



**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**MAGISTER EN PSICOLOGIA CLINICA  
MENCION EN PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Y  
CONSTRUCCIONISTA**

**ESTUDIO DE CASO: PROCESO DE PSICOTERAPIA DESDE EL  
MODELO SISTEMICO DE REALIDADES CONSENSUALES CON UNA  
USUARIA MUJER MADRE TRABAJADORA ATENDIDA EN EL  
CONTEXTO DE UN DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL PUBLICA**

**AUTOR: GERMAN ANDRES GONZALEZ LOBO**

**PROFESOR GUIA: CARLOS VARAS ALFARO**

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

**Marzo, 2017**

**VALPARAÍSO, CHILE**

## RESUMEN

El presente estudio pretende dar evidencia de una experiencia de proceso psicoterapéutico desde el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales en el contexto de atención de un dispositivo de salud mental pública, con una mujer madre trabajadora que presenta problemas de salud mental a partir de su situación de deconstrucción y reconstrucción de su ser mujer en su sentido personal y en la asunción de algunos roles que desde la perspectiva de género son atribuidos a lo masculino. Se planteará una perspectiva de estudio de caso desde un paradigma interpretativo hermenéutico a partir del análisis de los registros que tanto la consultante como el terapeuta realicen de las sesiones constitutivas del proceso terapéutico señalado, de modo que desde la perspectiva interpretativa hermenéutica se pueda dar cuenta de cómo la aplicación de la praxis del terapeuta desde el MSRC puede favorecer un proceso que derive en un cambio de posición de la consultante desde un estado de problema / dolor / sufrimiento a un estado de disolución de la organización que mantiene dicho sufrimiento en ella como sistema consultante.

A mis padres, mi hijo y mi pareja...

## INDICE

RESUMEN .....	2
ÍNDICE .....	3
I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. ANTECEDENTES TEORICOS .....	6
1. Concepto de género .....	6
Sistema sexo / género .....	8
2. Modelo Integral de Atención en Salud en el Centro de Salud Mental Comunitaria .....	10
3. Modelo de Atención en COSAM – CEIF (Centro de Intervención Familiar), Corporación Municipal de Puente Alto: modelo institucional del contexto de atención clínica del caso.....	14
4. Modelo Sistémico en Realidades Consensuales .....	18
El abordaje terapéutico del Modelo Sistémico en Realidades Consensuales .....	22
III. OBJETIVOS .....	30
IV. ABORDAJE METODOLOGICO .....	31
1. Fundamentos ontoepistemológicos .....	31
2. Estrategia de investigación: Estudio de Caso .....	32
3. Técnicas o instrumentos de recolección de información .....	34
4. Consideraciones éticas .....	35
5.1. IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE .....	35
5.2. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	36
5.3. HISTORIA DEL PROBLEMA .....	39
5.4. ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO.....	43
5.5. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS .....	43
5.6. DESARROLLO DE LAS SESIONES .....	45
5.7. SEGUIMIENTO .....	78
V. RESULTADOS Y ANALISIS.....	80
1. Consideraciones sobre el contexto de atención .....	80
2. Dominios de existencia en que habitan los temas problema planteados por la consultante ....	81
3. Praxis desarrollada por el terapeuta desde el Mod. Sistémico en Realidades Consensuales ....	84
VI. REFLEXIONES FINALES.....	87
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	89
VIII. ANEXOS .....	91

## I. INTRODUCCION

El proceso de construcción de ser mujer hoy en día está tensionado por una deconstrucción del rol de género atribuido tradicionalmente, en tanto asume en un mundo globalizado y más abierto a la diversidad roles que pueden traerle dificultades en su cotidianeidad, en parte desde definiciones de roles atribuidos a lo masculino, como el rol proveedor o trabajador, articulándolo con el rol de madre y jefa de hogar, en especial si la mujer asume su vida en una familia monoparental (madre jefa de hogar trabajadora). Esta situación, entre otras, cuando es mayormente tensionante para su estabilidad cotidiana, es posible que configure estados sintomáticos relativos a problemas de salud mental susceptibles de atención en sistemas de salud. El contexto de atención pública en salud mental actualmente se dispone como puerta de entrada en los dispositivos de APS (CESFAM), que cuenta con atención psicológica para trastornos leve a moderado, pudiendo derivar a los usuarios con trastornos moderado a severo a los sistemas de atención secundaria en salud mental (COSAM). En estos sistemas de atención en salud mental se procura realizar atenciones integrales (psicológica, médica, psiquiátrica, social, entre otras) en perspectiva de mejorar la calidad de la atención, pero en un contexto de sistema de salud público frecuentemente con una oferta de atención disponible menor que la demanda, derivando en situaciones de listas de espera y finalmente de atenciones restringidas en tiempo y frecuencia, en que algunas de dichas prestaciones tienden a ser acotadas e instructivas (modelo bio médico tradicional). Así se restringe en cierto modo la posibilidad de realización de procesos terapéuticos con una profundización suficiente para abordar con efectividad los problemas de salud mental, de modo que cada persona o familia usuaria viva un proceso protagónico de abordaje de sus problemas en esta área. Siendo las mujeres, entre otros, un sector amplio de atención en salud mental, con los temas emergentes

antes mencionados relativos a su actual lugar de construcción y deconstrucción como tal en sus roles ejercidos, es posible hacer surgir como pregunta el cómo implementar en particular en el espacio de atención clínica psicológica de los dispositivos públicos en salud mental modelos de terapia pertinentes para la atención de mujeres adultas con problemas de salud mental, tal que tengan efectividad desde una propuesta de proceso terapéutico que les haga sentido e involucre activamente. Desde la particular experiencia del COSAM-CEIF de Puente Alto, como dispositivo de salud mental pública, surge la experiencia de aplicar su quehacer terapéutico clínico psicológico desde el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales con una amplia diversidad de población, incluyendo mujeres adultas, de un modo pertinente al contexto descrito como a la problemática planteada en mujeres adultas con múltiples roles. A propósito de esta experiencia se plantea el presente estudio de caso relativo a un proceso de atención psicoterapéutica desde el modelo señalado con una mujer adulta madre trabajadora en situación de deconstrucción y reconstrucción en sus roles como tal, con el objetivo de plantear evidencia sobre su pertinencia como modelo en el tema señalado.

## II. ANTECEDENTES TEORICOS

### 1. Concepto de Género

El concepto de género en el transcurso del tiempo ha sufrido transformaciones. Su asociación original a estudios de mujeres, ha dado paso en la actualidad a un campo de investigación sobre las relaciones entre hombres y mujeres.

En sus inicios circuló en las ciencias sociales una acepción que data de la década del 50, cuando el investigador John Money (1955) propuso el término "papel de género" para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y las mujeres. Pero ha sido Robert Stoller (1968) quien estableció más nítidamente la diferencia conceptual entre sexo y género a partir de varias investigaciones, a partir de las cuales se replantea el lugar que ocupaba la cultura entre las personas, cómo esta iba modificando y perfilando las conductas tanto de hombres como de mujeres.

Uno de los elementos trascendentales dentro de la perspectiva de género consiste, desde un punto de vista descriptivo, que está constituida por los modos de sentir, pensar y comportarse de ambos géneros, cada uno a su vez más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y a hombres. Estas a su vez están compuestas por pautas que dan origen a la feminidad y a la masculinidad, por lo mismo, el lugar que tiene la socialización desde temprana edad es relevante en la formación de los sujetos.

Según De Barbieri, los sistemas de género son el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómica y fisiológica, que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al racionamiento entre las personas (De Barbieri,

1992a, pp. 113). De esta manera se forma una red de características y actividades en que las que son asociadas a los hombres cobran mayor valor, esto debido al acceso asimétrico de los recursos, que generan privilegio y dominación en los hombres y subordinación en las mujeres.

Los estudios de género utilizan una perspectiva de análisis de las diferencias en general, que denuncia la lógica binaria con que se perciben, en este caso la diferencia sexual. Esta diferencia se da en términos de lo uno y lo otro, en donde uno ocupa el lugar superior dentro de la jerarquía, en tanto que el otro queda desvalorizado. A través de esta operación lógica solo habría lugar para uno, por lo tanto, el otro ocuparía el segundo lugar; es decir, una posición desjerarquizada. Esta lógica de la diferencia es deconstruida en los estudios de género, en donde se hace visible que esas oposiciones y jerarquías no son naturales sino que han sido construidas mediante un largo proceso histórico-social.

Dentro de los estudios académicos, se desarrolló una línea de trabajo y de conocimiento basada en las condiciones de vida de las mujeres. De esta línea surgen posturas de investigación que buscan construir un objeto de estudio y una teoría que de cuenta de estas diferencias. Así se desarrolla la búsqueda de información a partir de las condiciones de vida y trabajo, y por otro lado la sociedad como generadora de diferencia jerárquica, estudiándose de esta forma la realidad concreta dentro de los diferentes espacios tanto para hombres como para mujeres.

Los sistemas de género, sin importar su periodo histórico, son sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino, en un orden jerárquico; estas asociaciones simbólicas aunque han cambiado, se han derivado a "contraponer el individualismo a las relaciones mutuas; lo artificial a lo naturalmente pro creativo, la ciencia y la naturaleza, la creación de nuevos bienes a la prestación de nuevos servicios (...). Lo interesante de estas oposiciones es que no permiten ver procesos sociales y culturales mucho más complejos, en los que las diferencias entre

los hombres y mujeres no están claramente definidas. Al estudiar los sistemas de género, se aprende que no representan la asignación funcional, de papeles sociales biológicamente prescritos sino un medio de conceptualización cultural y de organización social” (Conway, en Lamas, 2000a).

A partir de las posturas conocidas en este ámbito se puede entonces distinguir: 1) Adquisición del género: que se realiza en el momento en que se nace a partir de la aparición de sus genitales; 2) Identidad de género: el cual se establece más o menos a la misma edad que el niño adquiere el lenguaje y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Desde dicha identidad el niño estructura su experiencia vital: un niño sabe y asume su pertenencia al grupo masculino y una niña al femenino según esto, y organizan sus experiencias en torno a su identidad sexual. Esto lo sostiene la postura cognoscitiva sobre la identidad sexual: "La identidad de género es históricamente construida de acuerdo con lo que la cultura considera como femenino o masculino, (...), es evidente que estos criterios se han ido modificando (...). En cambio la identidad sexual se conforma mediante la reacción individual de la diferencia sexual” (Kohlberg; en Lamas, 2000, pp. 350); 3) Rol de género: se forma con un conjunto de normas, prescripciones que dicta la sociedad, además de la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino. Y que el individuo internaliza mediante la observación, imitación y conductas reforzadas o castigadas diferencialmente.

### **Sistema sexo / género**

Sexo proviene del latín, *sexus*, que significa separar. Biológicamente está determinado por la información genética. En cambio, el género sería la construcción cultural psicológica, de lo que es ser hombre, o lo que es ser mujer, es decir; lo femenino y lo masculino; un "hombre normal”

estará conformado por sexo biológico, más lo que se conoce como masculinidad y una "mujer normal" está determinada por su sexo biológico femenino y por su feminidad. La idea sobre la cual se basa la diferencia sexo y género "es que el sexo queda determinado por la diferencia sexual inscrita en el cuerpo, mientras que el género, se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye."

Asimismo, frente a la materia del género se puede observar tres tendencias referidas a lo biológico: 1) la primera habla del determinismo biológico, donde la diferencia entre hombres y mujeres se atribuye a la constitución genética, 2) en segundo lugar el determinismo cultural, en donde a través de un proceso social el individuo aprende a ser, si es hombre aprende a ser hombre si es mujer aprende a ser mujer, en donde además la cultura les enseña sobre lo que deben sentir, querer y donde deben realizar cada práctica; 3) y por último está la postura que no existe ningún determinismo biológico ni social, sino que es una relación entre ambos aspectos, lo que lleva a conformar cada individuo como persona particular, hombre o mujer.

Según Rubín, se definiría género como "el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas." (en Lamas, 2000, pp. 37).

Así, género es una forma de referirse a la organización social de las relaciones entre hombres y mujeres, siendo éstas relaciones de poder.

Según lo que plantea Rubín, la razón por la cual el sistema sexo / género es de esta manera, es con un propósito: la sociedad toma la sexualidad biológica y la transforma en producto de actividad humana, la cual va variando según cada sociedad, como arma y articula "un sistema" de sexo / género. De esta forma la "materia cruda" del ser humano y la procreación es moldeada para la intervención social. Señala además que la subordinación de las mujeres es producto de las

relaciones que organizan y producen la sexualidad y el género.

Por lo mismo, según plantea Gomariz, se podría aceptar que son reflexiones de género todas aquellas que se han hecho a lo largo de la historia del pensamiento humano, en relación a los sentidos y las consecuencias sociales y subjetivas que tiene pertenecer a uno u otro sexo, por cuanto esas consecuencias muchas veces entendidas como "naturales", no son sino formulaciones de género. De esta manera cuando se hace referencia a los estudios de género se hace alusión al segmento de la producción de conocimientos que se han centrado en este ámbito de la experiencia humana, donde se sitúan las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto.

## **2. Modelo Integral de Atención en Salud en el Centro de Salud Mental Comunitaria.**

La atención que se brinda en el Centro de Salud Mental Comunitaria se enmarca en el Modelo Integral de Atención en Salud definido por el Ministerio de Salud, como "el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al usuario o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural" (MINSAL 2005; en Esc. De Salud Pública, U. de Chile, p. 42).

El proceso de atención que desarrolla el Centro de Salud Mental Comunitaria incorpora los siguientes enfoques:

- Concepto de Salud como el equilibrio en lo biológico, psicológico y social que produce un estado de bienestar.
- Enfoque Biopsicosocial, que define que la atención de salud debe ser entregada a una

persona de manera integral, es decir, resolviendo sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales en forma integrada, continua y permanente, a lo largo del ciclo vital. En este sentido, se concibe al individuo como parte integrante de múltiples sistemas organizativos, que se influyen entre sí y que son co-dependientes en su desarrollo, como la familia, grupo de pares, escuela, trabajo, comunidad, etc. Sin duda el individuo es un ser social y no es capaz de existir si no es inserto en un grupo del cual se nutra y al que contribuya.

- Enfoque Promocional y Preventivo, que implica la incorporación de una visión enfocada en las potencialidades y capacidades de las personas, más que en sus déficit, así como también en su disposición por introducir cambios en su vida y entorno con el fin de anticiparse a las consecuencias más negativas de la enfermedad y aportar a la creación de estilos de vida más sanos y conductas de auto cuidado.

- Enfoque Comunitario, que define que la atención en salud mental y psiquiatría debe incorporar la relación y participación del sujeto/familia con el mundo social al que pertenecen y por lo tanto dicha atención debe darse de preferencia en el medio cotidiano habitual en donde se desarrolla la vida de las personas, aprovechando los recursos disponibles en la comunidad, y reforzando sus redes naturales. Esto implica entre otros, la planificación y desarrollo de actividades fuera del establecimiento, de manera complementaria a aquellas que se hacen directamente en el Centro. El Centro de Salud Mental Comunitaria representa la máxima complejidad en salud mental, puesto que demanda una alta capacidad por parte de los equipos para realizar intervenciones en entornos donde las variables ambientales, sociales, culturales y socioeconómicas se influyen estrechamente, e impactan significativamente en el bienestar de las personas.

- Enfoque de Redes, implica que la atención integral en salud mental y psiquiatría que las personas requieren, se entrega a través de un conjunto de instancias que ofrecen diversos tipos

de servicios, las que operan como un todo en forma coordinada y articulada. Las personas transitan por esas diversas instancias o servicios en forma fluida de acuerdo a las necesidades propias de su proceso salud - enfermedad. Así mismo, estos Centros se deben relacionar con las redes intersectoriales y comunitarias del territorio respectivo con el propósito de movilizar recursos que permitan reforzar los procesos de integración social.

- **Enfoque Territorial:** implica que los Centros de Salud Mental Comunitaria se vinculan a un territorio determinado con el fin de intervenir y apoyar el proceso de recuperación y de rehabilitación de las personas y tienen una responsabilidad directa sobre ellas. Es en el territorio de su responsabilidad en donde se relacionan con los Centros de Atención Primaria, con las redes intersectoriales y comunitarias. Este territorio puede ser una comuna, parte de una comuna o varias comunas, dependiendo del tamaño de la población.

- **Enfoque de Determinantes Sociales:** la salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, la cohesión social, el ambiente físico y el equipamiento territorial. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

- **Enfoque de Género:** la atención que brinda el Centro de Salud Mental Comunitaria debe tener en consideración el género como un poderoso determinante de la salud mental y debe,

por tanto, considerar el significado que le asigna la cultura, el pensamiento y el lenguaje al ser constitutivo de lo masculino o lo femenino, esto determina roles adscritos a cada género, transmitiendo expectativas y valores asociados al ser hombre o ser mujer, así como diferentes riesgos para la salud mental y diferentes conductas frente a la enfermedad mental.

