la unidad básica de investigación corresponde a un proceso terapéutico enfocado a partir de un caso único a través del reporte de sesiones de psicoterapia, centrado en la descripción del problema psicológico co-construido en la evidencia de la intervención y en el cambio de narrativas. Se entiende como modelo intermedio a la base del proceso, la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

La presentación del caso se realiza siguiendo las normas de redacción de casos clínicos propuesta por Gualberto Buena-Casal y Juan Carlos Sierra (2002), ya que permite transmitir de manera sistemática el proceso terapéutico para ser revisado y discutido por otros investigadores. Los autores sugieren doce apartados que permiten en palabra de los mismos “una mejor descripción y comprensión del caso: resumen, identificación del paciente, análisis del motivo de la consulta, historia del problema, establecimiento de las metas del tratamiento, análisis y descripción de las conductas problema, estudio de los objetivos terapéuticos, selección del tratamiento más adecuado, selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase, aplicación del tratamiento, evaluación de la

eficacia del tratamiento, seguimiento y observaciones de cualquier tipo que ayuden a la descripción del caso” (Buela-Casal y Sierra, 2002, pág. 1).

Aunque estas normas fueron elaboradas para intervenciones preferentemente de carácter cognitivo-conductual, los autores plantean la posibilidad de ser útiles a otros modelos de intervención, con los ajustes correspondientes al caso. En el presente estudio las normas de redacción se ajustan a los requerimientos de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, con lo que los apartados se plantean de la siguiente manera: 1.-Identificación del caso. 2.- Antecedentes generales, los que se relacionan con la elaboración y explicación del genograma completo. 3.- Motivo de consulta o queja traída por el consultante. 4.- Historia de la queja o “porqué ahora”. 5.- Análisis y descripción de las conductas problemas. 6.- Establecimiento de metas de intervención, foco, objetivo y/o lineamiento de trabajo: co-construcción del problema psicológico, cambio de narrativas y/o explicación que atrapa al consultante. 7.- Selección del tratamiento más indicado: características y elección de las intervenciones realizadas. 8.-Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase. 9.-Aplicación de los tratamientos: fecha, lugar y duración de la sesión; descripción general de la sesión; hipótesis de trabajo (XYZ); dominio de existencia en el que habita el problema; intervención/es y/o acción/es terapéutica/s; cambio de narrativa o explicación que atrapa en el dolor. 10.-Evaluación de la eficacia de los tratamientos. 11.- Estado del proceso y seguimiento. 12.-Vínculo terapéutico y persona del terapeuta.

3.- Criterios de Rigor.

Si bien el posicionamiento de la investigación cualitativa ha logrado erguirse como una alternativa válida, sobre todo en el estudio de las ciencias sociales, cabe hacerse cargo de las demandas sobre los elementos de rigurosidad que, en contraste con la investigación cuantitativa, este tipo de investigación posee. Los criterios de rigurosidad tradicionalmente se encuentran validados para un tipo de investigación positivista, orientada a la medición, cuantificación y generalización de los resultados. Sin embargo, para un paradigma interpretativo en donde a través de la hermenéutica se busca dar cuenta de significados implícitos, la credibilidad parece encaminarse por la clara explicitación y sistematización de los procedimientos a seguir en el estudio.

En este sentido, entendiendo la diferencia paradigmática entre la investigación cuantitativa y la cualitativa, no se pretende establecer el rigor científico comparando criterios del uso de un método versus otro, ya que no son comparables pues buscan respuestas a preguntas distintas. Por ejemplo, en el caso de la presente investigación la validez de la investigación como criterio de rigurosidad no se considera pertinente, ya que el conocimiento que se busca no pretende ser generalizable ni replicable en un contexto diferente. Lincoln y Guba, plantean que la investigación cualitativa requiere criterios de rigor distintos a los utilizados en la investigación cuantitativa sugiriendo la credibilidad como análoga a la validez interna, la transferibilidad como análoga a la validez externa, la dependencia como análoga a la confiabilidad y la confirmabilidad como análoga a la objetividad (Lincoln y Guba, en Arias y Giraldo, 2011). Con ello se pretende asegurar el adecuado procedimiento en la investigación logrando así que, considerando el trasfondo epistemológico utilizado en la investigación, diferentes investigadores puedan llegar a conclusiones similares, para lo cual es necesario contar con óptimos registros del proceso, en cuanto a claridad y orden, y documentación pertinente del trabajo investigativo.

1.- Criterio de credibilidad: Refiere al nivel o grado los resultados de la investigación son reconocidos por los informantes, en este caso la consultante, como una aproximación verdadera a lo que ellos sienten o piensan. Representan una realidad consensuada entre terapeuta y consultante y para quienes están en contacto con el fenómeno estudiado. Para lograr este criterio, se cuenta con las notas que se obtienen de las sesiones terapéuticas, las que se utilizan para confirmar hallazgos y revisar datos particulares en el diálogo y la conversación entre terapeuta y consultante; uso de transcripciones textuales de algunos pasajes de las conversaciones desarrolladas durante el proceso terapéutico; consideración de una actitud reflexiva por parte del investigador o terapeuta en cuanto a considerar su propia presencia a la hora de la recolección y análisis de los datos; discusión de las observaciones con otros investigadores o terapeutas a través de las supervisiones clínicas del caso en cuestión (Rada, D. 2006). En este sentido, la presente investigación se enmarca en un contexto de estudio en donde otros investigadores (terapeutas) conocen y reflexionan en conjunto con el investigador principal respecto de los caminos y alcances del trabajo realizado, pues el trabajo se presenta en diferentes momentos de su desarrollo, como caso de supervisión clínica, en el contexto del curso de Magíster en Psicología Clínica con Mención

en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista, versión 2015-2016, de la Universidad de Valparaíso, Chile. Finalmente el trabajo investigativo se sintetiza en el presente documento, que da cuenta en su conjunto, del registro riguroso del proceso.

2.- Criterio de transferibilidad: Este criterio da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados de la presente investigación a otras poblaciones (Rada, D. 2006). Como se ha declarado, en base al modelo de trabajo y sus consideraciones ontoepistemológico desarrolladas previamente, la investigación desarrollada no pretende extrapolar los resultados a otros contextos, ya que el grado de transferibilidad es directamente proporcional a la similitud de los contextos estudiados y en este caso los significados y las interpretaciones desarrolladas se ajustan solamente a este determinado proceso terapéutico. Sin embargo, en el caso de la investigación cualitativa, para Guba y Lincoln, más que la generalización, la transferibilidad considera la posibilidad extrapolar hipótesis de trabajo (Erazo, 2011). En este sentido, los lectores del informe sean quienes determinen si es posible transferir los hallazgos o parte de ellos a un contexto diferente, para lo cual se ha procurado mantener registros orientadores de las sesiones trabajadas o reportes de cada sesión, los que recogen los aspectos que a juicio del terapeuta, se constituyen como centrales y guadores del proceso para la elaboración de un problema trabajable (XYZ) y el posterior análisis del mismo.

3.- Criterio de dependencia: o criterio de consistencia, hace referencia a la estabilidad de los datos lo cual se constituye como un tema complejo para el caso de la investigación cualitativa ya que la estabilidad de los datos no está asegurada (Noreña, A y otros. 2012). Aun así se procura la rastreabilidad de los datos obtenidos para el presente estudio, en caso que otro investigador desee seguir el curso de la presente investigación. En este sentido como mecanismo para garantizar este criterio, se desarrolla en profundidad el componente descriptivo de las condiciones en que los datos se generan, la complementación de la fuente en la recogida, análisis y la verificación de los datos, como factores claves para la interpretación de los mismos y se trabaja en coordinación con la supervisora del caso quien se constituye como un evaluador externo experto, durante las diferentes etapas del proceso investigativo.

4.-Criterio de confirmabilidad: o auditabilidad “se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro (Guba y Lincoln, 1981 en Rada, D. 2006). Para garantizar este criterio, es necesario mantener una documentación y registro completo de la investigación, en todas las etapas de su desarrollo con lo que se espera que otro investigador pueda al examinar los datos llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas. Se garantiza en parte la aplicación de este criterio en cuanto a la documentación detallada, clara y exhaustiva del proceso terapéutico en todas sus etapas. Sin embargo el logro de conclusiones similares de otros investigadores, en base a los registros presentados se constituye como una posibilidad más que una certeza considerando el trasfondo ontoepistemológico de la presente investigación.

4.- Aspectos éticos

El aspecto ético en una investigación de esta naturaleza reviste fundamental importancia dado que al compartir las narrativas de vidas, experiencias y significados, quedan expuestos aspectos muy personales e íntimos de las personas que forman parte del proceso. Siguiendo a Bateson (2002) cuando se trabaja con personas es preciso cambiar el foco desde “que” se investiga hacia el “quien/es” investigan y son investigados, valorando una actitud atenta y sensible frente a la experiencia que se construye con el participante. Más aun considerando la vulnerabilidad de la persona que solicita terapia a causa del sufrimiento psicológico que la lleva a consultar.

Considerando lo anterior, la presente investigación cautela el bienestar de la consultante basada en las reglas y principios éticos que ampara la comunidad científica, referidos al respeto por los derechos humanos en general (Ferrero, 2000) y los capítulos 1, 2 y 3 del Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile, en particular (Colegio de psicólogos de Chile, 1999).