- Enfoque Intercultural. La sociedad modela en cierta medida a todas las enfermedades mentales. La cultura influye en la experiencia, la expresión, el curso, la evolución y el pronóstico de los trastornos mentales. Es por ello que la atención que brinda el Centro de Salud Mental Comunitaria debe considerar la descripción, análisis e interpretación de las enfermedades mentales así como de su manejo y prevención, en función de los grupos étnicos y culturales existentes en el territorio de su responsabilidad. Esto requiere la implementación de procesos de sensibilización que faciliten la comunicación, entre el equipo del centro y las personas de comunidades indígenas; y procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud.

De acuerdo a la información DEIS del 2013 (último año disponible), sobre ingresos a APS y especialidad, muestra que los diagnósticos CIE-10 más frecuentes en adultos de 20 a 64 años (expresados en porcentajes sobre el total de ingresos para esta edad) son:

- Depresión mayor: 39,0%
- Trastornos de ansiedad: 35,5%
- Trastornos por consumo de sustancias: 13,6%
- Trastornos de personalidad: 5,5%
- Esquizofrenia: 1,7%
- Trastorno bipolar: 1,6%

En el caso de los adultos, se puede considerar los resultados del WHO-AIMS como una

tercera fuente de información sobre la distribución de diagnósticos en población consultante a centros ambulatorios de salud mental. A diferencia del DEIS, el WHO-AIMS entrega datos sobre centros de especialidad solamente, pero tiene la limitante que la población corresponde a todas las edades (los adultos corresponden a aproximadamente 2/3 de los consultantes). El WHO-AIMS entrega los siguientes rangos porcentuales de distribución de los diagnósticos, según el tipo de centro ambulatorio (Centro de Salud Mental Comunitaria, CAE, CDT o CRS).

- Trastornos afectivos: 20,2% a 39,0%
- Trastornos neuróticos y de estrés: 14,1% a 20,2%
- Esquizofrenia: 9,3% a 17,3%
- Trastornos por consumo de sustancias: 1,7% a 14,7%
- Trastornos de personalidad: 1,5% a 9,9%

### **3. Modelo de Atención en COSAM – CEIF (Centro de Intervención Familiar), Corporación Municipal de Puente Alto: modelo institucional del contexto de atención clínica del caso.**

En el año 2011, con dependencia administrativa de la Corporación Municipal de Puente Alto, se crea el Centro Especializado de Intervención Familiar (en adelante COSAM CEIF) como un dispositivo especializado en el tratamiento de problemas de salud mental de complejidad moderada a severa (atención secundaria), con categoría de COSAM. Junto con la atención de enfermedades como trastornos ansiosos, trastornos de personalidad, depresión, trastornos del comportamiento y emoción de los niños, etc., unas de las principales necesidades que obtuvieron respuesta fueron las prestaciones de casos de maltrato infantil y consumo de drogas y alcohol, problemáticas que requerían de atenciones especializadas y de calidad para asegurar el bienestar de niños, jóvenes y adultos en situaciones de vulneración y riesgo.

Una particularidad importante del COSAM CEIF en el contexto de atención secundaria pública en salud mental es la comprensión sistémica de las problemáticas de salud mental que se traduce en una forma de abordaje que privilegia la intervención con la familia y una forma de organización como equipo que promueve la mirada integral. Tras más de cinco años de experiencia como COSAM, en que la cantidad de atenciones y problemáticas abordadas ha aumentado progresivamente, se ha desarrollado una forma de mirar e intervenir las problemáticas de salud mental de las familias, aprendiendo de la experiencia y formando un modelo de atención integral sistémico, tanto desde lo teórico como lo administrativo.

Entre sus orientaciones técnicas más relevantes y de interés para este estudio, se pueden señalar las siguientes:

- comprensión sistémica de los problemas de Salud mental, significando esto una mirada de los fenómenos bio psico sociales desde lo contextual relacional/familiar. El entendimiento de los problemas de salud mental está relacionado directamente con el contexto, con las relaciones y dinámicas con las que el sistema ha funcionado y que hasta el momento de la consulta generan y mantienen estos problemas. Así, se hace fundamental generar instancias (explicaciones, reformulaciones, interpretaciones, etc.) que inviten a las personas involucradas a realizar los cambios que ellos consideran necesarios para potenciar su bienestar.

- Búsqueda en conjunto con el sistema consultante de la comprensión del problema que lo lleva a consultar. Las personas son quienes guían las definiciones de salud o malestar en sus propias vidas, depositando en los profesionales de salud mental, la tarea de reformular o re significar mediante la conversación. Desde ahí, la experticia profesional dice relación con la capacidad para entender lo que le sucede al sistema en su particularidad y tener la curiosidad para

realizar preguntas legítimas, que busquen abrir nuevos entendimientos en vez de confirmar lo que ya se tiene.

- Se trabaja un problema en salud mental por sobre una clasificación diagnóstica, significando esto que nuestro énfasis está en co-construir desde el comienzo con el sistema consultante el problema a trabajar. El uso de las clasificaciones diagnósticas en el COSAM CEIF establece un lenguaje común para entendernos y describir las enfermedades. Sin embargo, entendemos que la labor terapéutica dista mucho de una descripción de las entidades nosológicas desde el cual un sistema ha sido identificado. El motivo de consulta tendrá relación con una situación que para el sistema, desde su propia definición, conlleva sufrimiento o malestar. De esta forma se apela a que los sistemas se responsabilicen de las situaciones que definen como problema para, en conjunto, ir generando reformulaciones de dicha situación.

- Se visualiza al sistema consultante como activo y válido, con opinión respecto a su problema y capacidades para enfrentarlo y comprometerse con sentido en dicho afrontamiento. Se pretende así trascender los modelos de atención con un entendimiento estrictamente lineal causal de las personas y sus problemas, y los modos de intervención asistencialistas o generadores de dependencia al sistema de atención en salud mental.

- La complejidad de los problemas de salud mental atendidos, así como su comprensión sistémica relacional contextual, hace necesario un equipo interdisciplinario y coordinado para poder brindar una atención de calidad. Todas las intervenciones que se brindan tienen igual valor, se consideran complementarias y están en función a la mirada que se comparte de la problemática a abordar. Frente a las dificultades en el tratamiento, se reconocen los entrapes desde el sistema de intervención, buscando promover espacios de reflexión del propio quehacer profesional en el sistema del que se es parte. Se considera la importancia de cada uno de los

integrantes del equipo, en cuanto son parte de un mismo sistema, que se complementan en función de los sistemas consultantes.

El equipo profesional del COSAM CEIF está conformado por psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos en rehabilitación y profesional y técnico farmacéutico.

En relación a las atenciones de terapia psicológica, éstas se dan en modalidad individual, familiar o de pareja. Las sesiones de atención clínica psicológica tienen una duración máxima de 60 minutos. Dada la alta demanda y flujo de derivaciones hacia COSAM CEIF (como dispositivo de atención pública secundaria en salud mental) provenientes de CESFAM, establecimientos educacionales y Tribunal de Familia, en general la frecuencia con que las horas de atención se pueden agendar es de alrededor de una sesión cada 2 o 3 semanas. Esto es un dato importante en particular al momento de evaluar la calidad y efectividad de la atención clínica psicológica, en tanto se hace necesario contar con modelos que incidan en forma efectiva en aumentar la posibilidad de mejoramiento y cambio respecto de los problemas presentados por las personas y familias como sistemas consultantes.

#### **4. Modelo Sistémico en Realidades Consensuales**

El modelo teórico sobre el cual se sustenta el abordaje clínico en el presente estudio es el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales, el cual se basa, por una parte, en los conceptos de la cibernética de segundo orden, y por otra, en la teoría biológica del conocimiento de Humberto Maturana. (ITF de Santiago, 2003)

El paradigma sistémico-cibernético supone que un ser humano es un sujeto que observa la dinámica repetitiva de un sistema que tiene una existencia en sí mismo, y que es independiente del sujeto que observa (cibernética de primer orden). La ciencia de la cibernética evolucionó centrándose en los procesos de feedback (de regulación) más complejos y abarcadores, con lo que se inicia lo que se conoce como cibernética de segundo orden. Esta plantea que un mecanismo de feedback es regulado por otro más abarcador, que a su vez, es regulado por otro más amplio, y así sucesivamente hasta llegar a aquel orden superior de procesos de feedback que abarca y regula todos los procesos de feedback que se dan al interior del sistema. Este es el nivel de regulación en que no hay ni input ni output con relación al medio. En otras palabras, es el nivel de feedback en que se da un cierre organizacional. Si este sistema se mueve más allá de los límites de su organización, deja de existir como ese determinado sistema. Este nivel de proceso de Feedback es el que define, genera y mantiene la autonomía del sistema y corresponde a la identidad del sistema.

Al hablar de sistemas autónomos organizacionalmente cerrados, que se rigen por sus propias reglas, por lo tanto autoorganizados, tenemos que pensar, en consecuencia, que son autorreferenciales, por cuanto su relación con el mediano puede darse sino desde su propia organización. La autorreferencialidad postula que, dado que el observador es parte de lo observado, toda descripción es a partir de sí mismo. La repercusión de estos desarrollos fue fundamental, ya que llevó a un cuestionamiento de la objetividad de la realidad.

Un grupo de psicólogos que compartieron una misma forma de entender la realidad, conformaron el Instituto de Terapia Familiar (ITF), en Santiago de Chile, cuestionándose el cómo conocemos y cómo percibimos nuestro mundo. El drama, la intensidad de la emoción con que las parejas en desacuerdo aparecían frente a los terapeutas, fue el motor que impulsó la búsqueda de un nuevo camino, no en una búsqueda filosófica, sino en una búsqueda de eficiencia en el alivio del sufrimiento del sistema consultante.

Cuando se daba prioridad a la objetividad del terapeuta, se tendía a negar la capacidad de ser objetivo a uno u otro miembro de la pareja, o a ambos, lo que finalmente, no dejaba a ninguno conforme. Ante esta entrampadora dinámica, Méndez y Coddou plantean en 1984 una solución clínica que denominaron “la genuina doble percepción de una misma realidad”. Sin embargo, esta explicación acabó siendo una contradicción en sí misma, porque al hablar de la “realidad”, acaba siendo un contrasentido, por cuanto postulaba una doble percepción, ya que si hay una última realidad objetiva, alguien está en lo correcto y alguien en el error, sea este un miembro de la pareja, o un terapeuta.

Es aquí en donde tienen sentido los postulados de Maturana, quien mediante su teoría biológica del conocimiento, plantea una fenomenología del observador y no una metodología del observar. De manera que el ser humano pasa a ser entendido como un ser vivo en el lenguaje, entendiendo al observador como un ser humano que opera en el lenguaje.

La operación básica que realiza un observador en su experiencia de vivir, es la distinción, es decir, lo que distingue un observador es una unidad y el medio en donde distingue dicha unidad, incluyendo las coherencias operacionales que hacen posible dicha operación de distinción en la experiencia del vivir del observador.

En este sentido, todo lo que le ocurre a un sistema, estaría determinado por su estructura. El que un sistema esté determinado estructuralmente implica que éste es cerrado a la información, por lo que no admite instrucciones dado que el agente externo no puede especificar en él cambios estructurales. Así, cualquier cambio está especificado en su estructura y no por un agente externo, siendo los sistemas los que finalmente determinan qué interactúa con ellos.

Así, al hablar de sistemas estructuralmente determinados, no significa que estos sean estáticos. Los continuos cambios de un sistema se deben tanto a las variaciones de las propiedades de sus componentes como a los cambios de las relaciones entre ellos. Sin embargo, las relaciones que lo definen como sistema de una clase particular deben permanecer invariantes para que el sistema permanezca como la clase de sistema que es. Esta relación invariante es entendida como la organización del sistema. Si una interacción gatilla un cambio estructural sin cambios en la organización, hablamos de perturbación, y si gatilla cambios que llevan a cambios en la organización, hablamos de interacción destructiva del sistema.

Es así que se entiende entonces que los sistemas vivos y el medio cambian juntos en una dinámica de congruencia estructural a través de su mutuo gatillo recursivo de cambios estructurales, mientras que el sistema vivo conserva su organización viva (autopoiesis) y su adaptación al medio (congruencia estructural dinámica operacional con él). El observador que ve tanto al sistema vivo como al medio, ve que el sistema vivo se desliza en el medio a través de sus continuos cambios estructurales siguiendo un curso en el que conserva su organización viva (autopoiesis) y su congruencia estructural dinámica con el medio (adaptación), o se desintegra.

El que un sistema vivo particular perturbe y sea perturbado por este conjunto de sistemas de manera tal que su estructura cambia sin pérdida de la organización y en completa armonía

interaccional con ese medio, permite hablar de acoplamiento estructural. Es decir, cuando un organismo y su medio se encuentran en una relación repetitiva, recurrente y armónica, decimos que entre ellos existe un acoplamiento estructural.

En particular, el acoplamiento entre el ser humano y su medio se da en el lenguaje, el cual se origina en la coordinación de acciones que van generando una historia de conservación de un modo de vida. Estas coordinaciones, para constituirse en el lenguaje, deben ser consensuales. La consensualidad es el resultado de las interacciones repetitivas y recurrentes en que participan los organismos. Esta condición realiza la diferencia de cualquier explicación que describa estas coordinaciones a partir de disposiciones instintivas. Así Maturana define lenguaje como “la coordinación de coordinaciones conductuales consensuales”.

Según Maturana, el lenguaje está íntimamente ligado con las emociones: distinguimos como emociones a las “disposiciones corporales” (que desde ya involucran al sistema nervioso), que especifican en cada instante el dominio de acciones en que se encuentra un animal; y el emocionar, como el fluir de una emoción a otra, es decir, es fluir de un dominio de acciones a otro.

Para Maturana la emoción define la acción. Es la emoción la que define cuándo un gesto dado es una agresión o una caricia. De acuerdo a Maturana nosotros siempre estamos en una dinámica emocional, en un fluir de un dominio de acciones a otro en la historia de interacciones recurrentes en la que vivimos. Al referirnos al íntimo entrelazamiento entre emociones (disposición a la acción) y lenguaje (coordinación de acciones), podemos visualizar las emociones como el contexto en que se da el lenguaje, y éste a su vez, afectando nuestro emocionar.

El entrelazamiento entre lenguaje y emoción es lo que configura las conversaciones, entendiendo que todo quehacer humano se da en el conversar, y, lo que en el vivir de los seres

humanos no se da en el conversar, no es quehacer humano. Hasta el razonar como acción, surge de la emoción.

Por lo tanto, nuestro bienestar y nuestro sufrimiento dependen de nuestro conversar, y se originan y terminan en él. El encontrarnos siempre, como seres humanos, en el emocionar, nos sitúa a cada momento en un dominio de acciones posibles, especificadas desde la emoción de ese momento. El entrar en el espacio de realizar (elegir) una acción y no otra, dentro del dominio de acciones posibles, da fundamento a la comprensión de dos dimensiones adicionales del ser humano:

La responsabilidad, que aparece cuando en nuestra reflexión nos damos cuenta de si queremos o no las consecuencias de nuestras acciones.

La libertad, que surge cuando en la reflexión sobre nuestro quehacer nos damos cuenta de si queremos o no nuestro querer o no querer las consecuencias de nuestras acciones.

Esto es importante de considerar en el entendido de la circularidad de las dinámicas interaccionales, ya que no infrecuentemente, en esta dinámica circular, las responsabilidades individuales tienden a desdibujarse. En la dinámica circular de las interacciones, cada uno de los participantes es responsable y libre como individuo, de las acciones que realiza en su interacción.

### **El abordaje terapéutico del Modelo Sistémico en Realidades Consensuales**

El MSRC desarrolla una perspectiva específica para abordar la terapia, incorporando: El Motivo de Consulta, la co-construcción como modo de operar en terapia, la invitación al cambio y la mantención de aspectos que el sistema consultante no quiere cambiar, objetivos terapéuticos, mecánica terapéutica, cambio terapéutico y actitud y acciones del terapeuta.

La terapia dentro de este modelo es definida como el espacio de conversación entre el terapeuta y el sistema consultante, en función del dolor o sufrimiento que los lleva a consultar (Motivo de Consulta), es decir un sistema cuya organización se constituye en función del sufrimiento. En este sentido, lo que posibilita la existencia del espacio terapéutico es el sufrimiento que trae el sistema consultante a partir de su propia definición.

De este modo, cualquier síntoma por el que consulta un “sistema consultante”, es entendido como una conducta definida por ese sistema como “anormal” o falla que genera sufrimiento; a su vez, cualquier síntoma forma parte de una red de conversaciones repetitivas que fijan posiciones rígidas de los miembros que forman parte de esa conversación.

El tipo de conversación en torno al problema que emerge de una emoción determinada, genera a su vez una emoción que sólo puede perpetuar el mismo tipo de conversación, por lo tanto es mantenedora del problema. De este modo, si la terapia tiene por objeto la desaparición del sufrimiento, necesariamente pasa por un cambio en las redes de conversaciones del sistema consultante en torno al problema, lo que a su vez implica un cambio de posiciones, lo que implica un cambio de contexto y a su vez, un cambio en la organización.

De este modo, la unidad de análisis a tratar será un sistema, dependiendo de sus componentes el que sea éste un individuo, una pareja o una familia. El sistema pasa a ser entendido como “un conjunto de elementos interconectados que queda definido como unidad por su modo de interacción”. Entendido de este modo, se puede coger su autonomía a partir de su operar como sistema unitario, sistema que tiene una organización y estructura particular, y que opera en el determinismo estructural.

Este modo de entender los sistemas se traduce en la clínica, en que estamos siempre frente a un sistema consultante único y particular, que aunque los motivos de consulta en sus contenidos

sean similares, para abordarlos tendrá que ser siempre desde la particularidad del sistema consultante con que estamos interactuando. Se entenderá por “Sistema Consultante” al sistema que consulta en función de un sufrimiento, mientras que el “sistema terapéutico” será aquel que se conforma mediante la coordinación en el lenguaje entre el sistema consultante y el terapeuta.

Ahora bien, la co-construcción será el modo de operar en el proceso terapéutico. A partir de la aceptación de la objetividad entre paréntesis y de la idea de que la explicación de la realidad es la realidad para quien se la explica de esa manera, la co-construcción es el único mecanismo interaccional que genera y permite operar con la realidad para más de un observador. Para que la interacción que emerja como consecuencia de la co-construcción sea terapéutica, es fundamental conocer:

a) la epistemología básica del paciente, su concepción del mundo, su lenguaje, en un sentido amplio y en un sentido específico, y particularmente

b) todo el conjunto de explicaciones que no sólo subyace al motivo de consulta, explicación esencial, sino estar muy atentos a todas las explicaciones que el paciente tiene respecto a la terapia, al terapeuta, y a todo lo que rodea a este proceso. Esto no con fines estratégicos sino para que la co-construcción pueda intentarse como un proceso de coordinación integral a través de la conversación en la que se pueda dar la consensualidad en la danza dialéctica del emocionar y el lenguajear juntos, de modo que el producto de esta interacción sea efectivamente la co-generación de una realidad con una genuina participación de ambos.

La eficiencia terapéutica de este tipo de interacción va a depender de que ésta se viva desde el que consulta como una constante y dinámica invitación que puede aceptar o rechazar. Esta opción de aceptación o rechazo es parte esencial de la situación, y puede ser vivenciada por el paciente como una opción o conjunto de opciones que él puede escoger, en su condición de

alternativas posibles con la máxima claridad de las consecuencias que para él tendrían el escoger estas opciones en términos de costos y beneficios para sí mismo.

De manera que el objetivo terapéutico apunta a hacer desaparecer el sufrimiento que subyace al motivo de consulta (si no existiese este sufrimiento, el paciente no habría consultado por sí mismo). Para lograr este objetivo hay que traer a la mano la posibilidad de algún cambio que sea suficiente, pero que respete todo aquello que el paciente quiere mantener, aunque se aleje de aquello que la persona del terapeuta considera conveniente y/o sano para su propia vida. En la revisión de los aspectos que el sistema consultante desea mantener el terapeuta debe, sin embargo, hacer una invitación a revisar esos aspectos, si los mismos están implicados en la mantención del sufrimiento. Esto significa que toda la gradiente de nuestro entendimiento y experiencia, nuestros planteamientos epistemológicos, el paradigma con que operamos, la teoría más específica que configura este paradigma, el modelo intermedio que hace la traducción entre la teoría y su aplicación clínica, como las técnicas específicas que empleemos, se ponen al servicio de intentar entender el motivo de consulta y enmarcarlo en un contexto clínico operacional.

La mecánica terapéutica y el cambio terapéutico necesario para el logro de este objetivo apunta a la destrucción de la organización del cual el sufrimiento es parte. Dependerá del nivel de abstracción escogido para observar si ésta puede describirse como un cambio de reglas operativas del sistema, cambio en las posiciones de sus componentes, o cambio en las redes de conversaciones. Es decir:

- La destrucción de la organización de la cual el sufrimiento es parte, sin perder de vista que la unidad de análisis es el sistema total. La intervención sólo tendrá éxito si desaparece la organización, no si desaparece el síntoma. Un síntoma puede desaparecer, sin embargo, si se

mantiene la misma organización, surgirá otro que cumpla la misma función y mantenga la organización con el sufrimiento como parte constitutiva del sistema.

- La facilitación de un cambio en las reglas que definen el sistema. Por regla entenderemos aquellas abstracciones que pueda hacer un observador a partir de la observación de los procesos conductuales que definen posiciones, distribución de poder, mitología, rituales y que configura quiénes participan, cómo y basado en qué explicaciones. En la medida que nuestro análisis se basa en un pensamiento circular estas reglas estarán configurando circuitos circulares conductuales en que todos los involucrados son piezas del puzzle que calzan perfectamente, o partes de una coreografía en que todos se están retro-alimentando. Las piezas son intercambiables en la medida que sigan manteniendo la forma de esa posición.

Para que surja una conversación diferente, citando nuevamente a Maturana, nosotros somos en el lenguaje y en la medida que éste es coordinación de coordinaciones conductuales consensuales, nuestro ser y nuestro hacer es lo mismo que nuestro lenguajear. Podemos distinguir entonces que los sistemas contienen un tipo de lenguajear que se expresa en una conversación particular que está sustentando y realizando el tipo de organización por el cual él o los sujetos llegan a consultar. El cambio en la conversación implica que se produzca un cambio en la emoción. La emoción presente en el sistema consultante sólo permite aquellas acciones que confirman el sistema en la misma emoción.

Lo antes expuesto se logra mediante conversaciones entre terapeuta y paciente, que no sólo no confirmen el sistema del cual el síntoma es parte, sino que vaya co-creando un lenguaje distinto y consensual posible sólo mediante la coordinación en el lenguaje, desde donde surjan nuevas alternativas de explicación, llevando así al sistema consultante a un cambio de dominio de realidad. La responsabilidad terapéutica radica en la capacidad del terapeuta de traer a la mano todas las

alternativas posibles que surgen de la co construcción, no sólo de aquellas que tienen una significación para el sistema consultante, sino que esta significación contenga un dominio emocional que les permita recuperar la potencia para una proyección a futuro sin ese sufrimiento como parte de la vida.

A un nivel técnico esto implica que el terapeuta ya en una primera sesión necesita conocer ciertos aspectos del sistema consultante con el cual va a trabajar:

1) si existe el deseo de consultar a partir de un dolor o sufrimiento que la(s) persona(s) no han podido resolver: *¿qué le(s) ha traído a consultar?*

2) la definición de problema desde el(los) pacientes. Qué es aquello que desean cambiar porque les produce sufrimiento (esto implica no operar con categorías psicopatológicas a partir del terapeuta).

3) quién definió esa situación o conducta particular como problema (para conocer quiénes son los involucrados y así definir el sistema del cual el problema es parte): *¿para quién(es) esta situación que plantea(n) es un problema? ¿desde cuándo esta situación está ocurriendo? ¿desde cuándo esta situación significa para ud(s) un problema? ¿qué les ha llevado a consultar ahora y no antes?*

4) cuáles son las explicaciones que la(s) persona(s) que consultan tienen respecto a la existencia del problema (las explicaciones configuran la realidad, por lo tanto es necesario conocer esas explicaciones para no confirmar el sistema en la misma realidad en que están atrapados): *¿qué cree(n) ud(s) que explica la existencia de este problema? ¿qué se ha intentado hacer para enfrentar y superar el origen de este problema?*

5) qué desea ese sistema conservar.

El terapeuta a su vez debe conservar a lo largo de las sesiones:

(a) Una visión de totalidad que implica tener constantemente en su mente la unidad de análisis; esta unidad de análisis puede estar compuesta por una, dos o muchas personas, pero se conceptualiza como una sola unidad y se comprende de la misma manera.

(b) Una visión de circularidad que implica observación del proceso de mantención del síntoma mediante circuitos conductuales que se retroalimentan y codeterminan conversaciones autoconfirmatorias del problema y emoción autopetruante del sistema.

(c) Una permanente e inagotable actitud de curiosidad que se expresa en el arte de generar preguntas que permitan la emergencia de nuevas conversaciones lo que implica un entendimiento diferente y a su vez emociones diferentes que conlleva otra clase de acciones dentro de ese sistema único con el cual se está interactuando.

Este es el territorio donde se encuentran paciente y terapeuta. Ubicados en este territorio, el arte terapéutico consistirá en permitir que emerjan nuevos espacios de conversaciones mediante ir trayendo a la mano diferentes realidades a partir de distintas operaciones de distinción.

Estas realidades posibles dependerán de la habilidad de ir co-creando alternativas que vayan definiendo nuevos contextos y así diferentes dominios de realidad. El hacer una operación de distinción desde un contexto particular, genera a su vez un nuevo contexto coherente a ese nuevo dominio de realidad. Es a través de este derivar en la co-creación de nuevos contextos que generan nuevas realidades que se logra un cambio en la emoción, surgiendo nuevas disposiciones de acción, lo que implica un cambio del tipo de conversación coherente a un nuevo dominio y un cambio en las reglas operantes del sistema, configurándose así una nueva organización.

En síntesis, el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales se basa en las siguientes consideraciones:

- La objetividad en paréntesis: ya no es posible hablar de una realidad independiente del observador, sino que ésta es siempre una construcción a partir de un consenso entre las distinciones que hacen en el lenguaje respecto de la realidad que viven y son capaces de distinguir. Por lo tanto, se omite la premisa de la preexistencia de una psiquis interna, subjetiva.

- La conversación como un espacio de construcción de lo humano, en el fluir entre lenguajear y emocionar.

- La terapia como un espacio de conversación que abre posibilidades para quien consulta desde el encuentro con el terapeuta, encuentro particular, único e irrepetible.

- El terapeuta como un interlocutor válido y legítimo, que invita y propone conversar y abrir preguntas desde el foco que trae quien consulta, foco que es considerado como un problema para el sistema consultante que le genera dolor y sufrimiento y que quiere resolver.

- Consideración del sistema consultante como un sistema que se encuentra en un estado de organización en sufrimiento, al que se le ofrecen en la conversación perturbaciones que posiblemente para el sistema impliquen la perturbación de su organización en sufrimiento.

- La destrucción de la organización en sufrimiento como objetivo de la terapia, a partir de la generación de conversaciones que abren posibilidades de generar otras distinciones y conversaciones alternativas, que impliquen que el sistema mantenga una organización que le permita estar en congruencia con su vida cotidiana. Esta nueva organización la genera el sistema consultante desde su ser sistema autopoietico, lo que se traduce en la consideración del sistema consultante (individuo o familia) como capaz de generar sus decisiones como producto de su propio operar, y no como producto de la instrucción del terapeuta.

### III. OBJETIVOS

#### Objetivo General:

Describir e interpretar un proceso terapéutico con una consultante mujer madre trabajadora en el contexto de atención del dispositivo de salud mental pública COSAM CEIF de Puente Alto desde el Modelo Sistémico de Realidades Consensuales.

#### Objetivos Específicos:

- Describir las diferentes etapas de intervención realizadas desde el Modelo Sistémico de Realidades Consensuales, con una consultante mujer madre trabajadora en el contexto de atención del dispositivo de salud mental pública COSAM CEIF de Puente Alto
- Describir los cambios de explicación del sistema consultante como consecuencia de las intervenciones realizadas desde el Modelo Sistémico de Realidades Consensuales, en una consultante mujer madre trabajadora en el contexto de atención del dispositivo de salud mental pública COSAM CEIF de Puente Alto

## **IV. ABORDAJE METODOLOGICO**

### **1. Fundamentos ontoepistemológicos**

El presente estudio se posiciona dentro del paradigma interpretativo, que tiene como finalidad comprender los fenómenos, dando preponderancia a la idea que las experiencias son subjetivas, entendidas como la base de conocimiento, y que la realidad estudiada no es dada, sino que diferentes actores la construyen.

Desde esta perspectiva la realidad es subjetiva y múltiple, es compleja y saturada de significados subjetivos personales y colectivos (Pérez, 2000). Desde esta postura el investigador intenta reducir la distancia entre el sujeto y el objeto de investigación, generándose una interacción entre el investigador y lo investigado, siendo sujetos y objetos de estudio a la vez. No se concibe al investigador como externo, sino como parte de la investigación, como constructores activos en la medida que se relacionan y actúa con los otros. El papel del investigador no es neutro, ya que hay una implicancia personal en la medida que se está en interacción constante.

Este paradigma busca comprender lo que sucede en una situación concreta a partir de las propias creencias, valores y reflexiones de los sujetos investigados.

El uso de metodologías y técnicas son de tipo cualitativas, ya que éstas pretenden lograr aprehender lo descrito con anterioridad garantizando la máxima intersubjetividad posible en la interpretación de una realidad compleja al momento de recoger los datos, posibilitando así un análisis de tipo interpretativo que permita la extracción de conclusiones que enriquezcan el cuerpo de conocimiento empírico (Pérez Serrano, 1990; citado en Pérez, 2002).

Por tanto, la presente investigación se basa en una ontología subjetivista, influida por dimensiones históricas y contextuales. En este sentido, es interesante relevar los aportes realizados

por el biólogo chileno Humberto Maturana (1995) y su implicancia para la metodología cualitativa, al cuestionar radicalmente la existencia de una realidad objetiva que se encuentra fuera del observador, y que a la vez pueda ser conocida por éste. Maturana, al partir de la premisa de la imposibilidad de distinguir entre ilusión y percepción, da cuenta de la improbabilidad de apoyar la tradicional investigación científica en la realidad objetiva, como un factor que permita validar el conocimiento científico. En este sentido, la objetividad pasa a ser relativizada o puesta en paréntesis. Desde allí se emprenden pasos hacia la descripción detallada de la perspectiva según la cual se hacen posibles las “distinciones” realizadas *en* el lenguaje. La explicación de los fenómenos no puede basarse en una realidad preexistente, sino que construida en el acto de explicación. (Flores, 2009).

## **2. Estrategia de investigación: Estudio de Caso**

La metodología utilizada para dar cuenta del proceso llevado adelante junto al consultante la constituye el estudio de caso, cuya aplicación en este estudio se adscribirá al paradigma cualitativo interpretativo. El paradigma cualitativo interpretativo considera que la realidad (asunto ontológico) es construida por las personas involucradas en la situación que se estudia; y aunque las versiones de los mundos sean personales, estima que dichas construcciones de mundo no son completamente ajenas, sino que se parecen, tienen puntos en común. Desde esta mirada, el propósito de la investigación no es descubrir la realidad, sino construir una cada vez más clara y sólida, que pudiese responder a la duda sistemática (Stake, 2007). El paradigma cualitativo interpretativo busca minimizar la distancia o separación objetiva entre el investigador y aquéllos a quienes estudia (asunto epistemológico) y axiológicamente admite que aunque se clarifiquen las descripciones y se dé solidez a las interpretaciones, la recolección de los datos están influenciadas

por la experiencia e intención del investigador, por lo cual es necesario reportar de manera activa esos juicios y valores que informan el actuar del mismo. Desde aquí se adhiere a un proceso de investigación de características inductivas, que permite el descubrimiento y la emergencia de relaciones e ideas que puedan ser valiosas para el conocimiento en el área (Stake, 2007).

Un estudio de caso es el análisis de un solo ejemplo de una entidad que existe en el mundo social, siendo lo que nos interesa en este espacio la inmersión en el proceso terapéutico completo. Como lo plantea Yin (2003) el valor distintivo de la aproximación del estudio de caso es que puede ser usado para analizar la interacción compleja de los factores involucrados en un caso único. El interés por la comprensión del caso viene dada por la intención de transmitir “ese algo” propio del caso, esto es, apreciar la unicidad y la complejidad del caso (Guba y Lincoln, 2005; Stake, 2007).

Se tomaron las recomendaciones de Gualberto Buela-Casal y Juan Carlos Sierra plasmadas en su artículo “Normas para la redacción de casos clínicos” (2002) quienes han propuesto doce apartados que permiten una mejor descripción y comprensión de los casos: 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. En consonancia con los planteamientos de los autores, se ha realizado una adaptación en consideración del enfoque terapéutico utilizado.

Según Buela-Casal y Sierra (2002), es evidente que no todos los casos clínicos pueden ajustarse fielmente al esquema propuesto (los autores desarrollan su planteamiento teniendo en mente procesos terapéuticos cognitivo-conductuales); sin embargo, se concuerda con los autores

en el hecho de que seguir estas normas en la medida de lo posible sin duda contribuye a una mejor exposición y comprensión del caso.