No obstante lo anteriormente mencionado, es conveniente precisar que, teniendo en cuenta el trasfondo ontoepistemológico de este estudio, se presta especial cuidado al hecho que según recuerda Tuhiwai Smith “el apego a principios universales es una de las dificultades respecto de los códigos éticos de conducta para la investigación” (Tuhiwai Smith, 2011, pág. 215), entendiendo que este apego podría constituir un riesgo al intentar colocar la

norma general por sobre el caso particular. En este sentido, el mismo autor plantea la presencia de dos paradigmas éticos: el paradigma principalista, dominante y el paradigma relacional. El primero da cuenta de un “universalismo ético” centrado en mayor medida en la búsqueda de “la verdad” en desmedro de los “relatos particulares” lo cual podría conducir a una simplificación y deshumanización del sujeto y llevado a un extremo a la consideración de un sujeto anónimo o abstracto. Por su parte, el segundo paradigma pone de relieve la situación particular y si bien, se basa en los códigos universales de los derechos humanos, reflexiona sobre los principios y normas éticas consecuentes (Sánchez y Llobet, 2016). “En esta perspectiva paradigmática, por ejemplo, cobra relevancia la interrogación sobre qué entendemos por “respeto”: lo que parece ser a primera vista una cuestión universal comporta, en realidad, un complejo entramado de comportamientos, lenguajes, rituales y códigos culturales de interacción social; con lo cual el investigador no puede presuponer su sentido unívoco frente al sujeto singular que investiga; más bien, dependerá de la co-definición generada en el contexto investigativo” (Sánchez y Llobet, 2016, pág 203-204).

De esta forma, aun cuando el estudio de caso que se presenta, declara y respeta los principios generales, resumidos como respeto por la autonomía de las personas, materializada en el uso del consentimiento informado; el beneficio para la persona en cuanto a la minimización de riesgos y la justicia en cuanto al uso de procedimientos razonables y correctos, plantea un equilibrio entre ambos paradigmas dado que al poner el foco en la comprensión/ interpretación profunda de una situación particular, los aspectos ético-procedimentales trascienden el mero cumplimiento de reglas estandarizadas. Así, las reglas pueden reconsiderarse según los siguientes aspectos: “consulta, acuerdo-negociación y comprensión mutua; respeto contextualizado, límite y reconocimiento por lo singular, búsqueda de beneficios mutuos acordados y resultados convenidos” (Sánchez y Llobet, 2016, pág 204). Como ejemplo Stake, 2013, citado en Sánchez Llobet, 2016, propone que las personas que forman parte de un estudio reciban una copia (preliminar) del informe del caso y que no se trate de una simple comunicación del mismo, sino que se consideren como “signos de preocupación” las observaciones que de los informes en cuestión realicen las personas consultadas, es decir, tomar en cuenta las objeciones y sugerencias de quienes forman parte del estudio de caso.

VI.- DESCRIPCION DEL ESTUDIO DE CASO

El caso que se presenta a continuación, fue desarrollado en el contexto de consulta privada en la ciudad de Valparaíso y presentado como caso clínico en el Módulo de Práctica Clínica Supervisada, curso integrante del Magister en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista, impartido por la Universidad de Valparaíso, Chile.

El proceso terapéutico se llevó a cabo en 8 sesiones, entre los meses de julio y noviembre de 2016, más dos sesiones de control en diciembre y marzo de 2017.

1.-Antecedentes generales.

La consultante, quien será nombrada como A. para resguardar su anonimato, es una mujer de 44 años de edad al momento de consultar, con educación básica y media completa la que concluyó una vez que se radicó en Valparaíso, hace 4 años. Posteriormente inició estudios profesionales en una universidad privada de la zona, pero debió congelar por problemas de salud mental. Al momento de iniciar el proceso terapéutico mantiene residencia en Valparaíso junto a H, su pareja heterosexual con quien se encuentran juntos hace 7 años.

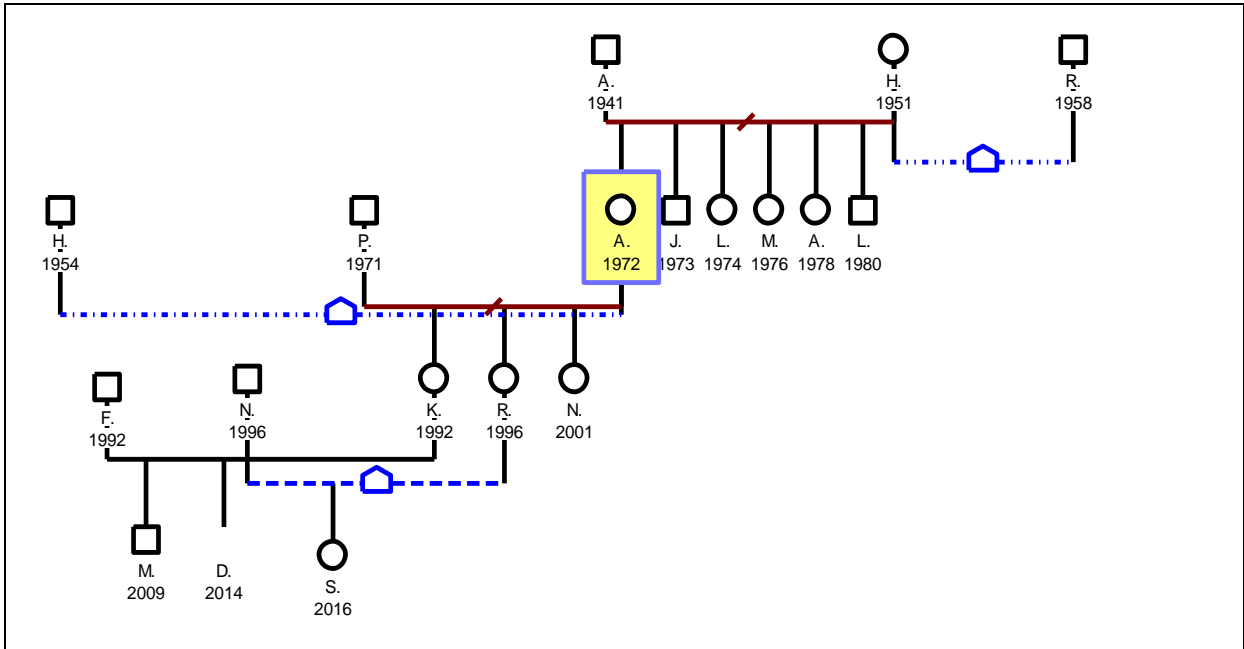
A. es originaria del sur de Chile, nació en un sector rural, allí creció en una familia numerosa siendo la mayor de 6 hermanos. Describe una infancia difícil debido a que vivió en un hogar en donde el padre ejercía violencia física contra ella, las tres hermanas menores y la madre. Además fue abusada sexualmente por su padre desde los 5 a los 12 años, período en el cual sale a trabajar como asesora del hogar puertas adentro en un pueblo distante de su casa natal, con el fin de poner término a los abusos vividos por parte del padre. A los 19 años conoce a quien fuera su marido con quien tuvo una corta relación y resultó embarazada, razón por la cual contraen matrimonio en breve. Con él estuvo casada durante 15 años y tuvieron 3 hijas que al momento de iniciar el proceso terapéutico tenían 15, 20 y 24 años. A. señala que vivió violencia en el matrimonio, sufrió amenazas de muerte por parte de su marido, quien además tenía problemas con el consumo de alcohol. Con mucho temor decide terminar con la relación matrimonial cuando comienza la violencia sexual y cuando él intenta asesinarla *“me encerraba en la pieza, yo intentaba permanecer en silencio para que las niñas no escucharan,*

allí me di cuenta que esta vez era diferente... era más violento, no sé cómo logré salir...". Luego de presentar dos denuncias, el año 2009 se separa y el marido es obligado a mantenerse lejos del hogar familiar.

A partir de ahí, A. se hace cargo sola de sus tres hijas, con muchas dificultades y apremios económicos. Finalmente logra una pequeña estabilidad laboral haciéndose cargo del cuidado de una persona mayor, M. Luego que ésta falleciera, los hijos le piden que permanezca en casa como asesora del hogar. Allí se empareja con H. uno de los hijos de M., quien luego de un tiempo le propone trasladarse a Valparaíso, por motivos laborales. Ella decide aceptar la propuesta pero la familia del ex marido le disputa el cuidado de las dos hijas que en esa época eran menores de edad y ella entrega la custodia de las niñas a la abuela paterna.

Su estadía en Valparaíso ha estado marcada por constantes disputas y reencuentros con sus hijas, principalmente las dos menores, lo que ha generado el establecimiento de una relación difícil con ellas, razón por la cual acude atención psicológica y psiquiátrica en reiteradas ocasiones. El año 2012 se le diagnostica Trastorno Depresivo y es internada durante 8 días en un hospital psiquiátrico de la zona por intento de suicidio. Según comenta A. ingirió una alta dosis de medicamentación no especificada y fue encontrada en estado inconciente por su pareja quien la traslada a un establecimiento hospitalario. Durante los cuatro años siguientes A. se mantiene recibiendo atención psiquiátrica y psicológica en los servicios de salud públicos, cumpliendo rigurosamente con el tratamiento farmacológico y terapéutico asignado, sin embargo, no logra aliviar su dolor. Debido a una fuerte recaída, el año 2016, decide buscar atención psicológica de manera privada. Al momento de iniciar el proceso terapéutico A. se encuentra con medicación de Fluoxetina en dosis de 20 mg. por día y Paracetamol en dosis de 500 mg, máximo 4 al día para el dolor de cabeza en caso de ser necesario.

El genograma que se presenta a continuación, da cuenta de la situación familiar de A. desde su familia de origen hasta su descendencia. Como se aprecia, el último nieto de A., nace un poco antes de iniciar la terapia psicológica descrita en el presente documento.



A. es la mayor de 6 hermanos, tres mujeres y tres hombres. Según relata su madre se separó del padre también por problemas de violencia. Actualmente A. no mantiene contacto ni con su padre ni con sus hermanos hombres ya que indica que *“todos son violentos, creen que pueden hacer lo que quieran con sus parejas, ellos no me apoyaron cuando me separé, decían que tenía que aguantar...”*. Su madre por su parte se volvió a emparejar y mantienen un contacto frecuente pese a que ella vive en el sur.

Como se indicó previamente, A. se casa muy joven con P. y del matrimonio de A. con P. nacen tres hijas. Después de 15 años casada A. decide poner fin a su matrimonio, a causa de la violencia, y después de varios años, se empareja con H. un hombre varios años mayor que ella, con quien reside actualmente en Valparaíso.