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

Se optará por presentar las sesiones de terapia psicológica en orden cronológico, y la descripción y análisis de cada una, así como del proceso completo, se desglosará a partir de 3 modalidades de registro:

- Registro básico proveniente del sistema de registro virtual en línea OMI con que cuenta el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), donde cada profesional debe registrar en forma muy sintética cada una de las atenciones realizadas a los usuarios atendidos. Este registro virtual sólo da cuenta general en el sistema de la atención realizada, por lo que no profundiza en los aspectos clínicos, pero da un marco general inicial introductorio a los principales temas y situaciones abordados durante cada sesión.
- Registro analítico de cada sesión por parte del profesional tratante, el cual hace llegar a la consultante para su lectura a través de email, donde se desglosa y se profundiza clínicamente, a la luz del Modelo Sistémico en Realidades Consensuales, los contenidos y dinámicas surgidos durante el proceso terapéutico
- Registro posterior por parte de la consultante a partir de los registros que le hace llegar el terapeuta tratante a través de email. El registro de la consultante es en relación tanto a los contenidos de cada sesión como apreciaciones generales sobre el proceso, en que se le invita a registrar por escrito sus principales reflexiones y énfasis que para su proceso terapéutico hayan sido relevantes, tanto respecto de la actitud del terapeuta como de su abordaje temático – estratégico ante los contenidos planteados por la consultante. Como se constatará más adelante, la

consultante envió su registro respecto de una parte, y no de la totalidad, de las sesiones, además de escritos posteriores referidos a su sentido general ante el proceso de terapia.

#### **4. Consideraciones éticas**

Para el resguardo del anonimato, confidencialidad y seguridad de la consultante y que reciba toda la información respecto del presente estudio y de su participación en el mismo, se le pidió leer y firmar un documento de Consentimiento Informado (ver anexo) y se resguardó su identidad con un nombre ficticio.

#### **5.1. IDENTIFICACION DEL CONSULTANTE**

La consultante es Luisa, de 45 años, quien es atendida en el COSAM – CEIF de Puente Alto, dispositivo de atención secundaria en salud mental que recibió su derivación desde un CESFAM (APS). La consultante ha trabajado como funcionaria municipal desde hace 23 años, habiendo trabajado en varias áreas y oficinas municipales. Es la mayor de 2 hermanos, y sus padres ya han fallecido. Vive actualmente con sus 3 hijos: una joven de 16 años hija de su primera pareja, y 2 hijos de 10 y 8 años fruto de una segunda relación de pareja, de quien ya lleva separada 3 años.

Luisa se hace cargo de sus 3 hijos, tratando de organizar su tiempo entre el trabajo, la supervisión de los quehaceres escolares y domésticos de sus hijos, y las labores domésticas de mantención de su hogar. Esporádicamente cuenta con una asesora de hogar para asumir tanto las tareas domésticas como de supervisión de los hijos, pero en general las asume Luisa.

Su hija mayor, en etapa de adolescencia, ha presentado recientemente dificultades en la esfera emocional repercutiendo en sus modos de relación en el núcleo familiar y en el sistema escolar.

Su hijo menor fue diagnosticado hace 2 años como dentro del espectro autista, lo cual le ha implicado hacia él una dedicación particular tanto en todo lo referente a la vida cotidiana (hogar, educación) así como al ámbito de tratamientos especializados para su condición.

Luisa refiere que en su ámbito familiar sólo cuenta en términos de relaciones estables y significativas con su hermano menor, quien recientemente se separó y se fue a vivir a casa de Luisa.

En el ámbito laboral, en particular desde su última separación de pareja logró gestionar un horario laboral inferior a la jornada completa y con relativa flexibilidad, permitiéndole esto asumir con menor dificultad su rol de madre y dueña de casa, y además refiere que es en el ámbito laboral donde desarrolla con mayor intensidad sus relaciones sociales y de amistad.

## **5.2. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA**

Luisa ha sido usuaria de atención del COSAM CEIF desde fines de 2013 derivada desde APS por presentar un trastorno emocional depresivo moderado, con una adherencia positiva al tratamiento pero con ciclos de asistencia irregular a las horas agendadas. Ha recibido tanto atención psicológica, así como atención médica en psiquiatría adultos con indicación de tratamiento farmacológico (aunque Luisa presentó varios periodos de discontinuidad respecto de los controles médicos y del tratamiento con fármacos). Desde la fecha señalada ha sido posible identificar cambios en el motivo de consulta a partir de determinados hitos durante el proceso terapéutico llevado a cabo por el mismo terapeuta, de los cuales es posible identificar los siguientes como relevantes en cuanto a que hacen posible diferenciar etapas del proceso terapéutico:

1. Periodo de convivencia con padre de sus hijos menores, con importantes conflictos de pareja constitutivos de dinámicas agresivas de convivencia (que no cumplen con criterios de

VIF desde una aproximación moderna), que a su vez se relacionan con manifestación de inestabilidad emocional y cambios actitudinales por parte de sus hijos, ante los cuales ambos adultos evidencian déficits en la implementación de sus habilidades parentales

2. Periodo de separación respecto del padre de sus hijos, con cese de convivencia, pero con mantención de una relación de pareja ambivalente y conflictiva en que para Luisa se intersecta el conflicto de no querer estar sola en el plano de pareja y estar con el padre de sus hijos, en que en ambos planos el padre de sus hijos se plantea de forma diferente respecto de las expectativas de Laura hacia él en ambas dimensiones: “hombre / pareja exigente en la esfera sexual y descuidado en la expresión de ternura” y “padre ambivalente e inconstante en su rol en la relación cotidiana con sus hijos”. Desde esta ambivalencia, Laura descuidó el establecimiento de límites que permitieran definir con claridad la relación con el padre de sus hijos menores, y que permitieran el cuidado emocional de Laura y sus hijos

3. Periodo de elaboración de duelo por separación respecto del padre de sus hijos y asunción gradual de su condición de mujer / madre / trabajadora sin pareja y sin presencia ni apoyo del padre de sus hijos menores, en que además a partir de nuevas experiencias sociales, de exploración de intereses postergados y de indagación y lecturas de temas relativos al “desarrollo del ser humano”, se inicia un periodo en que le es posible reconocerse en lo personal más ampliamente, tratando de incorporar en su vida actual una dimensión que le denomina de “espiritualidad” y de “trascendencia y superación humana” que favorezca su enriquecimiento como mujer, siendo capaz de superar estados y situaciones evaluados por ella como negativos.

Para el presente estudio, se considerará analizar el proceso terapéutico relacionado con la tercera de las 3 etapas recién descritas, atendiendo a la consideración de 3 criterios:

- se desarrolla durante el transcurso de los últimos 12 meses de atención
- mantención de un leve aumento de periodicidad y regularidad en la asistencia a las sesiones de terapia agendadas
- la consultante evidencia un cambio de énfasis en su disposición ante el proceso de terapia: transitar desde una mayor necesidad de desahogo y contención hacia una mayor disposición a su problematización y cambio

Por lo tanto, el foco del presente estudio será describir cómo el proceso terapéutico desarrollado favoreció en la consultante un cambio de explicación y cambios de actitud con posterioridad a su experiencia de separación de pareja, en una perspectiva de mayor autonomía, bienestar y fortalecimiento en su ser mujer independiente, madre, dueña de hogar y trabajadora.

Durante esta etapa, para re encuadrar el proceso terapéutico y re definir el motivo de consulta, se formulan a la consultante las siguientes preguntas:

- ¿Qué la motiva a continuar el presente proceso terapéutico?

Luisa refiere que necesita una instancia de apoyo, escucha, desahogo y asesoría en su actual etapa de vida como mujer madre trabajadora. Desde el lugar del terapeuta, es posible interpretar su motivo de consulta en términos de necesitar un proceso terapéutico en que cuente con apoyo para continuar desarrollándose de la forma más saludable posible, para así poder asumir de modo pertinente su actual condición de mujer / madre / trabajadora independiente. Luisa plantea un mayor énfasis al respecto en su necesidad de “saber cómo ser mejor madre” y “controlar mi rabia, en especial con mis hijos”, lo que el terapeuta puede interpretar como su necesidad de fortalecer sus habilidades parentales y sus capacidades de auto regulación emocional

particularmente ante sus hijos. Respecto de este motivo de consulta, Luisa refiere que es capaz de reconocer tanto avances al respecto así como aspectos que aún necesita fortalecer, en la perspectiva de mantener un estado de bienestar que le permita lograr una experiencia de satisfacción y plenitud como mujer. En particular, refiere estar en mejores condiciones para asumir en forma más eficaz “el manejar mi rabia”, y para fortalecer sus capacidades de reflexión y toma de decisiones que le permitan “pensar antes de actuar”.

### **5.3. HISTORIA DEL PROBLEMA**

Al tratar de consensuar un motivo de consulta con Luisa, se ha hecho referencia a que éste se ha re definido en el contexto de lo que se ha distinguido como una tercera etapa del proceso terapéutico, en que como se señaló la consultante asume dicho proceso en perspectiva de continuidad, mantención y fortalecimiento de recursos personales para asumir en forma más efectiva su condición de mujer / madre / trabajadora independiente. No obstante, es posible hacer referencia a cómo ella identifica el origen del problema que la trae a consultar en su historia, que se puede develar desde las siguientes preguntas:

¿Desde cuándo es para ud un problema lo que la ha traído a consultar?

¿Qué explicación le da ud a la existencia de este problema?

Si bien Luisa hace referencia a una experiencia de etapa de niñez y juventud relativamente placentera, logra relacionar particularmente una repercusión negativa en su dimensión emocional a partir de la muerte de su madre: “cuando ella murió, mi hija mayor recién había nacido y por cuidar a mi hija no lloré a mi madre”. El terapeuta interpreta que para Luisa su madre significó una relación muy significativa en tanto imagen de figura afectiva, protectora y referente en particular de fomentar en ella un sentido de responsabilidad y organización de la

propia vida, junto con contar con ella como figura protectora y de apoyo. Es posible interpretar que esta pérdida implicó para ella la experiencia de un duelo no resuelto que, según refiere, ha incidido en una vivencia recurrente de sentimientos intensos de pena ante situaciones frustrantes.

Luisa también plantea la experiencia de haber vivido sentimientos de rabia y pena respecto de sus 2 relaciones de pareja más significativas: con el padre de su hija mayor, con quien según refiere se produjo un distanciamiento importante producto de desencuentros a partir de expectativas diferentes respecto de la convivencia como pareja y padres; y con el padre de sus 2 hijos menores, con quien refiere haber vivido una experiencia intensa de emociones que ella refiere como contradictorias: experiencia variable de pasión erótica en relación con su expectativa de vivencia de pareja cuidadosa de afectos de ternura / padre presente y protector ante sus hijos.

En particular, la experiencia de vida con su segunda pareja, padre de sus hijos menores, la refiere como muy importante en tanto tuvo hacia él una alta expectativa de una pareja / padre / compañero, pero con quien finalmente experimentó fuertes conflictos de pareja a un grado incluso de agresividad verbal y ocasionalmente física, de ambas partes (sin configurarse una dinámica de VIF propiamente tal). Al respecto, refiere que reconoce haber desarrollado ante su segunda ex pareja una tendencia a ser “impaciente, intolerante, hiriente y agresiva con él” al no coincidir con él en sus expectativas como pareja y como padres. Plantea como principal característica que ella distingue en su segunda ex pareja una tendencia importante de “egocentrismo y sobrevaloración de su condición de hombre” sobre ella como mujer, lo cual ella denomina en definitiva como “machismo”, reflejado según refiere en una tendencia importante a requerirla sexualmente como condicionante de otras demostraciones afectivas hacia ella, así como el experimentar que él minimizaba la importancia de su rol paterno frente al rol materno de Luisa ante sus hijos.

Asociado a la fuerte intensidad de la rabia y frustración que Luisa experimentó con su ex pareja ante el incumplimiento de sus expectativas hacia él como padre de sus hijos menores, está lo que ella refiere como frustración al no contar con él como su principal fuente de apoyo, al carecer ella de una red de apoyo familiar o de amistades que le fuera significativa.

En consonancia con lo antes señalado, Luisa plantea como otra fuente del origen de su rabia y frustración lo que ella denomina como “dificultades emocionales y de comportamiento” que distingue en sus 3 hijos, lo que en perspectiva del terapeuta ella inicialmente no relaciona entre estas descripciones que hace de sus hijos y que la desbordan, respecto de la ocurrencia de conflictos y dinámicas agresivas recurrentes entre ella y el padre de sus hijos menores, situaciones que ambos adultos no fueron capaces de regular en forma suficiente, exponiendo a sus hijos a presenciar directa o indirectamente dichas situaciones. De modo que inicialmente Luisa plantea en sus expectativas como madre que sus hijos puedan “mejorar sus dificultades emocionales y de comportamiento” en casa y colegio con independencia de las actitudes o conflictos que presentaban ambos adultos ante ellos.

Posteriormente Luisa plantea que cuando se inicia su proceso de separación respecto del padre de sus hijos menores, proceso que el terapeuta interpreta como laxo y ambiguo, en que la consultante tuvo dificultades para establecer límites respecto de su situación de pareja y como padres ante los hijos, comienza a surgir en ella una emoción de pena por vivir, tanto como madre y pareja, una experiencia de soledad, ya que refiere que al no cumplirse su deseo de estar con su ex pareja se visualizó a futuro continuar viviendo en situación de soltería, dado que consideraba que a su edad y en su condición de madre era difícil que algún otro hombre le manifestara interés por conformar pareja y no solamente manifestarle interés sexual.

Además, en su condición de mujer / madre / trabajadora independiente y prácticamente sin redes de apoyo, Luisa desarrolla gradualmente una sensación de frustración y sentimientos de rabia y pena, según refiere, por verse en la situación obligada de “postergar su ser mujer con derecho a vida social, descanso y entretención”, traducida en “falta de tiempo para mí” al verse en la situación de no contar con tiempo aparte del destinado a sus hijos, su casa y su trabajo. Esto se traduce para ella en una experiencia constante de cansancio, falta de energía, desmotivación general y ánimo bajo.

Luisa refiere además que en su condición de separada desarrolla un estado recurrente de irritabilidad y labilidad emocional en relación a su ser madre y enfrentar los desafíos propios de cambios y dificultades expresados en la convivencia con sus hijos. Pero también este estado se intensifica en ella al confirmar, según refiere, que descubrió que su ex pareja le fue infiel y que se ha distanciado definitivamente de sus hijos sin tener contacto con ellos, planteando que él “justifica su ausencia para evitar supuestas actitudes conflictivas mías, o sea, me culpa de no ver a sus hijos”. Ambas situaciones, descubrimiento de infidelidad y ausencia como figura paterna, intensifican en ella su pena y rabia cotidianas.

En definitiva, la consultante denota desde estas referencias una tendencia inicial importante a externalizar el origen de sus propias variaciones emocionales entre la rabia y la pena, experimentando esto como un padecimiento que quisiera aliviar a partir de la interrupción de las fuentes externas que la provocan. Sin embargo, como se verá más adelante, el presente proceso terapéutico incidió en particular en la asunción gradual de un sentido de mayor control y autonomía que le es posible reconocer y construir como parte de la asunción de su actual condición de mujer / madre / trabajadora independiente.

#### **5.4. ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO**

La perspectiva epistemológica subyacente al modelo que sustenta el presente proceso terapéutico nos lleva a reformular el concepto de meta terapéutica determinado por el término de la experiencia de dolor o sufrimiento por parte del sistema consultante ante su definición inicial de problema. Así, las metas del proceso terapéutico son co construidas en coherencia con la co construcción inicial del motivo de consulta.

Se acuerdan con la consultante los siguientes objetivos del proceso terapéutico:

- Que la consultante cuente con un espacio de apoyo tanto individual como familiar, que se traduce para ella en la posibilidad de experimentar en este espacio su propia legitimidad, contar con escucha sin juicios de valor, con contención y libertad para el propio desahogo y expresión emocional

- Que la consultante cuente con la posibilidad de participar de conversaciones con sentido que le contribuyan con reflexiones, opiniones, información y herramientas, que le permitan fortalecer sus capacidades de manejo emocional propio, capacidades reflexivas y de auto crítica constructiva, y de toma de decisiones a nivel personal y a nivel familiar como madre de hijos en diferentes etapas de desarrollo.

#### **5.5. SELECCIÓN Y APLICACION DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**

Para el análisis de las sesiones, se asumirá la perspectiva de análisis hermenéutico, que se enmarca en el paradigma interpretativo comprensivo; lo que supone un rescate de los elementos del sujeto por sobre aquellos hechos externos a él. En este sentido, debe destacarse que dicho análisis toma como eje fundamental el proceso de interpretación (en Cárcamo, 2005, p. 211),

tomando como fuente de datos el texto, cuya interpretación requiere una disposición a ir más allá del texto en una postura permanente de apertura a re interpretar lo interpretado acerca del fenómeno, de modo de lograr un entendimiento del texto, de su origen, su contexto e historicidad. Esta disposición de igual manera, es necesaria aplicarla como perspectiva de entendimiento hacia el propio sujeto que interpreta. No obstante esta referencialidad de quien interpreta, el foco a mantener en este análisis es la subjetividad y perspectiva de mundo del autor del texto.

Desde esta perspectiva, todo el análisis de las sesiones es asumida como las distinciones que el terapeuta realiza a partir del discurso de la consultante en las conversaciones que constituyeron cada sesión de terapia, desechando toda pretensión de objetividad (objetividad en paréntesis).

A partir de los registros de cada sesión realizados por el terapeuta y la consultante, se intentará relevar los aspectos relativos al proceso de cambio de posición de la consultante, en relación a los aspectos de la praxis terapéutica que lo posibilitaron desde el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales.