En cuanto a las hijas, actualmente las dos mayores se encuentran emparejadas. La mayor contrajo matrimonio con F. cuando aún vivía A. en el sur con ellas y de esa relación nacieron los dos nietos mayores de A. los que actualmente ve muy poco, a causa del distanciamiento con su hija mayor. La segunda hija se emparejó con N. cuando A. ya vivía en Valparaíso. Para A. un factor importante en su recaída fue justamente no poder viajar al sur a conocer a esta nieta. La hija menor, al momento de la intervención terapéutica se encuentra en edad escolar y vive en casa de la abuela paterna.

2.-Motivo de consulta o queja inicial.

A., solicita atención psicológica de manera espontánea. Inicialmente refiere sentirse culpable por haber optado por una vida en Valparaíso junto a su actual pareja sin sus hijas, quienes permanecieron viviendo en el sur del país. Señala en su queja inicial “*soy mala mujer, las cosas pasan por mi culpa*”. Además, y relacionado con lo anterior, las constantes manifestaciones de rechazo de las hijas, le generan mucha angustia y nuevamente culpa, “*el centro de mi pena son mis hijas, esa es mi mochila...puedo soportar cualquier cosa, menos eso... (rechazo de las hijas)*”.

En consecuencia, la narrativa de A. al iniciar el proceso terapéutico da cuenta de sentimientos negativos hacia su persona a causa de percibirse como una *mala madre* y una *mala mujer*.

3.-Historia del problema.

Las quejas que presenta A. al acudir a terapia, se alojan en el dominio de existencia de madre y de mujer. En ambos aspectos siente que hace las cosas mal, que toma malas decisiones lo que le genera culpa y angustia. Para comprender de mejor manera los significados presentes en los relatos de A., en lo que refiere a ambos dominios de existencia, es preciso conocer un poco más de la historia que ella relata.

Como se señaló previamente, A. crece en una familia rural en donde el padre ejerce violencia contra ella, su madre y sus hermanas. Deja la escuela a los 12 años y se emplea como asesora del hogar puertas adentro, en una localidad distante a su hogar familiar, al que no regresa más. A se convierte en madre muy joven y con “*poca experiencia en las relaciones amorosas*” tal como ella lo señala, viviendo una experiencia de pareja difícil a causa de los malos tratos que recibe de parte de su marido. En este contexto familiar nacen y crecen sus tres hijas. A. es económicamente dependiente de su marido y en beneficio de cubrir las necesidades económicas de ella y sus hijas, permanece en esta relación por 15 años. Durante estos años la violencia se incrementa hasta el punto de sufrir amenazas de muerte por parte de su cónyuge. A. se las arregla por todos los medios para que sus hijas no percibieran la violencia que vive en el espacio doméstico y dice haberlo conseguido. Hasta el día de hoy las

jóvenes no tienen conocimiento de los padecimientos que vivió su madre mientras vivió con su padre *“no quiero destruir la imagen que las niñas tienen de su padre”*.

Aun cuando A. depende económicamente de su marido, sabe que no posee la preparación suficiente para emplearse con facilidad para poder asumir las necesidades económicas de sus hijas y no cuenta con el apoyo de su familia de origen, ya que señala que en el sector rural donde ella vivía era natural la violencia del marido hacia la esposa, la gravedad de la violencia que experimenta la llevan a tomar la decisión de denunciar su situación y a separarse. A. relata los sacrificios que tuvo que hacer para *“sacar adelante a mis niñas”*, *“donde iba a trabajar las llevaba conmigo”*, fueron tiempos difíciles según relata *“tuve hasta que mendigar para alimentarlas”*.

Finalmente logra una pequeña estabilidad al emplearse puertas adentro al cuidado de una persona mayor. Allí A. se traslada a vivir junto a sus tres hijas y cuando esta persona fallece continúa viviendo allí con las niñas desempeñándose como asesora del hogar. En ese contexto conoce a su actual pareja H., quien era uno de los hijos de la señora que cuidaba. El año 2012, H. le propone a A. trasladar su residencia a Valparaíso por motivos laborales. Si bien inicialmente se trasladaría junto a sus dos hijas menores, ya que su hija mayor se había emparejado e independizado, los planes cambiaron debido a la disputa legal que enfrentó por parte de la familia paterna, optando finalmente por trasladarse sin sus hijas y dejándolas al cuidado de la abuela paterna *“me las quise traer pero él y su familia me hicieron la guerra”*. Los problemas de salud mental de A. y el diagnóstico de depresión, coinciden inicialmente con el periodo en que ella se traslada de ciudad y deja a sus hijas. Esta circunstancia enmarca el sufrimiento subjetivo permanente de A., el que ocasionalmente es revitalizado a causa de discusiones o agravios que recibe de parte de alguna de las hijas.

Sin embargo la circunstancia actual que gatilla una nueva crisis, o el evento ortogonal que desencadena la búsqueda de ayuda de A., dice relación con el nacimiento de su nieta menor en el sur y la imposibilidad de A. de poder conocerla, debido a la mala relación que actualmente mantiene A. con su hija, madre de la recién nacida. Esta circunstancia junto a una llamada telefónica de su hija mayor reprochándola por no hacerse cargo de los problemas que

actualmente está dando su hija menor en el sur, generan una nueva crisis en A. reforzando las narrativas de mala madre y mala mujer con los respectivos cuestionamientos sobre su calidad de persona y los sentimientos de angustia y culpa asociados.

Cabe especificar que la relación que A. mantiene con sus hijas no siempre es conflictiva, sino que en los cuatro años desde que ella se trasladó a Valparaíso ha ido variando, en ocasiones manteniéndose fluida y en otras ocasiones distante. En los relatos recogidos en las sesiones, se puede observar cómo es que la narrativa de A. sobre sí misma en cuanto a su calidad de madre y mujer, varían dependiendo de las circunstancias que va viviendo con sus hijas. En este sentido, para A. la opinión de las hijas se constituye como determinante en cuanto a su estado de ánimo, lo cual la hace muy vulnerable a ella.

Un aspecto que A. considera favorable en su vida es su relación afectiva con H. Según su propio relato, él ha sido un apoyo y la única persona que la ha acompañado cuando siente que no es capaz de salir adelante. El y su madre, son sus fuentes de apoyo más importantes, aunque su madre vive lejos, mantienen contacto frecuente vía telefónica. Dice que la madre la comprende porque vivió la misma violencia conyugal que ella.

4.-Análisis y descripción de la conducta problema.

En esta sección se sistematizarán las quejas que presenta la consultante en los términos que la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas propone, es decir, en un problema trabajable, definiendo la Tríada Inseparable XYZ. Es importante destacar que la elaboración de la triada es una co-construcción entre la consultante y la terapeuta. La elaboración de la Triada permite entender cómo se van configurando los relatos que mantienen atrapada en el dolor a la consultante y a partir de ellas se buscará co-construir nuevas narrativas que le permitan desplazarse del espacio de sufrimiento subjetivo en el que se encuentra.

4.1.-Queja 1: “Soy mala mujer, las cosas suceden por mi culpa”

- X (Explicación): “Dejé a mis hijas en el sur y me vine a vivir a Valparaíso con H”.
- Y (Temple anímico): Culpa

- Z (Acción, por qué ahora): Nace su nieta en el sur y ella no se siente capaz de viajar a conocerla porque no se atreve a reencontrarse con sus hijas.
- Dominio de existencia: Madre/Mujer.

4.2.-Queja 2: *“El centro de mi pena son mis hijas, esa es mi mochila...puedo soportar cualquier cosa menos eso (el rechazo de las hijas)»*

- X (Explicación): “No me hice cargo del cuidado de mis hijos”.
- Y (Temple anímico): Culpa, angustia.
- Z (porqué ahora): Recibe llamada telefónica de su hija mayor del sur, en donde la insulta porque ha tenido que hacerse cargo ella de las dificultades surgidas con la hermana menor.
- Dominio de existencia: Madre/Hijas.

5.-Establecimiento de las metas de intervención.

Como se observa a partir de la sistematización planteada en el punto anterior, la problemática de A. emerge en los dominios de existencia de madre y de mujer, por lo que las metas de intervención consensuadas, se focalizarán a lograr un cambio de narrativa en esos ámbitos de la vida de A., de tal manera que logre abrirse a nuevas comprensiones de las situaciones que ha vivido y que vive, que le permitan dejar atrás el sufrimiento que experimenta.

En consecuencia con el marco ontoepistemológico a la base de la TSCN, por medio de la conversación terapéutica y del curiosoar activo, se busca conocer a través del detalle de las experiencias que relata, el sistema de significados de la consultante para comprender, cómo se sostiene la experiencia de dolor que la mantiene atrapada. Reflexionando en conjunto, siempre enfocadas en las explicaciones y comprensiones de A. respecto sus experiencias se busca construir nuevas explicaciones y de-construir relatos que sostienen la pena y el dolor. Para construir y de-construir relatos significativos con A. es necesario prestar

atención también a los aspectos de la vida en donde emergen los recursos y habilidades que pueden incidir favorablemente en comprensiones de su historia que incorporen aspectos valorados positivamente por A.

Recorriendo en conjunto este camino, se espera, modificar las narrativas dolorosas en los dominios de existencia que se concordaron como los centrales, es decir en el ámbito de madre y de mujer, y con ello modificar la experiencia de angustia y culpa que mantienen a A. en este sufrimiento permanente.

6.- Estudio de los objetivos terapéuticos.

Los objetivos terapéuticos surgen de la elaboración de los problemas trabajables mencionados previamente o de la triada XYZ. En términos generales se busca profundizar en los significados de los relatos, sus explicaciones, comprensiones y contextos, y ampliar dichas comprensiones con experiencias y relatos que permitan de-construir narrativas que le genera angustia y culpa y co-construir narrativas nuevas y enriquecidas que le permitan experimentar nuevas posibilidades de emoción y de acción. Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- Reencuadrar la narrativa de A., cuando decidió cambiar su residencia a Valparaíso junto a H. y dejar a las hijas en el sur.
- Relevar los relatos que contradigan la narrativa de “mala mujer”, en diferentes momentos y aspectos de la vida de A.
- Enriquecer los relatos respecto de su labor como madre, desplegando las historias en que A. se percibe como “buena madre”.
- Visibilizar recursos personales que le han permitido resolver situaciones conflictivas en su vida, a través de la búsqueda de eventos extraordinarios (White, M.).
- Reflexionar respecto al rol de madre y mujer y el peso del discurso dominante en este contexto.

7.-Selección del tratamiento más indicado.

La selección de la TSCN como modelo intermedio se justifica en la sintonía que presenta este modelo con la opción ontoepistemológicos de la terapeuta en relación a la visión de lo humano y puntualmente en cómo se materializa en el campo del trabajo clínico. Esta visión, plasma una comprensión diferente a lo que clásicamente se encuentra a la base de los modelos terapéuticos en el campo de la salud, expresándose en el alejamiento de los criterios diagnósticos, de la asimetría relacional entre terapeuta y consultante y de las comprensiones universales, para relevar lo subjetivo de quien consulta, su mundo de significados, la reflexión crítica de los discursos dominantes, en definitiva, a la persona detrás del problema.

La Terapia Sistémica centrada en las Narrativas, establece un vínculo simétrico entre consultante y terapeuta en la que ambos son protagonistas de la construcción de las nuevas posibilidades para quien consulta. Este modelo considera a quien consulta como experto en su vida y por ende, quien más sabe sobre ella y quien puede ir señalando el camino a seguir para desentramarse del dolor que lo afecta. En esta lógica la terapeuta acompaña y propone pero es la consultante quien va abriendo el camino. Así las temáticas relevantes las va proponiendo A., la terapeuta no antepone temas como problemáticos a juicio de una visión personal, basada en parámetros sociales o culturales.

La visión que propone el modelo de la TSCN respecto al sufrimiento de las personas no tiene que ver con una categoría diagnóstica, sino que con la comprensión de los significados que para la persona van emergiendo en las experiencias de vida. Por tal motivo, si bien se tiene en cuenta el diagnóstico clínico con el que A. inicia su proceso terapéutico, éste es considerado como una información más y no antepone un proceder a priori de la terapeuta frente al sufrimiento que manifiesta A., es más, se pretende generar un proceso dialógico que aborde los aspectos ontológicos no abordados en las terapias que A. realizó en el sistema público, que podrían explicar la poca efectividad y falta de adherencia a las mismas y la búsqueda de un tratamiento terapéutico en un contexto privado.

Dado que la TSCN releva la singularidad de cada persona, no propone un menú de técnicas específicas que puedan utilizarse de manera universal en los procesos terapéuticos. En vez de aquello, permite que la terapeuta utilice las técnicas que le parecen útiles para el proceso terapéutico aun cuando éstas puedan ser de variada índole, cuidando que tengan buena aceptación por quien consulta. En este caso, en algunos pasajes del proceso terapéutico, se decide utilizar técnicas de “reencuadre” y la búsqueda de “eventos extraordinarios”, para ampliar las posibilidades de significados y con ello construir nuevas realidades que le permitan a A. salir de su sufrimiento actual.

8.- Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados.

Para la TSCN el lenguaje es fundamental, a través de él se accede al mundo subjetivo de las personas, a los significados, comprensiones y al dolor asociado a éstos. Es también mediante la palabra que se busca enriquecer los relatos, ampliar las comprensiones, re-significar situaciones, lo que se espera se manifiesta en una narrativa diferente, nueva, libre del dolor inicial que aqueja a quien consulta. Por esta razón, la comparación de las narrativas emergentes durante el proceso, alejadas del dolor, con nuevas comprensiones que emerjan del propio sistema consultante, serán el indicio del buen desarrollo del proceso terapéutico.

9.-Aplicación del Tratamiento.

El proceso terapéutico se llevó a cabo en 8 sesiones, entre los meses de julio y noviembre de 2016. Las frecuencias de las sesiones se acomodaron a los requerimientos de la consultante, de acuerdo a la evolución que ella percibía en el proceso terapéutico. De ahí que se realizaron 4 sesiones con una frecuencia semanal, la quinta sesión se realizó quince días después y, la sexta, séptima y octava sesiones con frecuencia mensual. Además se realizó una sesión de control cuatro meses después, es decir en marzo de 2017. Las sesiones se realizaron en contexto de una consulta privada y la duración aproximada fue de 70 minutos.

Para facilitar la comprensión de las intervenciones, la presentación se realizará considerando las quejas trabajadas según la modalidad de la TSCN (XYZ), aun cuando no corresponda al orden cronológico de las sesiones.

Problema XYZ 1. Dominio de existencia: Madre/Mujer.

Queja inicial : “Soy mala mujer, las cosas suceden por mi culpa”

- X (Explicación): Dejé a mis hijas en el sur y me vine a vivir a Valparaíso con H.
- Y (Temple anímico): Culpa
- Z (Acción, por qué ahora): Nace su nieta en el sur y ella no se siente capaz de viajar a conocerla porque no se atreve a reencontrarse con sus hijas.

Objetivo: Cambiar la narrativa de mala mujer y el dolor asociado a ella, reconstruyendo nuevas explicaciones más adaptativas a su situación de vida.

- **Intervención 1:** Reencuadrar la situación cuando decide cambiar su residencia a Valparaíso junto a H. y dejar a las hijas en el sur. Deriva conversacional en torno a situación afectivo emocional de A. en esas circunstancias:

T.: “¿Hubo alguien que te apoyara cuando decidiste terminar tu matrimonio?”, “¿Te acompañó alguien a hacer la denuncia?”, “¿Cómo enfrentaste el proceso judicial...cómo era encontrarte con tu ex marido?”, “¿Cómo fue salir a trabajar con las niñas, tenías a quién recurrir en ese momento?”.

A.: “Estaba sola, no tenía a nadie, estaba lejos de mi familia, no sé cómo lo hice, estaba muerta de miedo, la única familia que tenía era la de él”; “fui con carabineros, ellos me explicaban pero yo estaba aterrada no entendía nada de lo que me decían...”; “me sentía como una niña chica, no entendía nada, me aterraba verlo, lo único que quería era que todo terminara y no verlo más”, “No me quedaba otra, él me negó la ayuda, se enojó conmigo y se desquitó con las niñas...me las arreglé para ir con ellas a todos lados...estaba cansada, no tenía a nadie”.

Resultado de la intervención 1: Nueva narrativa.

A.: *“Veo a una chica asustada, atrapada”, “estaba asustada y cansada”, “tenía miedo y no vi otra alternativa”, “vi una oportunidad de salvación”.*

De esta manera la idea de ser una mala mujer transita a considerarse una mujer asustada y vulnerable. El sentimiento de culpa asociado a la percepción de ser una mala mujer, se modifica hacia un sentimiento de compasión hacia su persona, a causa de las circunstancias en las que se encontraba en ese momento de su vida.

- **Intervención 2:** Visibilizar recursos personales que le han permitido resolver situaciones conflictivas, salir adelante y progresar y con ello debilitar narrativa de mala mujer.

T.: *“Me decías que tuviste una infancia difícil...qué recuerdos tienes de tu infancia”, “¿cómo lograste salir de esa situación?” ; “¿tenías sólo 12 años cuando saliste de tu casa a trabajar?!”; “¿qué te motivaba para salir adelante con tanta determinación?”; “me dices que era habitual en la zona rural en la que tú vivías la violencia de los hombres hacia las mujeres?”; “¿de dónde sacaste las fuerzas necesarias para seguir adelante?”.*

A.: *“Mi padre era así violento conmigo y mis hermanas, también con mi madre...yo era niña tendría unos 9 años cuando él me tocaba..., siempre supe que apenas pudiera me iría de la casa y eso hice”. “Tendría 12 años por ahí...si..., terminé la básica y por ahí supe que necesitaban una trabajadora puertas adentro en una localidad cercana...le dije a mi mamá y me fui, sabía que no iba a volver más...si lejos de mi casa, mientras más lejos mejor la verdad”; “Quería ser alguien en la vida”; “no sé cómo lo hice, mis hijas me dieron fuerza”.*

De igual forma se generaron conversaciones sobre otros aspectos de su vida que dan cuenta de logros personales en diferentes ámbitos:

- Respecto de su trabajo de cuidadora de un adulto mayor: *“ella me quería, me tomó confianza al tiro...por eso duré tanto allí”*; *“yo la trataba con cariño, la escuchaba... como le gusta a los viejitos”*; *“le conocía sus mañas, entre las dos nos entendíamos...”*; *“soy buena cuidando a otros”*.
- Respecto a su decisión de continuar su educación: *“siempre pensé en que lo iba a hacer y se dio la oportunidad”*; *“quería que mis hijas se sintieran orgullosas de mí”*; *“quería ser alguien en la vida”*.
- Respecto de la relación con H.: *“Nunca pensé que se iba a fijar en mí...yo era una chiquilla no sabía nada de la vida”*; *“él tenía otra educación y era bien don Juan...pero me prefirió a mí”* ; *“quizá vio en mí una buena persona, una madre preocupada”*.

Resultado intervención 2: Nueva narrativa

A: *“No sé de dónde saqué valor”*; *“si algo está mal no sé porque tenemos que seguir manteniéndolo”*; *“Aprendí a mirarme de otra perspectiva, a valorarme, me saqué un velo de los ojos”*; *“No me importa lo que me digan otros...que saben ellos”*, *“Siento que le gané a la vida”*

Así, se observa en la nueva narrativa de A. un sentimiento de valoración hacia su persona como una mujer valiente, decidida, perseverante, querible, valorable y con determinación.