Para la evaluación del proceso terapéutico se aplicará el Cuestionario Historias de psicoterapia de Adler, Skalina, y McAdams (2008) para el recuento del consultante.

## 5.6. DESARROLLO DE LAS SESIONES

En el presente apartado descriptivo de las sesiones, tanto a partir de los registros mencionados anteriormente como de la lectura e interpretación de extractos de las conversaciones en cada sesión, se tendrán presente los siguientes planteamientos eje del MSRC que cruzan todas las intervenciones descritas en las sesiones:

- El foco en las conversaciones que la consultante explicita como explicaciones generativas que sustentan una organización en sufrimiento respecto de roles y situaciones vividas en su ser mujer madre trabajadora, de modo de develar una red o entramado de conversaciones y explicaciones que mantienen su sufrimiento, todo lo cual da cuenta de su epistemología o visión de mundo y de sí misma
- Procurar desde el terapeuta una permanente co construcción de dichas conversaciones y explicaciones, de modo de ofrecer el abrir posibilidades de conversaciones alternativas que para la consultante impliquen la posibilidad de realizar distinciones diferentes acerca de su sufrimiento: conversaciones alternativas con un sentido consensuado generado con la participación activa de terapeuta y consultante
- Planteamiento de dichas conversaciones como invitaciones que la consultante pueda aceptar o rechazar, a partir de vivir la experiencia en cada sesión que le es posible escoger con sentido propio desde la progresiva claridad de las consecuencias de cada opción propuesta
- Mantener el objetivo transversal que cada conversación contribuya en definitiva a la posibilidad de una gradual desaparición de la organización que mantiene el sufrimiento

- Traer a la mano un posible cambio que sea vivido como suficiente, que respete lo que el consultante quiera mantener, aunque el terapeuta no coincida con ello. No obstante, invitar a revisar si los aspectos que no quiere cambiar estarían o no para la consultante implicados en la mantención del sufrimiento
- Disponer conocimiento y praxis del terapeuta al servicio del proceso de la consultante, entender su motivo de consulta y enmarcarlo en un contexto clínico operacional
- Tener presente que los cambios en las conversaciones implican cambios en emoción y acción para la consultante, lo que posibilita cambios de dominio de realidad en que la consultante pueda verse a futuro sin el sufrimiento que trae a terapia

- 23 12 2015 Sesión 1

Reg. OMI: Asisten Luisa e hijo menor. Está tratando de implementar normas con sus hijos, "a veces resulta". Niños en general están solos mientras madre trabaja, tiende a delegar cuidado en hija mayor, 15 años. "Ella está siendo criada por el papá cuando no está conmigo, cuesta, él quiere hacerla trabajar". Sus hijos menores tienen peleas frecuentes, pero denotan vínculo afectivo positivo. Luisa refiere necesidad de retomar cercanía con "mi lado espiritual". "Hoy un pololo terminó conmigo, pero estoy bien, él empezó a imponerse ante mí, fue desubicado". Fármacos al día. Sugerencia de retomar red de apoyo, con hermano y en lo posible otras personas de confianza. Conflictuada con cambio de colegio de su hijo menor, "no es justo". Se refuerza su auto eficacia.

Reg. terapeuta: En esta sesión Ud. acude con su hijo menor, desde una disposición positiva tanto para tener una apreciación diagnóstica del niño, así como para revisar críticamente su rol de madre, hacia él y también hacia sus otros hijos. El dominio del ser madre le ha sido difícil en tanto intenta articularlo con su dominio como mujer, y sus otros ámbitos de ser trabajadora, amiga,

pareja. Me plantea que el asumir su rol materno le es demandante y le ocupa tiempo y energía que quisiera destinar en especial a su dominio social, sus amistades, y en particular a la posibilidad de reconstruir pareja. Sin embargo, se dispone a apoyar a sus hijos y a tratar de ser “mejor madre”. Me parece que se ha dispuesto con dificultad a reconocer las necesidades de cada uno de sus hijos, y desde ahí ha tratado de revisar y mejorar cómo implementa una crianza que en lo cotidiano sea positiva, estructurante, contenedora y educativa para sus hijos. La dificultad que al respecto me plantea se relaciona con su dificultad para manejar las emociones de sus hijos, y en general en cómo establecer acuerdos respecto de lo que espera de ellos en lo cotidiano. Yo le propongo que el aprender a ser madre es un proceso y que ud. está en eso. Le propongo si le parece disponerse a revisar, en particular, cómo puede mejorar el establecer acuerdos sobre normas y límites, si bien lo que esta actividad le demanda en cuanto a tiempo, dedicación, claridad y paciencia, lo vive a momentos como una tarea difícil de mantener constante, en que al parecer, guarda la expectativa de resultados positivos, que sus hijos demuestren al corto plazo, y cuando no es así se impacienta con ellos.

En el dominio mujer- pareja, creo que ud. ha ido clarificando sus propios límites en cuanto a sus expectativas y lo que está dispuesta en cuanto a la reciprocidad con una pareja. Esto estaría muy relacionado con lo que ud. llama “su lado espiritual”, su dominio de existencia relacionado con un sentido de mayor profundidad, crecimiento y trascendencia como mujer. Este dominio siente que lo ha postergado y necesita retomarlo en lo cotidiano, participando de instancias donde este dominio se aborde y desarrolle, tanto de un modo individual (por ejemplo, lecturas) como colectiva. Aunque no lo explicita, le sugiero indagar posibilidades de ampliar su propia red de apoyo, en especial en el ámbito familiar y de amistades, en la perspectiva de superar lo que me plantea: una experiencia cotidiana frecuente de “soledad”.

Reg. Consultante: “Me vi enfrentada a la maternidad de sopetón, sin buscarla ni tenerla en mis planes. Mi principal apoyo murió a la semana de nacer mi hija mayor, por lo que no tuve a quién recurrir y me hice madre a puro pulso, según mi instinto; y siempre cuestionándome pues siento que actúo muy diferente al resto de las madres.

La llegada de mi segundo hijo fue peor, sentí no quererlo, No sé enseñar ocupando el camino A, el camino B, el camino C o todos los caminos que sean necesarios, tengo poca flexibilidad y quiero hacer muchas cosas a la vez, y hacerlas todas bien y como yo quiero.

Tu parte fue ayudarme a ver que el que me preocupe de ser “mejor madre”, me hace ser mejor madre...que es perfectible mi actitud hacia y para con ellos.

En el fondo, al conversar contigo se me ha quitado parte de esa carga de culpabilidad que llevaba y planteado soluciones que se oyen como “la solución” (normas y límites), pero me cuesta concretar, visualizar, ponerlo en práctica tal como lo sugieres.

Hoy me doy cuenta que me acomoda la soledad, me da lata pedir ayuda, debe ser mi autosuficiencia.

Encontrarse con otro que crea y apoye mi “lado espiritual” fue genial, ha sido lejos de lo mejor, poder hablar de esos temas que no son de conocimiento general es sensacional. Eso me hace sentir muchísimo más a gusto contigo”.

Extractos de textos de la sesión:

Terapeuta: “Luisa, primero quisiera decirle que valoro que haya venido a sesión y le agradezco la confianza para conversar sobre cómo se siente en este momento, siendo mujer y cumpliendo a la vez su rol de madre y trabajadora. Me parece esperable que como me cuenta usted se sienta a momentos sobrepasada, tratando de realizar lo mejor posible su día a día en las tareas concretas que le demanda cada rol que asume”.

“¿Qué es lo que le aflige al desempeñar su rol de madre ante sus hijos?”

C: “Me complica tratar de ser la mejor madre que pueda pero sin cometer errores, a mi manera y sin ayuda, creo que no sé hacerlo”

T: “Me da la impresión que por lo que me refiere ud. trata de cumplir su rol de madre desde una cierta idea que tiene al respecto, en que al parecer hay aspectos en que ud. cree estar ‘en lo correcto’ y otros en que se siente con falta de conocimiento o manejo de las situaciones que vive con ellos”

“Tal vez sería interesante que pudiéramos conversar sobre qué es para ud. en concreto ser ‘buena madre’”

“Estaba pensando que ud., como toda madre y padre, siempre está en proceso de aprender cómo serlo, ya sea tanto a partir de la primera experiencia con su primera hija, así como aprender a ser madre con sus hijos menores, lo que es una nueva experiencia ya que cada hijo e hija es único y cada uno llega en momentos diferentes de su vida. Vamos cambiando y aprendiendo”

C: “Me siento culpable si no estoy siendo buena madre”

T: “Si ud. considera lo que comento respecto a que ser madre es un proceso de aprendizaje, tal vez pueda considerar que es posible revisar y hacer cambios en su ser madre en pro de un mayor bienestar de sus hijos y suyo”

“Cada hijo al ser único y estar en una etapa de vida definida, tiene ciertas necesidades, maneras de ser, visión de sí mismo y del mundo, y una parte de su ser madre puede relacionarse con ir acompañándolos y conociéndolos en cada momento”

“Estoy de acuerdo en que ud. se vea como madre en forma particular, cada madre o padre podemos considerarlo como único también. Creo que ud. tuvo circunstancias particulares importantes al momento en que cada hija e hijo suyo llegó a su vida, en que trató de hacerlo lo

mejor posible tanto con sus fortalezas como con sus debilidades. Creo que sin duda eso le ha implicado algún aprendizaje que sería interesante lo trajera a nuestra conversación”

“Si le parece podemos ir conversando sobre lo que tanto ud. como sus hijos necesitan para continuar como una familia con mayor bienestar”.

C: “Tengo la expectativa que cuando yo les pido a mis hijos que se comporten de cierta manera o resuelvan sus peleas, ellos entiendan lo que yo les planteo con claridad, y si no responden como espero me impaciento y me enojo, y hasta me pongo a llorar”.

T: “Por lo que me refiere, me parece que sería interesante revisar en qué situaciones con sus hijos se siente sobre pasada, y también podríamos conversar sobre los momentos en que ud. se siente bien con ellos”.

“Creo que cuando ud. habla de culpa, tal vez siente que al no cumplir un deber ser como madre ud. se ve a sí misma sin posibilidad de cambio, y puede ser que ud. descubra que pueden existir alternativas de otras maneras de ser madre”.

“Y esto, como proceso, creo que le demandará un bonito desafío de aprender y cultivar su paciencia al ir viviendo su ser madre paso a paso”.

“Me parece muy valorable en ud. que se disponga a revisar y tratar de mejorar su ser madre, eso como punto de partida creo que ya la hace ser mejor madre”.

“Y creo también que ser mujer, madre y trabajadora implica vivir esos aspectos con equilibrio, creo que cada aspecto se relaciona con cada otro, por tanto creo entonces que le puede ser interesante considerar que los aspectos de su ser mujer que no son directamente el ser madre sí se relacionan con ello, y por tanto cuando ud. menciona lo importante que le es su lado espiritual, entonces por lo mismo creo legítimo y saludable para ud. el ir aprendiendo a darle un lugar en su

vida a cada uno de estos aspectos, que se pueden nutrir mutuamente y pueden generarle mayor bienestar”

C: “Gracias por entenderme, y validar mi lado espiritual, mi interés en lo metafísico, porque siento que eso es parte mío y lo he dejado de lado, y lo necesito”.

- 12 1 2016 Sesión 2

Reg. OMI: Asisten Luisa e hijo M, "me ha ido bien y me he portado más o menos", aludiendo a que se impacienta con inquietud y falta de auto regulación de su hermano menor J, "tiende a mandarlo a hacer sus deberes y pelean". "Les he dicho con paciencia que cada uno se hace responsable de algo en particular, y que cada uno cumpla con lo suyo". Luisa refiere, aunque con dificultad, mayor auto regulación en cuanto a mayor capacidad de contención emocional con hijos, con más paciencia y constancia en intentos de regulación en crianza, lo que se complica con ausencia en el día de figura adulta ante hijos en casa solos en vacaciones mientras madre trabaja. Fueron a Valparaíso en año nuevo. "El padre de los niños depositó el 24 en la noche", fue a mediación, tendrá sesión el lunes próximo. "Después de meditación que hicimos en zooterapia, decidí intentar este año cambiar la rabia por el perdón hacia su padre, y el amor hacia mis hijos, así que estoy mejor". Contacto con hermano.

Necesita revisar posología y dosis de CZP, se le acaban esta semana.

Reg. Terapeuta: En esta sesión ud. me plantea que ante los conflictos de relación entre sus hijos menores, al parecer ud. ha tratado de aplicar con más paciencia algún tipo de acuerdo con ellos de modo que tengan mayor claridad sobre lo que ud. espera de ellos en cuanto a su modo de relacionarse y comportarse. Me parece que ha tratado en mayor medida de contener emocionalmente a sus hijos, si bien lo que ud. espera de ellos como “resultado” ocurre con

dificultad, en especial en los momentos del día en que ud. no puede estar con ellos presencialmente. Yo le planteo que me parece valorable su cambio positivo de disposición en este sentido, y que me parece interesante que ud. pueda descubrir los sentidos que la han llevado a este intento de cambio en cómo implementa con ellos su rol de crianza. También ud. plantea en esta sesión que al ir incorporando en su vida la dimensión espiritual o trascendente, a partir de haber participado en una experiencia colectiva de meditación ud. ha decidido intentar este año tener un cambio en cuanto a su disposición hacia el padre de sus hijos, en particular intentar cambiar la rabia por el perdón, lo cual ha sido para ud. particularmente difícil, pero lo intenta teniendo presente el amor que ud. tiene hacia sus hijos. Me plantea finalmente que esto la ha hecho sentirse mejor últimamente. Yo le planteo a ud. cómo este intento ha sido un logro suyo teniendo como referencia su propio bienestar, tratando de superar un nudo emocional negativo importante que ha mantenido hacia su ex pareja y padre de sus hijos.

Reg. Consultante: “Cuando hablamos del dolor que me producía la relación con el padre de mis hijos y fui a terapia y allá se habló del perdón y te lo conté de inmediato y ni te asombraste y yo, no podía creer lo que estaba pasando. Que además sepas de los temas metafísicos, eso te hace extraordinario, es poder hablar un mismo idioma, es poner en práctica lo que estaba aprendiendo y aplicarlo a lo que estaba viviendo.”

Extractos de textos de la sesión:

T: “Aunque ud. me cuenta que le ha sido difícil tratar de entender, contener y lograr acuerdos con sus hijos, me parece que el hecho de ya intentarlo es valorable como intento de cambio hacia lo que ud. plantea necesitar como madre, con sentido para ud.”.

“En este proceso en que ud. ha intentado retomar su lado espiritual, me parece que eso incluso le ha permitido ampliar sus sentimientos no sólo con ud. misma y sus hijos, sino que ha

llegado a extenderlos hacia el padre de sus hijos intentando entenderlo, perdonarlo y hasta ayudarlo. Pienso que esa es una capacidad que ud. trae consigo, y que puede ser capaz de aplicarla hacia otros, con sus hijos, el padre de ellos, y tal vez algo importante: hacia ud. misma. Y por lo que me cuenta, eso se lo han reconocido, por ejemplo, en el grupo de padres de zooterapia”.

C: “No lo había visto así, tan claro como me parece que me lo dices, te agradezco que seas capaz de entenderme y conversar conmigo en un mismo idioma sobre mi lado espiritual, y devolvérmelo como algo mío que puedo desarrollar”.

T: “Me parece que esto es un logro totalmente suyo, lograr extender su necesidad de bienestar propio hacia quienes para ud. son importantes, manteniendo como foco su propio bienestar, y creo que puede ser importante para ud. tenerlo presente en adelante”.

- 22 1 2016 Sesión 3

Reg. OMI: Luisa refiere que tuvo sesión de mediación con ex pareja, "no reconoce nada, me ninguneó, se excusa para no ver a los niños, regatea plata, me culpa de no poder ir a verlos (llora)". Reconoce que en dicha instancia reaccionó "con rabia, irónica", reconociendo actual enganche emocional, "sé que debo superarlo pero es tan difícil, no entiendo cómo se excusa para no ver a los niños". Posibilidad que realicen prueba de ADN por hijo J. Refiere que está saliendo "con 3 personas, sin compromiso, dejándome querer, me saludaron para mi cumpleaños, uno de ellos me dijo que reaccioné con el padre de mis hijos igual que él conmigo". Refiere además buena relación actual con padre de hija mayor R, "le ofrecí incluso vacacionar juntos, R no sabe si quiere". Mantiene fármacos. "Seguiré haciendo esfuerzo por dejar de desearle mal". Planes de vacaciones en febrero. Auto valoración positiva, "soy genial".