De esta manera, se trabaja en dos líneas: por una parte, se busca poner en contexto la decisión que tomó A., cuando decide firmar los papeles que otorgan el cuidado de sus dos hijas menores a la abuela paterna para trasladar su residencia a Valparaíso con H.; y por otro lado, se busca ampliar las narrativas de sí misma respecto de ser una “mala mujer”, relatando eventos extraordinarios que muestren aspectos de A. que den cuenta de otras facetas en las cuales ella pueda percibir características positivas de su persona. Cabe precisar que la idea de

“mala mujer” A. inicialmente la vincula a la elección de iniciar una nueva vida con H. por sobre el cumplimiento de su rol de madre, por lo que se entrecruza frecuentemente con la idea de “mala madre”, posteriormente la generaliza a otros aspectos de su vida lo que se plasma en la queja “todo pasa por mi culpa”. En este sentido, también surgen reflexiones sobre el discurso androcéntrico dominante en donde se ha naturalizado una dicotomía, que se pone de manifiesto en característica duales adjudicadas a lo femenino y lo masculino tales como racional/emocional; instrumental/afectivo; público/privado; impersonal/personal; abstracto/concreto; universal/particular, en donde se identifica lo masculino con el primer par y lo femenino con el segundo, traducándose en prácticas sociales establecidas de las cuales es difícil marginarse sin el correlato de culpa y angustia por no cumplir con lo que la sociedad espera.

De ahí que se generen las dos quejas diferentes, aun cuando la línea central de sus relatos siempre cursa por el tema de su rol de madre. En ambos casos se busca desentramar a A. del sentimiento de culpa, trasladando la narrativa desde “*soy mala mujer, todo pasa por mi culpa*” a una narrativa menos juzgadora de sí misma y más comprensiva. Para ello se la invita a considerar la difícil vida que había llevado hasta el momento, buscando ampliar y enriquecer su historia con relatos en donde comienzan a surgir otros aspectos que ella había dejado de lado o no había valorado como importantes. Así a través de la terapia ella comienza a desentrañar aspectos de su vida en donde recuerda episodios difíciles como por ejemplo su infancia y la relación con su. A través del diálogo, ella repara con sorpresa en características personales que no había observado antes tales como fortaleza, determinación y valentía, “*no sé de donde saqué valor*” y también su capacidad para cuestionar lo establecido refiriéndose al estilo relacional entre hombre y mujeres habitual en su entorno, “*simplemente no era para mí, no era lo que yo quería*”, “*si algo está mal no sé porque tenemos que seguir manteniéndolo...*”.

Así también recuerda lo duro que fue su vida de casada ya que su marido la golpeaba “*desde siempre, desde el principio incluso estando embarazada, es que yo no tenía experiencia apenas nos conocíamos... bueno me quede embarazada y nos casamos...*”, “*estaba aterrada no tenía a mi familia, no sabía qué hacer, qué iba a pasar, las cosas se ponían peor con el tiempo*”. Al igual que con la temática de su infancia, a través de preguntas

tales como *“en que momento decidiste ponerle término a tu matrimonio”*, *“de dónde sacaste las fuerzas necesarias para seguir adelante”*, *“como lograste proteger a tus hijas de la violencia que vivías”* *“como lograste sobreponerte al miedo, a la violencia no solo física sino también psicológica como para hacer una denuncia, al riesgo que eso significaba”*, y de comentarios tales como *“debe haber sido tremendo”*, *“me imagino el terror del momento no saber cómo iba a acabar todo”* o *“cuando pusiste la denuncia pusiste en riesgo tu vida”*, se busca que A. vuelva a mirarse en la situación emocional producto de años de maltrato, tanto físico como psicológico, en la que se encontraba cuando decide a entregar la tuición de sus hijas menores a la abuela paterna. Este reencuadre la lleva a una nueva narrativa alejada de la culpa. Sin embargo, también las preguntan buscan enriquecer su relato, reconociendo en su historia el valor y la determinación que no la paralizó frente al terror y logro salir adelante.

Se aprecia que la intervención le hace sentido ya que a partir de ahí surgen múltiples relatos respecto de las experiencias que estaba viviendo en aquel momento y que había vivido, experiencias e historias relativas al esfuerzo y a las luchas que había dado. A partir de los relatos que surgen, se interviene relevando aquellos que dan cuenta de su fortaleza, valentía y perseverancia como por ejemplo la decisión de denunciar a su marido por violencia, en un contexto en donde aquello no era habitual; la decisión que tomó a los 12 años de salir adelante por su cuenta, trabajando lejos de su hogar para liberarse de la violencia paterna que vivía; cómo fue que consiguió establecer una relación de tanto cariño con la madre de H. a quien atendió hasta que murió, relevando su capacidad para cuidar de otros y lo querible y necesaria que se hizo en la vida de ella; la decisión de “proteger” a su ex marido, evitando que las hijas se enteraran de sus conductas violentas *“él era un mal marido, pero buen padre”*; en la actualidad decidir terminar su educación básica y media e iniciar estudios superiores, aun cuando estén inconclusos, porque *“quería ser alguien en la vida”*.

Estos recuerdos paulatinamente, le permitieron ir configurando nuevas narrativas asociada a sentimientos más positivos, que le fueron generando alivio respecto a la determinación que tomó al viajar a Valparaíso sin las hijas, disminuyendo los sentimientos de culpa y valorando otros aspectos de su persona que había pasado por alto como su valentía al momento de tomar ciertas decisiones y su perseverancia para salir adelante aún en los momentos más ingratos.

De igual forma se observa un debilitamiento en sus narrativas en torno a ser “*mala mujer*” y a la consecuente culpa “*todo pasa por mi culpa*” al ver que muchas cosas positivas pasaban por sus decisiones y fomentaron narrativas nuevas, en donde se aprecia un mayor valor hacia su persona.

Problema XYZ 2. Dominio de existencia: madre/hija

Queja: “El centro de mi pena son mis hijas, esa es mi mochila...puedo soportar cualquier cosa menos eso (el rechazo de las hijas)».

- X (Explicación): No me hice cargo del cuidado de mis hijas.
- Y (Temple anímico): Culpa, angustia.
- Z (porqué ahora): Recibe llamada telefónica de su hija mayor del sur, en donde la insulta porque ha tenido que hacerse cargo ella de las dificultades surgidas con la hermana menor.

Objetivo: Cambiar la narrativa de mala madre y el dolor asociado a ella, reconociendo experiencias maternas que contradicen dicha narrativa.

- **Intervención 1:** Enriquecer los relatos respecto de su labor como madre, desplegando las historias en que A. se percibe como “buena madre” y contextualizar el ejercicio materno a sus circunstancias de vida.

T.: “*Me decías que fuiste madre muy joven cuéntame, ¿cómo fue convertirte en madre tan joven?*”; “*Cómo lo hacías para trabajar con tus hijas chicas y sin apoyo de la familia?*”; “*En ese momento que hiciste para tus hijas no lo notaran*”(respecto a la violencia que vivía)

A.: “*Al principio estaba contenta, luego asustada mi madre estaba lejos y el padre de las niñas pasaba bien poco en la casa, asique estaba sola...*”; “*Tuve que mendigar para que a mis hijas no les faltara nada*”; “*Donde iba a trabajar las llevaba conmigo*”; “*cuando me separé pensé aunque coma en la calle, mis hijas no van a vivir*”

violencia”; “me encerraba en la pieza, yo intentaba permanecer en silencio para que las niñas no escucharan”; “nunca les faltó nada, el papa me ayudaba bien poco..”

A.: “Estuve pendiente todo el embarazo (de la hija) de cómo estaba, le escribía whatsapp o la llamaba...”; “siempre estoy preocupada de ellas”; «les pregunto si les falta algo»; «saben que las recibo feliz si quieren venir a verme».

Resultado intervención 1: Nueva narrativa.

A: “las cosas no fueron no fáciles para mí”, “no sé cómo me sobrepuse a tantas cosas”, “no sé de dónde saqué fuerzas”.

A través del proceso terapéutico A logra ver que durante su vida ha sido una madre preocupada y protectora en circunstancias difíciles, y en la actualidad continua atenta a las necesidades de sus hijas, aun cuando ellas están mayores, con lo cual reflexiona respecto de la existencia otras formas, igualmente válidas de ejercer la maternidad.

- **Intervención 2:** Se orienta a reflexionar respecto al rol de madre y mujer y el peso del discurso dominante en este contexto.

T: “¿De dónde sacas la idea que optar por tu vida de pareja se contrapone al rol de madre?”; “¿cómo esa decisión te convierte en mala madre?”.

A: “Se supone que una madre da todo por los hijos...yo lo hice cuando más me necesitaron, ahora están grandes y yo igual siempre estoy preocupada de ellas”; “es injusto para una que tenga que echar su vida al bote de basura cuando es madre, por qué no puedo tomar otras alternativas...”; “también merezco disfrutar, una nueva oportunidad...al final los hijos se van y si uno se queda en eso, termina sola...”.

Resultados intervención 2: Nueva narrativa.

A: *“No estoy dispuesta a que me basureen”; “es justo y no me convierte en una mala madre”; “Algún día ellas me entenderán”; “No me importa lo que me digan otros...que saben ellos”.*

Las conversaciones desarrolladas durante el proceso terapéutico favorecieron que su idea de madre transitara desde ser una madre negligente hacia una mujer que merece otra oportunidad, iniciando un proceso de aceptación respecto de la decisión que tomó de vivir en Valparaíso con su actual pareja.