Reg. Terapeuta: Comienza esta sesión planteando que se siente con rabia y pena, dado que asistió a instancia de mediación con el padre de sus hijos, en que ud. refiere que él evade su responsabilidad como padre ante sus hijos en el sentido económico, pero principalmente en cuanto a que él justifica su falta de presencia ante sus hijos a partir de los conflictos que él tendría con ud., en que ud. refiere que él la responsabiliza de no permitirle visitar a sus hijos, planteándole además un fuerte juicio de valor negativo. Ud. reconoció en sesión que reaccionó con rabia e ironía, develando que mantiene rabia hacia él que le cuesta superar, en particular porque ud. plantea no entender cómo el padre de sus hijos se excusaría de no verlos ni contactarlos. Sin embargo, ud. plantea que necesita superar este conflicto interno. Me dice que ud. tiende a reaccionar ante esta situación con el padre de sus hijos de modo “vengativo” en sus palabras, planteando que ud. sabe que a él actualmente le daría celos saber que ud. pudiera estar con otra pareja. Le propongo considerar cómo esta disposición suya la distrae de su foco de atención hacia sí misma y su bienestar, ante lo cual ud. asiente reconociendo que es así pero que le cuesta superarlo. En este sentido, ud. me plantea que está conociendo y saliendo con personas, ante lo cual yo le propongo que pueda distinguir si lo realiza enfocándose en su bienestar o en su “venganza” hacia su ex pareja. Me plantea que se esforzará por superar esto. Finalmente, me plantea que ud. tiene una autovaloración positiva que la hace sentir bien.

Reg. Consultante: “Lo de asumir la distancia del padre con los niños es un gran tema, es algo que me provoca rabia y dolor, pero has sido lo suficientemente claro para plantearme que yo evalúe cuán difícil creo que es que él cambie a partir de mi experiencia con él, y poco a poco ha dejado de ser tema... no lo olvido, pues está en juego la salud emocional de mis hijos, pero ya no me la paso lamentando por esa situación. Y aunque has escuchado mis quejas, reclamos y rabias

muuuchas veces, tu rostro es escuchar con interés y dar unas palabras de aliento al final. (yo en una situación similar, no me aguanto oír una misma historia una y otra vez).”

Extractos de textos de la sesión:

T: “Le agradezco y valoro su confianza para que en este espacio ud. se permita expresar cómo se siente en forma honesta, intentando a la vez filtrar su expresión de rabia o pena con el padre de sus hijos para no afectarles a ellos, aunque le cuesta, y que lo incorpore como parte de su avance hacia un mayor bienestar”.

“Pienso que es valorable que ud. está intentando aunque con dificultad asumir la rabia y pena que aún siente con el padre de sus hijos, pero de un modo en que me parece que repite un estilo de relación con él, que ud. llama ‘vengativo’, que tal vez sin quererlo la lleva a desenfocarse de su objetivo de estar mejor: la ‘venganza’ la lleva tal vez a mantener esa rabia y pena con él, es decir, creo que así ud. misma no se contribuye a estar mejor. Entiendo que esto le nace así como me dice, sin embargo tal vez para ud. podría ser más positivo intentar develar de qué manera el padre de sus hijos aún está presente en ud., contrastando lo que ud. siente y espera para con él y lo que ha sido concretamente su experiencia con él: cuánto calza para ud. lo que de él esperaba con la historia de relación entre ambos. Y en esta revisión que ud, puede hacer, tener presente cómo influye esto tanto en su bienestar como en el de sus hijos”.

- 4 2 2016 Sesión 4

Reg. OMI: Asisten Luisa e hija R, quien refiere en principio no tener motivos para asistir a sesión como se lo pidió su madre. Se conversa sobre distintos ámbitos: en relación a hermanos ante quienes cumple rol protector y de regulación cuando madre no está en casa, se siente sobrepasada cuando hermanos pelean pero no lo plantea como conflicto constante; en lo escolar,

reconoce necesidad de mejorar rendimiento este año, en que quiere estudio técnico en gastronomía; en relación con su padre evalúa proceso reciente como positivo "aunque es irresponsable en platos y en conseguirme matrícula", valorando relación en cuanto a que "he aprendido a cocinar cosas nuevas, me he adaptado a sus reglas"; y con madre refiere mejor relación en base a comunicación y colaboración. Plantea que esta conversación le ha parecido "reflexiva", disponiéndose a venir si lo requiriera. Por su parte, Luisa refiere que tuvo advenimiento con padre de sus hijos en mediación, en cuanto a regulación de visitas y pensión con hijos.

Refiere que en audiencia planteó claramente argumentos sólidos y coherentes, de modo que padre de hijos "a pesar de seguir culpándome" accedió a visitas, que comenzaron el sábado pasado. Cuenta que hijo J habló por fono con su padre "y llorando le dijo todas las veces en que no estuvo". Luisa reconoce que en audiencia "quise probarlo para confirmar que sigue enganchado conmigo", aludiendo a "coqueteos". Se le plantea que estas acciones pueden ir en contra del proceso positivo que ha logrado. Plantea que en próxima sesión invitó a venir a padre de R. Sin episodios críticos.

Reg. Terapeuta: En esta sesión, luego que a petición suya yo conversara unos minutos con su hija mayor de 15 años para darle mi opinión sobre la eventual necesidad que ella tuviera de realizar un proceso de terapia, ud. plantea que nuevamente tuvo una sesión de mediación con el padre de sus hijos, en que no obstante creo que ambos mantienen posturas contrapuestas respecto a los acuerdos por pensión y visitas, se logró un acuerdo favorable para los niños, en que el padre comenzaría a visitarlos con periodicidad. Sin embargo, me plantea que ud. actuó deliberadamente "coqueta" ante él para "probar" que ud. aún le atrae. Le planteo en sesión que me parece que de ese modo ud. no se ayuda a sí misma a superar su separación, en tanto reconoce además que ya no tiene hacia él un sentimiento de amor como al comienzo de su relación. Le propongo que pueda

disponerse a mirar reflexivamente esta tendencia a volver sobre la figura de su ex pareja desde un resentimiento hacia él, en tanto ud. refiere que él la ha subvalorado como mujer, en que ud. al parecer busca más bien reivindicarse como tal, lo que tal vez podría resolver mejor enfocándose en sí misma.

Reg. Consultante: “Asumir la separación con el padre de mis hijos fue complejo, fue un tema de lucha con mi propio ego y fue vital para empezar a hacer el duelo la pregunta que te hice: si seguía apostando por esa relación, aunque eso me costara la vida, y al conversarlo contigo me di cuenta que la respuesta es "NO".

No suelo obedecerme cuando me digo no, pero confío tanto en lo que conversamos que hice caso a nuestra conversación... y pude aceptar (costándome muchísimo) que eso había que terminarlo y empecé el duelo....”.

Extractos de textos de la sesión:

T: “Me parece valorable que ud. sienta la confianza para comentar acá una nueva situación en que ha sentido rabia, pena y ‘ganas de vengarse’ hacia el padre de sus hijos. Por ahora, sólo comentarle que recuerdo nuestra última conversación en que surgió una idea que le hizo sentido: estar atenta a cuando surgen en ud. dichos sentimientos con él y cómo ud. tiende a canalizarlos y resolverlos, si es o no de una forma en que ud. logra finalmente sentirse mejor. Y que tal vez pueda recordar las veces en que ud. me ha contado que ha concluido que no han calzado sus expectativas con lo que fue su historia de relación. Esto puede ser un proceso que tal vez demore, pero que implicaría, si es que a ud. le hace sentido, vivir el duelo de la pérdida de esa relación, para que así pueda más adelante sentirse mejor”.

- 21 4 2016 Sesión 5

Reg. OMI: Usuaría refiere actual preocupación por hijo menor J "porque está muy sensible (refiere enuresis), extraña a su papá, no se apareció desde febrero, y porque M lo molesta enojado". En verano estuvieron 17 días en Tongoy "incluso con el papá de R, estuvo bien". Con desgano. Refiere inconstancia en aplicar sugerencias cotidianas de normas y límites, y plantea que tiende además a delegar cuidado ocasional de hijos menores en hija mayor R, pero sin riesgos. Es capaz de problematizar nuevamente el pensar cómo nutrir su red de apoyo como madre, y de esparcimiento para participar de otras instancias aparte de hogar y trabajo. Refiere mareos, sugerencia de médico de ir a otorrino, se le sugiere además chequeo médico general y ginecológico si procede. Se refuerza auto eficacia. Sin fármacos.

Reg. Terapeuta: En esta sesión, ud. comienza planteando que estuvo de vacaciones con sus hijos, pero que si bien en general fue para ud. una experiencia positiva, plantea preocupación por su hijo menor, ya que lo nota muy sensible y con conflictos con su hermano mayor, lo que ud. plantea estaría gatillado por la inconstancia del padre de sus hijos en cuanto a mantener periodicidad en las visitas acordadas. Al conversar sobre su modo de abordar tanto la pena de su hijo menor como las dificultades de relación entre sus dos hijos menores, refiere que ud. se impacienta al querer implementar acuerdos concretos con sus hijos en cuanto a normas y límites, a la vez que le es difícil regular expresiones de enojo hacia ellos. Le propongo tratar de plantear a sus hijos acuerdos concretos más claros, y mantener presente el intentar regular su enojo para así poder contener mejor a sus hijos. Recuerda en sesión que le parece necesario lo planteado anteriormente acerca de procurarse una red de apoyo familiar y social que favorezca su experiencia de bienestar cotidiano, contando con apoyo y posibilidades de nutrir su vida social. En tanto refiere que presenta algunos malestares físicos, le pregunto qué cree que necesita al respecto y ud. plantea

que ya recibió la sugerencia de realizarse controles médicos. Le planteo un refuerzo de esta idea en favor de su propio bienestar y auto cuidado, lo que creo incide también en particular en su modo de relación con sus hijos.

Reg. Consultante: “La red de apoyo si es importante, mas yo, no soy de pedir ayuda, por lo que concretar eso ha sido casi imposible”.

Extractos de textos de la sesión:

T: “Me parece que ud. está intentando honestamente, desde un sentido propio, abordar su relación con sus hijos tratando de entenderlos y lograr acuerdos con ellos sobre normas, y que sin embargo ud. cree que no logra acuerdos concretos o comprensibles para ellos y a la vez se impacienta y enoja con ellos al esperar que la entiendan y cambien pronto. Tal vez pueda intentar acercarse a ellos de un modo más comprensivo, afectivo y más concreto al conversarles, recordando valorar también sus logros, no sólo fijarse en sus errores. Y recordar que a ud. le hace sentido el tratar como adulta de regular sus emociones de modo que pueda acercarse a ellos con más agrado que desagrado.”

“Recuerdo que anteriormente le pregunté ¿qué cree que necesita para su bienestar?, y conversamos que le hace sentido contar con una red de apoyo aunque le es difícil tenerla, cuidar su salud y nutrirse de experiencias positivas. Creo que puede ser importante para ud. mantener esto presente, tanto para ud. como para su relación con sus hijos, ya que me da la impresión que ud. tiende a tratar de resolver situaciones más bien sola, como ud. ha dicho ‘a su manera’, y creo que es legítimo contar con apoyo”.

- 29 4 2016 Sesión 6

Reg. OMI: Asiste Luisa e hijo menor J, quien sigue con enuresis nocturna, sensible, con variabilidad anímica y pena, según usuaria, como llamado de atención. Me parece que a usuaria le cuesta ser constante en aplicación de sugerencias de normas y límites, y plantea dificultad en paciencia y mantención de actitud contenedora, tendiendo al enojo o pena hacia su hijo. Refiere que le cuesta la constancia y la concreitud de aplicar sugerencias en lo cotidiano. Se sugiere fomentar más espacios afectivos de comunicación con hijo en torno a temas de su interés: juegos, ideas. Se refuerzan sugerencias de normas y límites con ejemplos concretos. Solicita atención individual para sus otros 2 hijos, "R subió de peso y creo que extraña al padre de mis hijos, y M se enoja mucho con J".

Reg. Terapeuta: En esta sesión ud. me plantea que continúa preocupada por su hijo menor, quien presenta pena frecuente, y refiere que le es difícil mantener una actitud paciente y contenedora con sus hijos, y que le es difícil poder implementar acuerdos concretos sobre normas y límites. Me da la impresión que sus expectativas tienden a esperar cambios a corto plazo sobre el supuesto que sus hijos entiendan y respondan como ud. espera a partir de las conversaciones que les plantea más bien con una lógica adulta, abstracta, en que le cuesta plantearles propuestas concretas, y en que se permite expresarles rabia e impaciencia también con la expectativa que eso les lleve a cumplir con lo que ud. espera de ellos. Le pregunto sobre haber tenido experiencias más positivas con sus hijos últimamente, por ejemplo momentos de juego, esparcimiento, "regaloneo", y al responderme que eso no es habitual le propongo intentar fomentar dinámicas en una lógica más lúdica y afectiva. Ud. se dispone positivamente a intentarlo.

Reg. Consultante: No realiza registro sobre esta sesión.

Extractos de textos de la sesión:

T: “Aunque ud. me cuenta que le es difícil lograr un trato más positivo con sus hijos en torno a su expectativa que ‘entiendan y cambien para portarse mejor’, me parece valorable que lo siga intentando. Creo que por lo que me cuenta ud. tiende a comunicarse con ellos en relación a lo que para ud. es ‘que se portan mal’ y tiende aún a esperar desde ellos entendimiento y cambio al corto plazo. Me parece que puede ser una mejor alternativa por ahora intentar un acercamiento afectivo con ellos sin tanto énfasis en que ‘se porten mejor’, sino más bien tratar de escucharlos y brindarles afecto: lo que podemos llamar ‘contención’, que es lo que creo que los hijos necesitan muy a menudo. Tal vez así ud. sienta que baja la tensión que me dice es habitual en casa respecto de estas situaciones, y tal vez así surjan otras actitudes que uds. sientan más satisfactorias, en lugar del enojo”.

C: “Es verdad que me centro siempre en lo que encuentro mal en ellos, y me enfoco más en que cambien, entiendan, obedezcan, cumplan, y en eso descuido el afecto y cómo se sienten, me hace sentido intentar acercarme a ellos más desde el afecto”.

- 16 5 2016 Sesión 7

Reg. OMI: Usuaría refiere que hijo J está muy sensible, tendencia a requerir atención, en sesión el niño me parece verborreico, con ansiedad latente. Cuando usuaria refiere que se siente sobrepasada por situación de cuidado de sus 3 hijos, en que siente que no le alcanza el tiempo ni sabe organizarse concretamente, tiende a llorar e hijo se acerca a acariciarla. Plantea no haber aplicado nunca en forma estable sugerencias de implementación de estrategia de normas y límites, "no sé cómo hacerlo", me impresiona con impaciencia y expectativa inmedatista. Hijo J con MFD (neurología) e indicación de atención psiquiátrica y apoyo psicopedagógico, "acudiré a educadora

que los conoce hace tiempo y que vive cerca... M y R no entienden que J es diferente, no cooperan en el trato". Se ofrece espacio terapéutico para recibirla con sus otros 2 hijos. Me parece que sigue lamentando ausencia de padre de hijos, "y ahora de nuevo se alejó el papá de R...".

"Creo que ella también está afectada por ausencia del padre de mis hijos". Se le sugiere procurar instancias de conversación conjunta con hijos. Se le propone plantear a sus hijos conversaciones con ejemplos y estímulos concretos, más que largas explicaciones con énfasis abstracto.

Reg. Terapeuta: En esta sesión ud. reitera su dificultad de abordaje ante la pena y la necesidad de atención de su hijo menor tanto en el colegio como en la casa, planteando que sus hijos mayores no entienden ni colaboran ante estas necesidades de su hijo menor. En la sesión ud. llora y su hijo menor presente se acerca a brindarle caricias. Reflexiona que su propio enojo y pena se le hace inmanejable en algunas ocasiones. Refiere que mantiene sentimientos de rabia y pena ante la ausencia del padre de sus hijos. Le propongo mantener presente las sugerencias anteriores respecto de acercarse a sus hijos menores con más muestras de afecto y paciencia, a la vez que los acompañe en actividades lúdicas que ellos habitualmente realizan. Me parece que ud. tiene una necesidad importante de tiempo personal que en este momento no tiene disponible.

Reg. Consultante: No realiza registro sobre esta sesión.

Extractos de textos de la sesión:

C: "Se me hace muy difícil todo, me sobrepasan las dificultades con mis hijos, yo cansada y sin tiempo...(llora)".

T: "Le entiendo cuando llega a sentirse sobre pasada, y me parece valorable que aún así ud. siga intentando estar mejor con sus hijos. Creo que ahora más bien puede servirle que está aún en proceso respecto de ir procurando cambios con ellos, y le propongo recordar que esto va

avanzando en forma variable, no siempre en forma ascendente, tendrá altos y bajos, recordar que ud. me ha contado que sí han tenido momentos más positivos, pero eso es parte del proceso, eso indica que está en curso, que está dedicada a ello, y creo que habiendo ya integrado en ud. el sentido y las propuestas conversadas le queda en adelante continuar aprendiendo de esto. Creo que si continúa en esta perspectiva, en algún momento sentirá que las cosas andan mejor”.

C: “Es cierto que a veces me pierdo y olvido lo que ya hemos conversado y lo que yo ya he aprendido... gracias por traerlo de nuevo a esta conversación, me ayuda a tenerlo presente y continuar con un poco de más alivio”.

- 23 5 2016 Sesión 8

Reg. OMI: Asiste usuaria, hija R e hijo M. Usuaria refiere sentirse “sobrepasada ante la desobediencia de mis hijos, no colaboran, hacen problemas al pelear entre ellos, R pierde la paciencia con los 2, y no entienden que J es diferente y que yo lo amo así, que no va a cambiar”. M plantea dificultad para "hacer caso, voy a tratar, y tratar de ser más paciente con J". R reconoce dificultad personal en mantener horarios de sueño y vigilia, “duermo siesta”, se siente desmotivada. Usuaria refiere que "ya no quiero estar de punto fijo, tener que estar a cada rato controlándolos". Refiere no estar siendo capaz de aplicar sugerencias en crianza y tratos. Solicita sesión individual para asesoría concreta al respecto. Se le propone, junto con recordar sugerencias anteriores, nuevamente explorar y buscar alternativas de apoyo en redes, en particular con su hermano Patricio y con personas del barrio que la puedan asesorar con cuidado de hijos.

Reg. Terapeuta: Ud. reitera en esta sesión su necesidad que sus hijos mayores comprendan y colaboren en el trato de su hijo menor, y al ser esto difícil de lograr ud. tiende a manifestar enojo

hacia sus hijos. Ud. plantea que le es necesario en sesión asesorarse a solas de modo más concreto en cuanto a cómo lograr acuerdos sobre normas con sus hijos, me da la impresión que esto le es necesario e importante aun cuando le cuesta implementarlo en lo cotidiano con ellos.

Reg. Consultante: “Mi rol materno es tema, y no estoy convencida de haber avanzado mucho. (por ahora sin mayor comentario)”

Extractos de textos de la sesión:

T: “Con lo que me cuenta, pienso en que continúa intentando acercarse a sus hijos de maneras menos tensionantes y más afectivas, aunque le sigue costando. Le propongo recordar que está aún en proceso, que es valorable su dedicación a esto.”

C: “A veces siento que no seré capaz de sentirme bien con mis hijos ni lograr que ellos estén mejor, pero creo que tienes razón en que sí estoy dedicada a ellos, tal vez no de la mejor forma, pero estar con ellos y apechugar con lo que les pasa es algo diferente en mí, no me escapo, estoy con ellos aunque esté enojada”.

- 3 6 2016 Sesión 9

Reg. OMI: Usuaría refiere estar con pena y rabia. Ante manifestación de pena y rabia de hijo M usuaria refiere que discutió con él, "me dijo que por mi culpa su papá no los veía, lo llamé por fono para que hablaran ambos, el papá le mintió y me dio mucha rabia". Se le plantea que expuso en forma inadecuada a su hijo con esta situación, lo cual reconoce. Asume enojo con ex pareja y que quiere resolverlo, "me puse a pensar en su historia y como que lo entendí y me dio pena, hasta pensé un momento cómo podría ayudarlo, pero no me corresponde". Además conversó con hija R, "un día me vio cansada, le conversé de nuevo explicándole que yo esperaba que ellos

hicieran caso, me escuchó sin decir nada, y al otro día siguió igual". Se le sugiere no enfatizar discursos explicativos extensos con hijos.

Reconoce que entiende pero que le cuesta proseguir y concretar sola, explicitando necesidad de continuidad de espacios de terapia y asesoría para implementar límites con sus hijos. Se dispone positivamente a su realización. Comenta que en zooterapia la terapeuta de adultos le devolvió que "yo me veía bien, con energía, saludable, y eso me sirvió mucho, reconozco ahora que estoy mejor que antes a pesar de las dificultades y lo agradezco". Valora espacio de terapia.

Reg. Terapeuta: En esta sesión, si bien ud. plantea que a partir de un nuevo episodio de contacto telefónico con el padre de sus hijos reconoce sentir pena y rabia por la actitud y discurso del padre en términos de justificar su ausencia ante sus hijos, ud. retoma la importancia que tiene para ud. el asumir una postura de vida cercana a lo que para ud. es la espiritualidad. Desde esta postura, ud. incluso piensa en el padre de sus hijos desde una mirada más comprensiva en cuanto a tratar de explicarse su actitud a partir de la historia de vida que él tuvo, en que ud. reconoce que él tuvo falta de oportunidades en su crianza para desarrollar aspectos personales de madurez y criterio necesarios en particular para cumplir un adecuado rol de padre. Señala que ud. incluso llegó a pensar en cómo ayudarlo o cómo actuar ante él, pero reconoce que a ud. no le corresponde esto. Por otro lado, si bien ud. refiere que persiste su dificultad para plantear acuerdos concretos con sus hijos sobre normas, se dispone a seguir intentándolo con asesoría desde el sentido que esto le hace a ud.: reconocer la necesidad que ud. tiene de ejercer un rol de crianza favorable para sus hijos. Manifiesta por último que en el espacio de zooterapia de su hijo menor, donde se reúnen los padres de los niños atendidos, en dicho grupo le devolvieron una imagen positiva de ud. misma, lo cual refiere que le sirvió mucho para darse cuenta que ud. está mejor que hace un tiempo atrás

a pesar de las dificultades actuales, y además esto ud. lo relaciona con este espacio de terapia. En sesión le propongo un refuerzo de su imagen positiva.

Reg. Cosultante: “No sé en qué minuto de mi vida me empecé a valorar como mujer, ni en qué momento dejé de hacerlo... sólo sé que soy capaz de mucho cuando quiero, y como te lo dije a ti y al doc, el verme tan en el suelo, tan siendo nada y no ser capaz de salir de ese hoyo donde estaba, era lo que más me afectaba... Fue tu oírme, tu hacerme sentir que creías en mí, que yo podía salir de eso, que no sería de un día para otro ni menos fácil pero sentí que estabas conmigo en ese camino...”

Extractos de textos de la sesión:

T: “Me parece valorable que ud. retome y trate de mantener presente su ‘lado espiritual’ incluso aunque le siga dando rabia y pena la actitud y distancia del padre de sus hijos, o aunque se impaciente con sus hijos. Nuevamente desde ahí ud. trata de ver y entender de otra forma al padre de sus hijos, teniendo claro que desde ahí ud. no puede ni le corresponde ayudarlo”.

C: “Sí, logro tener una actitud menos cargada ante eso... Me sirvió mucho que en el grupo de padres de zooterapia, el grupo y la terapeuta me devolvieron una imagen positiva de mí... eso coincide con cómo me siento en terapia contigo, así que creo que entonces sí tengo aspectos positivos, que me cuesta ver... estoy mejor que antes... en especial te agradezco tu apoyo y confianza en mí, que puedo estar mejor, que sí es posible”.

- 8 8 2016 Sesión 10

Reg. OMI: Usuaría refiere mayor bienestar general que en período en que se realizó sesión anterior, pero "desmotivada, desenfocada", con exámenes de sangre y de tiroides pendientes. El

29 de junio debió operar a sus 2 hijos de hernia umbilical, ambulatorio, recuperados, "sorpresivo porque se les detectó en control pediátrico". Plantea reciente situación de contacto con padre de sus hijos menores, en torno a instancia de hospitalización ambulatoria de hijo menor J: fue a visitarlo, refiere que ex pareja mantiene "misma actitud, me culpa, no reconoce nada". Refiere que hubo resolución judicial porque usuaria lo denunció por incumplimiento de visitas, "no se había hecho mediación, yo no quería pero debí hacerlo, se abrió causa de cumplimiento: 'traslado' e interpelación al padre por su incumplimiento", audiencia pendiente para esto, se le aprecia más tranquila ante este proceso.

Por otro lado cuenta que su hermano Rodrigo, 39 años, está viviendo en su casa hace 1 mes, "apoyo en cuanto a los niños y apoyo nuestro hacia él. Además, refiere que en zooterapia "la terapeuta invitó a apoderados a hacerse regresión, me inscribí", para el 20 de agosto. Agradece apoyo desde este espacio de terapia.

Reg. Terapeuta: En esta sesión, ud. plantea que se encuentra en un estado de mayor bienestar que la sesión anterior, pero que en general se encuentra desmotivada y desenfocada. Refiere que a propósito de una inesperada situación de operación ambulatoria de sus hijos tuvo contacto con el padre de sus hijos, refiriendo que "mantiene la misma actitud", pero que ud. se animó a realizar el procedimiento de mediación para regularizar los temas de visitas y pensión, y que fue favorable para sus hijos, aunque duda que el padre cumpla la resolución judicial. Manifiesta que ante esta situación ud. se siente más tranquila y clara en cuanto a qué hacer al respecto. Le planteo lo favorable de reconocer en ud. misma este estado de mayor tranquilidad en relación a los últimos meses. Por otro lado, cuenta que su hermano menor llegó a vivir a su casa hace 1 mes, lo que ud. mira en perspectiva positiva de mutuo apoyo entre ustedes, y que está participando activamente de instancia de padres en el centro de zooterapia en que está su hijo

menor. Coincidimos en que estos 2 sucesos van en la perspectiva del enriquecimiento de su ámbito de red de apoyo, lo que ud. reconoce como un avance en favor de su bienestar.

Reg. Consultante: No realiza registro sobre esta sesión.

Extractos de textos de la sesión:

T: “Creo que es muy valorable que ud. haya logrado sentirse mejor últimamente, en particular cuando me cuenta sobre su decisión de abordar de manera más práctica y operativa la posibilidad de formalizar legalmente el apoyo esperado desde el padre de sus hijos hacia ellos, pudiendo sobreponerse a la rabia y pena hacia él manteniendo como foco su bienestar y el de sus hijos. Me parece que eso es un logro exclusivamente suyo, y me parece que se encadena en este proceso a los pasos que ha ido dando aún con dificultad hacia su propio bienestar y de sus hijos”.

“Y me parece que coincidimos al ver que cuando ud. ha procurado contar con su hermano y participar más activamente de la instancia de padres de zooterapia, son decisiones que ud. ha tomado procurando participar de una red de apoyo en coherencia con lo que ud. necesita.”

C: “Sí, es verdad que creo que aunque me cueste estoy en proceso de ir superando el dolor que he arrastrado con el padre de mis hijos, pero al recordar lo que hemos conversado y volver a enfocarme en mí y mis hijos, se me hace más fácil concentrarme en lo operativo, ahora él verá qué hace, si se da la oportunidad de acercarse y disfrutar de sus hijos, aunque lo dudo... me ha servido conversar contigo, conversar en zooterapia, para recuperarme quién soy... y sí, coincide con lo de mi red que creo demorará...”

- 29 8 2016 Sesión 11

Reg. OMI: Usuaría refiere bienestar general con cansancio ocasional, en relación a trabajo, crianza y situación relacional y judicial pendiente con padre de sus hijos. Sin embargo, es capaz

de evaluarse en perspectiva de encuadre positivo. Plantea como principal preocupación situación de hija R, "está con sobrepeso, desafiante, bajo rendimiento, no respeta horarios". Se revisan nuevamente propuesta y criterios para implementación de sistema de normas y límites, en que usuaria evidencia y reconoce no haber incorporado ni implementado estas propuestas y criterios. Tiende a manejar situación con hija desde conversaciones con lógica adulta. Se le contrastan propuesta y criterios en detalle, y usuaria refiere que en esta sesión ha logrado comprender más a fondo dicha propuesta. Se dispone a su implementación en el corto plazo. Agradece espacio y vínculo terapéutico. Pronóstico incierto en cuanto a regulación de su rol materno ante hija adolescente.

Reg. Terapeuta: Ud. refiere en esta sesión que ha mantenido un estado de bienestar general con cansancio ocasional, respecto de su rol de madre, el trabajo y la situación judicial ante el padre de sus hijos, pero con una sensación de mayor estabilidad emocional. Sin embargo, reconoce aún preocupación y falta de recursos como madre ante su hija mayor, tendiendo a conversar con ella con un énfasis de lógica más bien adulta que con lenguaje más cercano y concreto respecto de la etapa adolescente de su hija. Le propongo seguir intentando una comunicación más cercana con su hija, y ud. plantea que en esta sesión ha logrado avanzar un poco más en su comprensión respecto de cómo mejorar su rol de madre y comunicación con su hija mayor adolescente. Ud. plantea que un elemento que ha hecho favorable lo que ud. considera sus avances respecto de los temas que se conversan en sesión, es su experiencia de vínculo positivo, confianza y escucha ante mi persona de terapeuta, lo cual ud. me agradece con énfasis, ante lo cual yo agradezco su retroalimentación hacia mi labor en terapia y refuerzo su constante disposición a reflexionar y problematizar los temas conversados, aun cuando ud. reconoce dificultades de avance en algunos

de estos temas. Ud. releva en esta sesión su experiencia general de ser escuchada, entendida y orientada en esta terapia.

Reg. Consultante: “Germán, me cuesta escribir, necesito inspiración, o que me toquen la fibra sensible, y eso lo logras tu cuando conversamos...”

Tú haces sentir que está frente a uno, al amigo de la vida, al amigo en el que uno confía, no a un sicólogo, y eso me ha hecho contarte todo desde lo más profundo de mis emociones,

Cómo lo haces? ni idea, yo creo que va en ti...sin decir muchas cosas, lograr proponer la sesión hacia lo que uno necesita, y yo no me he dado cuenta hasta ahora, que tengo que analizar la terapia.

Eres muy empático, nunca vi tu rostro delatar asombro por las cosas fuertes que te dije, como tampoco lo delataste con gestos, sin embargo, aplicaste tus conocimientos para hacerme ver que esas cosas que pasaban en mi cabeza, no me llevarían a nada bueno si lo concretaba en la práctica, y sin hacerme sentir mal por lo que yo estaba pensando.

Llegué al centro hecha nada, y hecha nada seguí cayendo, pero ahí estabas tu para empezar de cero.

Cuando digo que eres “seco”, es porque eres inteligente y aplicas tus conocimiento según se requiera, sabes exactamente qué, cómo y cuándo decir algo, y más que sentirme en terapia me siento que estoy en una charla de amigos.”

#### Extractos de textos de la sesión:

T: “Pienso que cuando ud. me cuenta que en general ha logrado sentirse mejor y tener más claridades, surge ante su rol de madre lo que le parece un desafío especial respecto a cómo está su hija mayor, su etapa de vida y la dificultad que experimenta respecto a comunicarse con ella y ‘que le haga caso y se porte mejor’. Vuelvo a plantearle que me parece que esto es señal de un proceso

en que ud. ha ido avanzando hacia lo que ud. necesita, en que se ha ocupado en procurar una mejor relación en su rol de madre con sus hijos.”

“Si bien le agradezco sus comentarios sobre su experiencia positiva conmigo como terapeuta, enfatizo lo valorable de su disposición hacia su proceso de cambio desde un sentido propio aun cuando sigue experimentando dificultades, pero incluso eso ud. al parecer ya lo asume positivamente como parte de su proceso”

C. “Una de las cosas que más te agradezco y que me ha ayudado en esta terapia es tu cercanía que me genera confianza, al sentirme escuchada sin juicio, y poder conversar contigo a fin de cuentas como con un amigo... me ha ayudado el que me apoyes sin que yo me sienta mal por mis errores, y así poder ser honesta en cómo soy, para después poder ver otras soluciones”.

- 26 10 2016 Sesión 12

Reg. OMI: Usuaría refiere sentirse en general cansada, "con ganas de dormir más y no puedo". Refiere que en general "estoy mal y bien, pero hay temas que me preocupan". Refiere que hijo M ha expresado rabia y pena en colegio, "en que ha dicho que echa de menos a su papá y que su mamá no lo deja verlo (usuaria llora)". Por otro lado, usuaria mantiene ciertos conflictos con actitudes desafiantes y negligentes de hija R, que está con sobrepeso y con bajo rendimiento escolar, está sin especialidad, con atrasos e inasistencias, quiere gastronomía, "su papá dice que quiere verla pero anda desaparecido", refiere trato horizontal con hija conversándole en lógica adulta. Plantea que además hermano Rodrigo sigue en su casa, "en general bien pero no se moviliza ni se cuestiona, no me es fácil hablar con él, M resiente no poder ver TV como quiere ya que está en su pieza, pero me colabora". Además pensando en qué invertir dinero depositado.

"No me concentro en decidir cosas concretas, soy inquieta y no resuelvo". Se declara incapaz de implementar sugerencia concreta de sistema de normas y límites. Se le sugiere que, mientras lo intenta, que con muestras de afecto procure dar contención emocional a sus hijos sin recurrir a tantas explicaciones. Interesada por terapias complementarias. Llevando a J a zooterapia. Valora instancia. Se refuerza su auto eficacia.

Reg. Terapeuta: En esta sesión ud. refiere necesitar más descanso, con variaciones en su bienestar, logrando regular un poco más sus emociones pero manteniendo preocupaciones respecto de sus hijos. En particular, que su segundo hijo mayor, M, se encuentra inestable emocionalmente respecto de la ausencia de su padre, desde una percepción que él tiene que ud. obstaculizaría dicho contacto con él. Esto a ud. le genera rabia, pena e impotencia. Así también, le preocupa que continúan dificultades de relación con su hija mayor, quien ud. refiere ha estado afectada por una presencia ambigua del padre de ella. Ud. se declara "con mucha dificultad en su rol de madre", reconociendo en particular que últimamente no ha sido capaz de regular su paciencia con sus hijos, expresándoles en ocasiones rabia "con brusquedad", ya que reconoce que mantiene expectativa de respuesta positiva de sus hijos a corto plazo, y tiende a no considerar el posible impacto que sus propias emociones le genera a sus hijos. Por otro lado, refiere que la convivencia y relación con su hermano es positiva, si bien ud. lo percibe pasivo respecto de iniciativas domésticas y de bienestar ante sí mismo. En general ud. reconoce que es inquieta, le cuesta concentrarse y le cuesta tomar decisiones. Al relevar que le es difícil controlar sus emociones ante sus hijos, le propongo intentar más acercamiento afectivo con ellos, más escucha y acompañamiento en lo cotidiano, más que enfocarse en darles instrucciones desde el enojo. Ud. me plantea que aunque le es difícil esto, le hace sentido, y me agradece este espacio de terapia.