Como se observa, para trabajar esta queja, se busca relevar los relatos donde se aprecia la dedicación y el esfuerzo que A. tuvo durante toda su vida para sacar adelante a sus hijas de tal manera que la apreciación de que no se hizo cargo de sus hijas quedara relativizada. Así surgen historias donde A. narra las dificultades que vivió al cuidado de sus hijas y los esfuerzos que hizo para cuidarlas, por ejemplo en los periodos en que no encontraba trabajo *“tuve que mendigar para que a mis hijas no les faltara nada”*, y cuando se encontraba trabajando, su preocupación principal eran sus hijas *“donde iba a trabajar las llevaba conmigo”*. Si bien A. a partir de estos relatos comienza a verse como una madre preocupada por sus hijas, aún continúa percibiendo la incomprensión de las hijas frente a la decisión de vivir en Valparaíso. Entonces se releva la información de que las hijas no conocen la historia de violencia que A. vivió cuando permanecía casada con el padre de ellas. Se le ofrece una redefinición de la situación en donde este *“ocultamiento”* sus sacrificios como madre, en tanto el bienestar de sus hijas es primero, aun cuando esto signifique un perjuicio para ella: la incomprensión y muchas veces el rechazo de sus hijas, *“es mejor así, que las cosas queden tal cual”*, *“No quiero destruir la imagen que las niñas tienen de su padre”*. Una nueva comprensión emerge para A., ya no como una mala madre, sino por el contrario una madre que ha llevado el sacrificio al máximo para procurar el bienestar de las hijas.

Un evento casual sucede y es que A. ve en la televisión la película *“La vida es bella”* de Roberto Benigni, en donde se relata la historia de una familia judeo-italiana que es puesta

prisionera en un campo de concentración alemán. En la película, para que el hijo pequeño de la familia no sufriera con esta terrible experiencia, el padre le relata que lo que están viviendo se trata de un juego, un concurso en donde todos son actores y el que logra llegar hasta el final, recibirá un tanque como premio. De esta manera, el padre logra transformar una experiencia que pudo haber sido extremadamente triste y dolorosa, en algo divertido y alegre. A. se siente muy identificada con el relato “*me sentí como el protagonista de la película*”, en el sentido que ella siempre intentó poner al margen del sufrimiento a sus hijas, cuando había violencia o carencias económicas, y se colocó como una barrera para que crecieran libres de sufrimiento.

Esta nueva comprensión en cuanto a su papel de madre, le permitió a A. disminuir los sentimientos de culpa y angustia que le generaba la idea que tenía de no haberse hecho cargo de sus hijas.

Junto con las intervenciones señaladas previamente, se generaron conversaciones en donde se reflexionó respecto de los roles de la mujer en nuestra sociedad y cómo es que el discurso dominante promueve este rol de madre como prioritario en la vida de una mujer. Pero ¿qué pasa cuando las condiciones para ejercer la maternidad no son tan fáciles? Por ejemplo en medio de violencia o carencias, o falta de educación?, puede una mujer cansarse, desear una vida diferente, tener nuevas metas?. A partir de este tipo de interrogantes se abrieron temas de conversación en donde A. pudo expresar libremente sus frustraciones como madre, la falta de apoyo desde que inició su maternidad a muy corta edad y cómo debió aprender y luchar sola. A través de preguntas como “*me decías que fuiste madre muy joven cuéntame, ¿cómo fue convertirte en madre tan joven?*”, “*¿qué recuerdos te vienen a la cabeza?*”, “*¿imaginabas que sería así ser madre?*”, “*¿cómo lo hacías para trabajar con tus hijas chicas y sin apoyo de la familia?*”, A. pudo recordar lo difícil que fue para ella la maternidad y cómo salió adelante con la única meta que sus hijas fueran felices : “*Al principio estaba contenta, luego asustada mi madre estaba lejos y el padre de las niñas pasaba bien poco en la casa, asique estaba sola...*”, “*me acerqué a las personas que en ese momento confiaba, la abuela (paterna) de las niñas me ayudaba, yo no me llevaba tanto con ella, es que ella no aceptaba como era su hijo...*”, “*cuando me separe pensé aunque coma en*

la calle, mis hijas no van a vivir violencia”, “en el día iban a la escuela, andaba solo con la chica y en la tarde con todas, siempre busque trabajos en donde me las aceptaran...se sentaban cerquita, hacían sus tareas, parece que sabían... estaban calladitas trataban de no hacerme problemas”. Recuerda que a sus hijas “nunca les faltó nada, el papa me ayudaba bien poco y la abuela (paterna) se hacía la desentendida, yo creo que en el fondo sabía como era su hijo pero no hacía nada, a mí la verdad ya no me importaba, lo único que me importaba era sacar adelante a las niñas”. Estas reflexiones le aliviaron en su culpa “las cosas no fueron no fáciles para mí”, “no sé cómo me sobrepuse a tantas cosas”, “no sé de dónde saqué fuerzas”. También le permitieron aceptar que tomar la oportunidad de vivir en Valparaíso junto a H. es una decisión respetable. “no estoy dispuesta a que me basureen” es “justo y no me convierte en una mala madre”, “Algún día ellas me entenderán”.

10.- Evaluación de la eficacia del tratamiento.

La efectividad del tratamiento se observa en el cambio de las emociones displacenteras asociadas a nuevas comprensiones y significaciones respecto de los temas que la aquejaban tales como sus apreciaciones de sentirse mala madre y mala mujer o como ella refiere “*soy una mala mujer, las cosas suceden por mi culpa*”. Así durante el proceso terapéutico, A. va ampliando el marco de comprensión de sus experiencias, incorporando elementos que no había considerado o mirando desde una nueva perspectiva las experiencias vividas lo que se evidencia en las nuevas narrativas que surgen, libres de los sentimientos de angustia y culpa que la aquejaban y en acciones concretas que previo a la terapia A. no se sentía preparada para realizar.

De esta manera A. decide viajar al sur a conocer a su nueva nieta, que era algo que deseaba mucho pero no lo hacía pues temía enfrentar el rechazo de sus hijas. Además A. va preparada en caso que las hijas no acepten su presencia “*llevo un plan de contingencia*”, el que consiste en un alojamiento alejado del lugar donde viven sus hijas. El hecho que A. decida realizar acciones que le permitan una vez más, revincularse con las hijas, son vistas a ojos de la terapeuta como un logro en cuanto se siente capaz de enfrentar situaciones conflictivas y se siente capaz de resolver y sobreponerse al fracaso consistentemente con sus

los recursos y fortalezas a lo largo de su vida, en un aspecto de su vida muy sensible para ella como es la maternidad. De hecho, en su queja inicial refiere que es capaz de soportar cualquier cosa, menos el rechazo de las hijas. El proceso terapéutico permitió que A. fuera capaz de revalorizar sus propios recursos que aparecían constantemente en cada relato, pero que ella no había logrado ver. Además, permitió reflexionar sobre las exigencias sociales de la maternidad avalado en un discurso dominante que se enquistó en las narrativas que escogemos y con las cuales explicamos y comprendemos nuestros comportamientos. Estas reflexiones permitieron ampliar y enriquecer sus relatos, reconocer sus propios recursos, y liberarse del dolor de las narrativas cargadas de exigencia social dominante.

Otro aspecto que A. decide evaluar es retomar sus estudios superiores, ya que los había abandonado porque su inestabilidad de ánimo no le permitía hacerse cargo de las exigencias académicas que este desafío le imponía. A. refiere en el curso de la terapia lo importante que para ella era “superarse”, ser “alguien en la vida”. A. reciente la poca educación que recibió de pequeña. De hecho uno de sus logros fue obtener su licencia de enseñanza media. Para la terapeuta, el hecho que A. decida reevaluar poner en marcha sus sueños en el ámbito académico, dan cuenta de una nueva forma de enfrentar su vida.

Finalmente, A. ha decidido iniciar el proceso de abandono de su terapia farmacológica.

11.-Seguimiento:

Se realiza una sesión de seguimiento a los cuatro meses después del último encuentro, en marzo del 2017. En la oportunidad A. se presenta de muy buen ánimo, indicando que se encuentra bastante bien. Relata estar contenta porque viajó al sur a conocer a su nieta, le llevó regalos y regaloneó con ella. Indica que la relación con su R., madre de S. ha mejorado bastante, mantuvieron una buena convivencia cuando ella la visitó en el sur, pero A. solo la visitó por el día, y se alojó en un lugar diferente. En la actualidad conversan frecuentemente por whatsapp, y es ella la mantiene informada sobre las otras hermanas, ya que por el momento mantiene poca relación con sus otras dos hijas. *“Con R. es más fácil conversar...es la única que no me critica”*.

En cuanto a la relación con K. hija mayor, aún se mantiene distante dado el conflicto que existe entre ambas porque K. ha debido hacerse cargo de cuidar a N. la hija menor, debido a los problemas de conducta que N. está presentando, lo cual la afecta en lo económico dado que no cuenta con los recursos necesarios para cuidar de su hermana. Al respecto A. plantea que ha preferido mantenerse distante, dado que las conversaciones terminan en insultos y recriminaciones por parte de K.. A. señala que ya no está dispuesta a que la traten mal, dice mantener *“las puertas abiertas para cuando ellas necesiten algo”* señala que *“siempre estoy dispuesta a ayudar...son mis hijas”*, *“siempre estoy disponible y ellas lo saben”*, pero indica que es el padre quien también tiene que hacerse cargo de las necesidades de N. sobre todo desde el punto de vista económico *“ es responsabilidad del padre y de la abuela paterna ya que en su minuto fueron ellos los que se hicieron cargo en contra de mi voluntad...la única forma en que aportaré es si me envían del Juzgado una cuenta corriente donde depositar...ya no pienso ayudar sin dejar registro, porque luego nadie me reconoce lo que hago, por el contrario, me critican.*

Por otra parte, guarda las esperanzas en que las relaciones con sus hijas se compongan pero no tiene urgencia, *“algún día me comprenderán”*, tampoco está dispuesta a tolerar cualquier forma de relación *“cuando llegue el día en que me traten con respeto, podremos conversar”*.

En relación a su vida de pareja, A. y H. han decidido formalizar su convivencia y realizarán una ceremonia simbólica en la sexta región, para que puedan asistir su madre y sus hermanas, que residen cerca de esa zona. Espera que asistan sus hijas quienes están invitadas. En este último tiempo ha fortalecido su vinculación con su madre y sus hermanas lo que se evalúa positivamente. Para A. la formalización de su relación ha contribuido positivamente a la imagen que A. tiene de sí misma *“él me eligió a mí porque soy valiosa”*.

A. también ha decidido reiniciar sus estudios superiores, aunque esta vez iniciará una carrera diferente a la que decidió congelar tantos años atrás. Indica que ha decidido estudiar vía on-line y se encuentra muy motivada con este nuevo desafío.

Las ganas de iniciar nuevos proyectos, de plantearse nuevas metas, de volver al sur a visitar a sus parientes, el cambio de actitud frente a los conflictos con las hijas, dan cuenta de un cambio evidente en su actitud frente a la vida, refiriendo un bienestar emocional que no había experimentado previamente. Comprender su situación desde otra perspectiva, cambió su temple anímico y con ello logró abordar los temas referidos a la relación con sus hijas de una manera diferente evidenciando un empoderamiento respecto a su vida y a sus decisiones que le permite avanzar sabiéndose capaz de afrontar las dificultades que se le presenten.

VII.-REFLEXIONES FINALES

El trabajo presentado, da cuenta de la puesta en práctica de un proceso terapéutico desde la mirada del modelo sistémico centrado en las narrativas (TSCN), el cual, tal como lo señala Ana María Zlachevsky, creadora de dicho modelo, se constituye como uno más en el vasto universo de terapias psicológicas. Este modelo se enmarca en el contexto de los paradigmas alternativos que, basados en las ideas construccionistas cuestionan las premisas que han orientado la actividad en psicoterapia hasta el día de hoy. Partiendo de la idea que el ser humano es activo en la construcción de su realidad y que no existe la realidad objetiva sino muchas maneras de ver la misma dependiendo de las distinciones que el observador realice, coloca el factor de lo impredecible como central en el proceso terapéutico: el proceso terapéutico se convierte en una conversación que puede adquirir múltiples derivas.

Por lo anterior, la TSCN se constituye como un modelo novedoso que ofrece maneras distintas de conceptualizar y ejercer la terapia. Dado que no existe una única realidad, un solo camino a seguir, una manera correcta de ver las cosas, el papel de experto poseedor de la verdad se diluye así como el énfasis en las patologías y el déficit, y emerge un espacio para la conversación que valora las descripciones múltiples de la vida, las búsqueda de nuevas formas de mirar los problemas y a partir de ahí, la generación de alternativas orientadas al bienestar de quien consulta. La interacción con otros se vuelve fundamental porque a través de ella se construyen las ideas y significados que le otorgamos a nuestra vida; los relatos que generamos dan cuenta de esa significaciones y por ello las historias y narraciones son el material con el que se trabaja en este modelo.

En este contexto, el proceso terapéutico que se presenta busca compartir con A. un espacio de reflexión en donde se puedan construir significados nuevos mediante el diálogo y la conversación, dándole cabida a aquellas historias que no han sido contadas o consideradas por A. previo a este proceso terapéutico, lo que se evidencia en la sorpresa y en la revaloración de su experienciareconociendo habilidades, fortalezas y recursos presentes en su vida., reconstruyendo a partir desde lo que ya está La elaboración de un problema

trabajable (XYZ), es la estrategia que ofrece el modelo para guiar una conversación orientada a las reales preocupaciones de quien consulta, en este caso en conjunto con A., se logra establecer dos problemas principales.

Así, en las ocho sesiones en las que se realiza el proceso, A. rescata aspectos de su vida que inicialmente no reconocía como parte de su historia, los que le significaron una valoración distinta, mejorando su temple anímico. Así pudo relatar historias de su vida en que se apreciaba como alguien que había actuado con valor, con decisión, con perseverancia. En estas historias aparecía una madre preocupada por sus hijas, con variados recursos para hacer frente a las dificultades que le habían tocado a lo largo de su vida. Junto con lo anterior, A. logra mirar de manera distinta su proceder, teniendo en cuenta los escenarios en los cuales se encontraba en aquellos momentos, mostrando una postura más comprensiva hacia sí misma y menos crítica. A lo largo de las ocho sesiones la narrativa que cuestionaban su calidad de madre y mujer, comienzan a debilitarse y toman preponderancia otras historias nuevas que refuerzan narrativas diferentes e incluso contrarias “*hice lo mejor que pude*”.

El énfasis en el posicionamiento onto-epistemológico que propone este modelo terapéutico y que orienta hacia una forma de entender y enfrentar la conversación terapéutica, se constituye a juicio de la terapeuta en un valor clave, dado que la fuerza del modelo no reside en la estrategia o las técnicas que se empleen ni en cuan persuasivo sea o no la terapeuta al momento de enfrentar el proceso terapéutico, sino en una forma completamente distinta de entender la interacción terapeuta-consultante: un encuentro humano íntimo, de confianza cara a cara, en donde uno habla *con* el otro y no *al* otro, en palabras de Anderson y Goolishian, (1984) . Este posicionamiento no habla sólo de simetría, también requiere que el terapeuta se haga cargo de sus propias distinciones en el ejercicio terapéutico. El terapeuta se posiciona desde “algún lugar”, tiene una visión que no es neutral ni objetiva, como plantea Gergen y Warhuus, existen tantas formas de hacer psicoterapia como terapeutas existan, y en el ejercicio terapéutico estos elementos personales, valores y creencias, entran en juego por lo que repensar la idea de lo humano que cada terapeuta tenga es indispensable, en la medida que le otorga sentido a la práctica terapéutica que realice. Este modelo invita al terapeuta a hacerse consciente de las lógicas imperantes que forman parte de su cosmovisión, en el

entendido que estas lógicas invisibles proporcionan directrices que podrían manifestarse en su operar terapéutico.

Prestar atención a lo anterior también nos dispone de manera activa frente a lo que M. Martínez (2006) denomina “inercia mental”, que nos lleva a observar la realidad desde lo acostumbrado, seleccionando aquellos aspectos que nos hacen sentido desde las creencias y teorías que hemos abrazado. Como señala el mismo autor, todo entrenamiento conlleva inevitablemente una “incapacidad entrenada”, en el sentido que cuanto más aprendemos a hacer las cosas de una manera, más nos cuesta aprender a hacerlas de una manera distinta. La TSCN se inscribe en una forma de hacer y entender la psicoterapia, distinta respecto de los enfoques psicoterapéuticos clásicos. En este sentido, reviste un desafío mayor para la terapeuta, quien realizó su formación profesional a la luz de una psicología basada en una epistemología positivista, en donde se asume el modelo científico como el rector del conocimiento, lo que se traduce en una práctica clínica basada en categorías diagnósticas que representan un conocimiento objetivo de la realidad del cual el terapeuta es experto, en la búsqueda incesante del control a través de las certezas. Siguiendo esta perspectiva, la deriva de la terapia hubiese sido otra, tal vez más crítica por parte de la terapeuta guiada por una visión respecto de la maternidad basada en el discurso dominante en donde el amor de madre es incondicional y no abandona, o tal vez la terapeuta hubiese impuesto como relevante los temas de abuso que A. vivió en la infancia en vez de enfocarse en los puntos que para la consultante resultaban relevantes, o tal vez hubiese caído en la tentación de buscar “traumas” explicativos de decisiones “erróneas” por parte de A., en vez de significarlas comprensivamente a partir del contexto sociohistórico de A., caminos todos recorridos por A. en las intervenciones psicológicas previas y que no lograron otra cosa que aumentar la confusión de A., los sentimientos de culpa y, en definitiva la mantención y el aumento del dolor, expresados en lo que se conoce tradicionalmente en el modelo médico como “reincidencia de cuadros depresivos”. El peso de estas palabras para A. no hacían otra cosa que fomentar en ella la sensación de incapacidad personal y la angustia frente a su situación personal traduciéndose en la poca adherencia a las terapias y malos resultados de las mismas. El posicionamiento onto epistemológico en el que se basa el modelo de la TSCN, justamente se aleja de estas derivas terapéuticas, al fomentar un acercamiento respetuoso y centrado en los recursos y las fortalezas de quien consulta.

Las ideas construccionistas, a la base de la TSCN, sugieren un sujeto activo en la construcción de la realidad, lo que modifica sustancialmente el modo de pensar y ejercer la terapia. En este sentido, la dinámica terapéutica se transforma en una interacción de colaboración, en donde el lenguaje se vuelve fundamental, buscando movilizar el diálogo hacia los mundos de significados de quien consulta, en el entendido que cada quien significa de manera particular su realidad. Esto implica incorporar con mucha fuerza el concepto de escucha en la terapia, no sólo lo que se dice sino también aquello que queda entre líneas y por sobre todo no dar nada por obvio, pues la obviedad implica escuchar un lenguaje universal más que la particularidad de quien nos relata.

Como sabemos, desde mediados del siglo XX se han replanteado las bases de nuestro modo de pensar. “El modelo científico positivista –que imperó por más de tres siglos– comenzó a ser cuestionado severamente a fines del siglo XIX por los psicólogos de la Gestalt, a principios del siglo XX por los físicos, luego –en la segunda década– por los lingüistas, y finalmente –en los años 30, 40, 50 y, sobre todo, en los 60– por los biólogos y los filósofos de la ciencia” (Martínez, M. 2011, Pag.8). Los ideales del pensamiento positivista dejaron de ser sostenibles incluso para las ciencias físicas, lo cual no significa negar el aporte de las disciplinas desarrolladas a la luz de este paradigma, sino que impone reflexionar respecto del avance del conocimiento sobre todo en lo que se refiere a la dimensión de lo humano. En este sentido, el pensamiento sistémico ofrece una perspectiva que involucra todas las realidades en las cuales se desenvuelve el ser humano comprendiéndolo desde una integración de múltiples subsistemas perfectamente coordinados: el subsistema físico, el químico, el biológico, el psicológico, el social, el cultural, el ético-moral y el espiritual. A esta comprensión no le basta la lógica deductiva ya que en la interrelación emerge una realidad nueva “que no existía antes, y las propiedades emergentes no se pueden deducir de las premisas anteriores”. (Martínez 2011, pág.14). El intento de comprender la realidad humana no se agota desde una perspectiva, es necesario incorporar cada vez el contexto más amplio aportado por todas las disciplinas que se invocan en el acto de conocer. En este sentido, el paradigma sistémico se acerca a las *ciencias de la complejidad*, el que recoge como central el principio de la complementariedad propuesto por Bohr en 1927 para la física y en 1961 para la epistemología (Martínez 2011, pág. 73) y que refiere a la incapacidad que tiene el ser humano de acceder al fenómeno de la realidad desde una sola perspectiva u óptica, lo cual exige una

nueva forma de razonar. Desde el campo de la física surgen nuevas esencias no materiales que son “altamente elusivas, incomprensibles para el sentido común, frecuentemente imposibles de visualización y localización...estas son “figuras” inusuales y abstractas requieren nuevos métodos de investigación” (Margenau, 1984, en Martínez 2011, pág. 80). Es tarea del ser humano a través de su capacidad creadora continuar desarrollando el camino del conocimiento, pues es el pensamiento creativo el que permite percibir elementos donde algo falta o no encaja y la formulación de nuevas ideas.

VIII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Alvarado R., V. J. (2005 18(4/5):278). Evaluacion del Programa para la deteccion, diagnóstico y tratamiento integral de la depresion en atencion primaria, en Chile. *Panam Salud Pública* .
- 2.-Alvarado, R., & Rojas, G. (2011). El programa nacional para el diagnostico y tratamiento de depresion en atencion primaria:una evaluacion necesaria. *Rev.méd.Chile vol.139 N°5*, 592-599.
- 3.-Anderson, H. (1997). *Conversación , lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu.
- 4.-Arias, M., & Giraldo, C. (2011). El rigor científico en la investigacion cualitativa. *Investigación y Educación en enfermería.*, 500-514.
- 5.-Barbera, N., & Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermeneutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 199-205.
- 6.-Bateson, G. (2002). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires.: Amorrortu.
- 7.-Berezian, A. (2013). *La Perspectiva Dialógica en Psicoterapia Sistémica, avanzando hacia una integración entre la experticia del cliente y la experticia del terapeuta: un estudio exploratorio del saber en torno a una sesion de ingreso*. Santiago de Chile: Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos Mención Sistémico Relacional, Universidad de Chile.
- 8.-Buela-Casal, G., & Sierra, J. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology.*, 525-532.
- 9.-Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de ética profesional*. Santiago de Chile.: Extraído el 15 de agosto de 2017 de <http://colegiopsicologos.cl/wpcontent/uploads/2014/10/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL-VIGENTE.pdf>.
- 10.-Erazo, M. (2011). Rigor científico en la sprácticas de investigación cualitativa. *Ciencia, docencia y tecnología*, 107-136.
- 11.-Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidos.
- 12.-Ferrero, A. (2000). La ética en psicología y su relación con los derechos humanos. *Fundamentos en Humanidades.*, 21-42.

- 13.-Gergen, G., & Warhus, L. (2003). Gergen, K. & Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias. . *Revista venezolana de psicología clínica comunitaria.*, 13-45.
- 14.-Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones al construccionismo social*. Paidós.
- 15.-Gergen, K. (2006). *Construir la Realidad: el futuro de la psicoterapia*. Paidós.
- 16.-Heiddeger, M. (2005). *Ser y Tiempo. Traducción Jorge Eduardo Riveras*. Universitaria.
- 17.-Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México DF: Fondo de cultura económica.
- 18.-Martínez, M. (2011). Paradigmas emergentes y ciencias de la complejidad. *Opción.*, 45-80.
- 19.-Martinez, M. (Reimpreso 2015). *Epistemología y metodología Cualitativa en las Ciencias Sociales*. Caracas, México.: Trillas.
- 20.-Martinez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento Y Gestión.*, 165-193.
- 21.-Maturana, H. (1991). *El sentido de lo Humano*. Comunicaciones Noreste Ltda.
- 22.-Maturana, H. V. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Universitaria.
- 23.-Minoletti, A. Z. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panam Salud Publica, vol18*, 4-5.
- 24.-MINSAL. (2013). Guía Clínica Auge. *Depresión en personas de 15 años y más*.
- 25.-MINSAL. (s.f.). Orientaciones Técnica: Consultoría en Salud Mental 2016.
- 26.-Molinari, J. (2003). Psicología Clínica en la Postmodernidad: Perspectivas desde el Construccionismo Social. *Psyke*, 3-15.
- 27.-Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J., & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan.*, 263-274.
- 28.-Novoa, M. (2002). Algunas consideraciones sobre el dualismo en psicología. *Universitas Psychologica*, 71-80.
- 29.-OMS. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

- 30.-Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- 31.-Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. La Muralla.
- 32.-Rada, D. (2006). Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad en Investigación Cualitativa. *IPASME*.
- 33.-Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Revista médica de Chile* vol.142 no.9, Santiago.
- 34.-Sánchez, M., & Llobet, S. (2016). Consideraciones éticas en investigaciones psicológicas con diseños de estudios de caso/s. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornada s de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- 35.-Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata.
- 36.-Yin, R. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. Londres: Sage Publication.
- 37.-Zlachevsky, A. (2003). Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Limites*.
- 38.-Zlachevsky, A. (2008). Historia de la psicoterapia sistémica cibernética en Chile: una forma de entenderla. En A. Kaulino, & A. E. Stecher, *Cartografía de la Psicología Contemporánea* (págs. 297-321). Lom.
- 39.-Zlachevsky, A. (2010). Una invitación a pensar lo ontológico en la psicoterapia conversacional. *Cuaderno de postgrado en psicología UV*, 86-104.
- 40.-Zlachevsky, A. (2014). La psicoterapia, curación por la palabra: una perspectiva sobre el lenguaje. *De familias y Terapias*, 61-78.
- 41.-Zlachevsky, A. (2015). *Relatos clínicos: filosofía y terapia narrativa*. Santiago: Mayor Spa.

Formulario de Consentimiento Informado

Información para Participante de Investigación

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio de investigación “**Estudio de caso desde la Psicoterapia Constructivista / Construcccionista**”. Usted ha sido elegido en su calidad de consultante de psicoterapia. El investigador principal es Flavia Almonacid Muñoz, patrocinado por el programa de Magister en Psicología Clínica, con mención en Psicoterapia Constructivista y Construcccionista de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

1. **Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación**
La investigación mencionada se realizará en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, a partir de las atenciones terapéuticas realizadas en la Asociación Médica Ltda. ASOMEL, ubicada en Av. Colón 2020, Valparaíso, entre el 26 de julio y el 15 de noviembre del año 2016.
2. **Motivación y propósito del estudio**
El propósito de esta investigación es poder aportar al conocimiento y disciplina de la psicoterapia a nivel nacional e internacional, respecto de los efectos y beneficios de las Terapias Constructivistas y Construcccionistas sobre el motivo de consulta que lo/a llevó a consultar.
3. **En qué consiste su participación**
Su **participación en esta investigación es voluntaria** y consistirá en autorizar la documentación del proceso terapéutico del cual participará, y la grabación en audio y/o video de una sesión de control final.
4. **Riesgos**
Participar en esta investigación no implica ningún tipo de riesgo para usted o sus cercanos, ya que en todo momento puede desistir de su participación en el estudio, sin que ello tenga efecto alguno sobre la psicoterapia en la que participa.
5. **Beneficios**
El principal beneficio de su participación es que su aporte a la investigación contribuirá al conocimiento, a la comunidad científica y la disciplina psicoterapéutica, respecto de los efectos y beneficios de la Psicología Constructivista y Construcccionista sobre su motivo de consulta, beneficiando así a otros futuros consultantes que pueda acudir a este tipo de psicoterapia por motivos similares.
6. **Costos y pagos**
Su participación no implicará costo adicional para usted, además del relativo al servicio de psicoterapia y locomoción que usted utiliza para acercarse a su centro de atención. Por su parte, el/la investigador/a no recibirá pago alguno por realizar esta investigación.
7. **Derechos del participante**
 - a. **A manifestar dudas, preguntas**
Durante todo el proceso de atención terapéutico usted tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador/a en cualquier momento y, en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación, podrá contactar a Carlos Clavijo, Psicólogo, Director del Programa de Magister en Psicoterapia Constructivista y Construcccionista, a quien puede ubicar en el 2508775 – 2508619, o al e-mail carlos.clavijo@uv.cl.
 - b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**
Se puede retirar del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, teniendo claro conocimiento que su decisión de no participar, o que su eventual retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no incidirá de ninguna manera en el tratamiento psicológico que se le esté brindando.

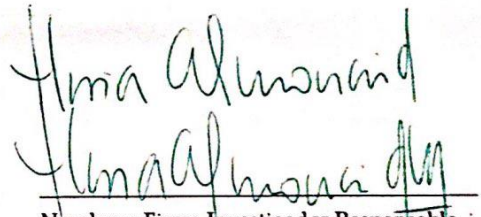
- c. **A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.**
Si así fuese necesario, se le informará de cualquier hallazgo de Salud Mental que amerite ser derivado a especialista para ser atendido según su sistema de salud correspondiente.
- d. Usted tiene también el derecho de conocer los resultados de este estudio.
8. **Confidencialidad**
- a. **Reserva de la identidad del participante**
Su nombre, el de sus familiares y cercanos, no será revelado en ningún momento de esta investigación, ya que en el registro de sus datos y grabaciones de sesión se utilizará un código numérico y difuminación de su rostro en el caso de videograbaciones.
- b. **De los datos personales y sensibles**
Todo registro de datos será reservado, y sólo tendrán acceso a ellos el/la investigador/a principal y docente tutor de la investigación, y serán resguardados por el/la investigador/a principal en archivos ubicados en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
9. **Difusión y entrega de los resultados**
Los resultados de esta investigación podrán ser divulgados, según lo estime el investigador, en publicaciones, seminarios o reuniones de tipo científico y/o académico y que podrán ser utilizados o no, en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando la identidad del/los participantes.



Nombre y Firma Participante

C.I.: [REDACTED]

Fecha: 3-3-17



Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 10.703.234-7

Fecha: 3-3-17

Valparaíso, 3 de marzo de 2017