Reg. Cosultante: No realiza registro sobre esta sesión.

Extractos de textos de la sesión:

T: “A partir de que me cuenta sobre su cansancio, que ocasionalmente vuelve a sentir rabia y pena hacia el padre de sus hijos, y que no le es fácil procurar ser madre siendo más clara, afectiva y paciente con sus hijos, me parece que ud. continúa siendo protagonista activa de su proceso, en que logra recordar que como tal vivirá algunos momentos de altos y bajos. Junto con recordar el intentar acercamientos de forma menos exigente con sus hijos, la invito a mantener presente los avances que ud. siente que ha tenido, y tener presente su necesidad de cultivar sus gustos personales en lo cotidiano, recordando que dichos aspectos se relacionan entre sí en torno a su sentido propio de mayor bienestar”.

C: “Gracias por el recordatorio constante que me ofreces en cada sesión, me cuesta mantener presente todo lo conversado, todos mis logros, mis capacidades, que tú y otras personas me han devuelto una imagen positiva de mí, que puedo ser menos exigente conmigo, liberarme de la culpa y rescatar a diario lo que me gusta en lo personal... me cuesta, pero gracias por refrescar la memoria”.

- 2 12 2016 Sesión 13

Reg. OMI: Asiste hija R. "Mejor", mantiene dificultad para expresar propio sentir. Refiere que "hoy se supo que pasé de curso", se refuerza su auto eficacia como logro propio, tiende a expresar alegría con leve llanto. Me impresiona con sueño. "Viernes pasado me quedé sola con hermanos, salí a la cuadra con amigas, amigo mayor ofreció cerveza y tomé, mi mamá me pilló vomitando pero no se enojó". Madre ingresa a sesión sola, refiere que "he optado por evitarla, sigo enojada". Se le sugiere distinguir entre enojo y distancia con condicionalidad de afectos, ante lo

cual hija puede confundirse por estar en etapa adolescente, asiente. Se enfatiza mayor regulación emocional, aplicar sugerencias, y en particular reforzar logros.

Reg terapeuta: Luego de una sesión en que ud. me pide atender a su hija mayor “para saber qué le pasa, por qué no hace caso ni se interesa por mejorar”, le planteo que ante lo que yo distingo como parte de su etapa adolescente, me parece que a su hija le cuesta mucho expresar ideas y emociones, lo que no implicaría desinterés sino más bien dificultad y temor para expresar su opinión y emociones de rabia y pena. Ud. reconoce impacientarse mucho con su hija por esto, reconoce estar enojada con ella sintiéndose sobrepasada. Le sugiero distinguir entre su enojo y el distanciarse emocionalmente de su hija, ya que eso podría incidir en que su hija se confunda respecto del interés que ud. realmente tiene por el bienestar de ella. Ud. me plantea que este planteamiento que yo le hago no lo había considerado, y le propongo tenerlo en cuenta en su esfuerzo por tratar de regular su enojo e impaciencia con ella, tratando de verla como hija adolescente que está aún en proceso de maduración y aprendizaje.

Reg. Consultante: No realiza registro sobre esta sesión.

Extractos de textos de la sesión:

T: “Me parece que teniendo presente que su hija menor está en la adolescencia, creo que es esperable que ella esté en proceso de crecimiento, aprendizaje y cambio, en que junto con aflorar un sentido de mayor búsqueda de identidad puede sentir confusión en sus experiencias internas diarias, de modo que ella pueda no tener claridad interna de lo que le puede estar pasando en cuanto a sus pensamientos y sentimientos, y en coherencia con esto puede que no sepa cómo expresarle a ud. lo que le pasa, de modo que desde fuera podemos suponer que ‘si no responde o no cambia es porque no le importa’. Le propongo que tomando en cuenta lo anterior, procure desde ahí intentar entenderla, considerar que sí puede estar interesada en estar mejor ella y con ud. pero que aún no

cuenta con todas sus capacidades para ello, sino que está en proceso, y ante eso a ud. como madre le toca el bonito desafío de ‘hacer una lectura menos superficial y más de fondo’ de lo que le puede estar pasando a su hija, y por tanto la invito a que intente proponerle una cercanía menos condicional en lugar de distanciarse de ella. Le propongo recordar que ud. está aprendiendo a la vez cómo ser madre de su hija adolescente.”

C: “Gracias, no lo había visto así, reconozco que lo que me propones me es difícil, pero me hace sentido...”

- 6 1 2017 Sesión 14

Reg OMI: Hija R mantiene dificultad inicial para expresar ideas y emociones, pero luego de un tiempo de conversación es capaz de referirse a qué le pasa. Refiere reciente pena "porque en año nuevo mi mamá fue injusta, se enojó porque teníamos flojera de ir a la playa, que no nos sacaría más, se encerró en pieza, le puso color, y además la escuché hablando con otra persona de mí, diciendo que yo era ignorante o poco menos que ‘flaite’, y eso no es verdad, es injusto" (llora). Reconoce dificultad para decirle a madre lo que a ella le pasa en esas ocasiones. Se le refleja que Luisa se confunde con ella como madre si R como hija no le expresa más cosas, con lo cual Luisa queda con la impresión que a R “no le importa nada”. Se le enfatiza el afecto de su madre hacia ella, y R reconoce que los conflictos con su madre le importan y quisiera que Luisa fuera más paciente y afectuosa con ella. Se dispone a intentar más comunicación y empatía con su madre.

Por su parte, Luisa presenta dolor en columna que padece hace tiempo y que ahora es más intenso, "tomé relajante así que estoy media dispersa". Refiere que ex pareja "sigue igual, y supe que se casó... hablé con M que yo no he impedido que su papá lo vea, quedó para adentro pero creo que entendió". Usuaría refiere mantener rabia con ex pareja. Respecto de R, se le sugiere tener

más paciencia y escucha con hija, con quien tenga presente que por su confusión y dificultad de expresión tal vez su hija no refleje que internamente sí le importa estar mejor con ella como tal.

Reg. Terapeuta: En esta sesión, ud. refiere antes de fin de año un episodio en que su hija mayor “bebió alcohol”, lo cual ud. refiere que le ha costado asimilar desde la perspectiva comprensiva y práctica de crianza conversadas en sesión. Ud. concluye que ha tratado de ir logrando una mayor comprensión de su hija, a la vez que ha comenzado a tratar tanto de comunicarse más con su hija, escucharla y lograr acuerdos concretos de normas. Ud. refiere que estos aspectos no los trata de aplicar cotidianamente, dejando de aplicarlos ante lo que ud. considera faltas o errores de sus hijos “que ya no debieran cometer”. En particular, en esta sesión me cuenta que por dolores de espalda está con un medicamento relajante que “me deja dispersa, por si hoy no soy capaz de entender todo lo que conversemos”. Le propongo mantener presente que este proceso tanto de crianza que ud. aplica como de crecimiento y cambio de sus hijos es gradual y puede ser más lento de lo que ud. esperaría, ante lo cual le sugiero mantener presente que ud. ha referido tener avances y logros en su rol materno, lo que también está en relación con su “crecimiento espiritual”. Ud. refiere que esto es algo que es así, pero que le cuesta mantener presente. Ud. me agradece la escucha y las reflexiones conversadas.

Reg. Consultante: No realiza registro sobre esta sesión.

Extractos de textos de la sesión:

T: “Por lo que me cuenta, su aprendizaje como madre de su hija adolescente está en pleno curso, en particular cuando me cuenta cómo ha intentado asimilar y abordar un episodio en que ella bebió alcohol, y creo que es valorable que ud. refiera que no obstante ha intentado aplicar lo que hemos conversado respecto de verla, entenderla y tratarla de forma más comprensiva. Una vez más me surge comentar que tenga presente todos sus avances, logros, aprendizajes como mujer y

madre a la vez que trabajadora, con lo desafiante que eso es para ud., y que no obstante ha mantenido una perspectiva de avance con sentido propio”.

C: “Reconozco que me dieron ganas de distanciarme de ella, le dije cosas duras, me dio rabia y pena con ella... pero me aguanté de decirle cosas hasta que estuvo lúcida... igual la he notado más tranquila y mejor conmigo aunque me cuesta que me diga lo que piensa y siente... es realmente un desafío para mí ser paciente con ella y tratar de entenderla desde lo que hemos conversado en sesión... espero poder seguir en este desafío con ella, confío en que también ella irá creciendo, madurando, ojalá luego... trato de no perder el foco, de no desanimarme, me cuesta, pero gracias de nuevo por apoyarme...”.

## 5.7. SEGUIMIENTO

A modo de evaluación del proceso de terapia, se aplica el Cuestionario Historias de psicoterapia de Adler, Skalina, y McAdams (2008) para el recuento de la consultante:

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

“Cuando me ví sola, separada, sobre pasada con rabia y pena, muy frustrada respecto del padre de mis hijos, y me di cuenta de lo mal que estaban mis hijos por haber presenciado tantos conflictos entre nosotros, entonces me di cuenta que además les hacía mal que yo en ese momento estuviera mal, y pensé que tal vez yo debía internarme y mis hijos fueran a alguna institución...”.

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

“Me di cuenta que podía perderlos y que no quería eso, traté de sobreponerme, y aparte de llevar a los niños a terapia yo asumí que también debía tratarme, porque si yo estaba bien entonces mis hijos también lo iban a estar...”.

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

“Fueron varias, porque en terapia contigo pude darle un significado distinto a los problemas que tenía como madre, con mi ex pareja... pero al plantear que yo también podía estar mejor y que eso tenía que ver con que yo retomara y cultivara mi “lado espiritual”, pensé que en la sesión podía ser un tema que no pudiera conversar contigo, y me sorprendió gratamente que tú supieras de esos temas, me validaras en mi interés por ello, y que podía ser tema de conversación en mi proceso de lograr mayor bienestar...”

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

“Puede ser cuando conversamos sobre mis intentos infructuosos por tratar de aplicar normas y afecto a mi hija mayor, y tú me propusiste que por esa vez enfatizara más en lo afectivo, comunicarme con ella, escucharla y contenerla. Dije que había podido entender un poco más sobre qué hacer con mi hija, y esa capacidad la relacioné con mis logros, los que también tienen que ver con cómo conversamos en terapia, de un modo cercano y que me hace sentido, que me ayuda a aclararme...”.

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

“En alguna de las últimas sesiones, cuando he sentido que aunque me cueste ser madre lo intento, que igual me valoro, que eso me lo han reconocido tanto tú como otras personas, que sí puedo asumir el estar sola como madre con mis hijos, y que puedo tratar de dedicarme a cosas y temas que me interesan, leer, lo metafísico, ir a la playa...”

6. Otra escena (opcional): si quiere agregar otra escena más.

## V. RESULTADOS Y ANALISIS

### 1. Consideraciones sobre el contexto de atención

Para una mayor comprensión de los resultados y análisis del proceso terapéutico, es necesario considerar algunos aspectos del contexto de atención institucional que otorgan a dicho proceso terapéutico una cierta complejidad en términos de su desarrollo en relación a su continuidad y por tanto su posibilidad de profundización y efectividad en los objetivos terapéuticos:

- La posibilidad de frecuencia de agendamiento de horas de atención en COSAM-CEIF es de aproximadamente una sesión cada 3 semanas, dada la alta demanda y flujo de atención de usuarios

- Es muy posible por parte de los usuarios atendidos en COSAM-CEIF que presenten algunas inasistencias a las horas de atención agendadas, con lo que la frecuencia de atención para ellos sea incluso menor que la ofrecida por el sistema de agendamiento de horas. En el caso de la consultante participante de este estudio, presentó efectivamente periodos de inasistencia que en algunos casos generaron una baja en la frecuencia de atenciones de hasta una sesión cada 2 meses en 3 ocasiones.

- Además, es posible que los usuarios no cumplan con la puntualidad en llegar a la hora en que la sesión fue agendada, reduciendo el tiempo disponible para realizar dicha sesión

- También es posible que el profesional tratante suspenda y postergue horas de atención ya agendadas, incidiendo también en una menor frecuencia en las atenciones

Estos factores plantean, además de la complejidad de los casos atendidos en COSAM.CEIF (complejidad moderada a severa), el desafío de contar con modelos y estrategias terapéuticas que

posibiliten un alto impacto terapéutico en quienes consultan, en términos de potenciar en gran medida las posibilidades de problematización y cambio de posición en los usuarios atendidos, de modo que se favorezcan en ellos procesos ya sea internos (subjetivos) como relacionales durante el tiempo en que no serán atendidos en terapia.

## **2. Dominios de existencia en que habitan los temas problema planteados por la consultante**

Como se desprende de los registros de las sesiones, podemos definir que los principales problemas traídos a las conversaciones en sesiones de la terapia habitan en los siguientes dominios de existencia:

- Pareja: como se planteó en el apartado de análisis de motivo de consulta, la consultante inicia un tercer momento en su proceso terapéutico a partir de la asunción gradual y con dificultad de su situación de separación con el padre de sus hijos, que según su discurso y registro es posible interpretar como de una significación ambivalente y contradictoria para ella, en tanto durante mucho tiempo no le fue posible hacer una diferenciación entre sus expectativas ante él como pareja y el costo de su rabia y frustración respecto de los frecuentes desencuentros amorosos entre ellos, descuidando así focalizarse en su propio bienestar. Durante el proceso de terapia, la consultante plantea en su registro de la sesión 4 que a partir de la conversación en terapia pudo hacer lo que podríamos llamar un “balance decisional” entre los 2 aspectos en contradicción antes señalados, asumiendo gradualmente el desencuentro de fondo con su ex pareja en sus expectativas como tal: “fue un tema de lucha con mi propio ego y fue vital para empezar a hacer el duelo la pregunta que te hice: si seguía apostando por esa relación, aunque eso me costara la vida... y pude aceptar (costándome muchísimo) que eso había que terminarlo y empecé el duelo....”. De este modo le es más posible considerar que puede o no volver a tener otra pareja, lo

que era un temor para ella relacionado con la posibilidad de “quedarse sola”, contemplando que incluso le “es posible poder ser feliz sin pareja”.

- Ser madre: el asumir que además su ex pareja, según refiere, se distanciaría en forma importante de su rol de padre de sus hijos, implica para la consultante aún mayor rabia y frustración al declarar que “no entiendo cómo él se excusa de no ver a sus hijos”, tanto por el daño que ella percibe en la emocionalidad de sus hijos al no contar concretamente con su padre, así como por lo que ella siente como una injusta “recarga en su rol de madre a tiempo completo”, lo que incide en una experiencia de mayor cansancio y menor tiempo personal disponible. En este ámbito, la consultante manifiesta disponerse con dificultad a un cambio de posición en particular en la sesión 3 hacia lo que es posible interpretar como una asunción de no contar con el padre de sus hijos sino salvo en el aspecto económico, en que refiere que se percata que le es posible continuar su rol de madre sin el apoyo ni presencia del padre: “... has sido lo suficientemente claro para plantearme que yo evalúe cuán difícil creo que es que él cambie a partir de mi experiencia con él, y poco a poco ha dejado de ser tema... no lo olvido, pues está en juego la salud emocional de mis hijos, pero ya no me la paso lamentando por esa situación”. Este giro que la consultante manifiesta no exento de dificultad para ella, puede constituirse en un cambio profundo respecto de su construcción histórica y expectativa anterior de configurarse como mujer / pareja / madre como una “triada que es condición para su felicidad”.

El avanzar en cumplir un rol materno más adecuado para cada uno de sus hijos se configura según refiere en un problema fuente de mucha variación emocional entre la rabia y la pena, al mantener la expectativa que sus hijos “aprendan, entiendan, cambien y se porten mejor” en un corto plazo, a partir de “solamente conversarles” e “independiente de cómo yo esté emocionalmente”. Este dominio refiere que continúa en el presente como “una tarea en proceso”,

en que refiere dificultad para mantener una actitud de paciencia y contención hacia cada uno de sus hijos, de un modo que ella signifique como pertinente. Refiere con frecuencia que ante lo que para ella son dificultades de comportamiento de sus hijos, le cuesta “concretar” acuerdos con ellos sobre normas junto con mantener, a la vez que practique una actitud que le parezca más afectiva, cercana y contenedora: “Mi rol materno es tema, y no estoy convencida de haber avanzado mucho”. Sin embargo, refiere que se dispone a intentar avanzar en este dominio a diario.

- Familiar / social: en este dominio la consultante refiere también dificultad para procurar una red de apoyo familiar y/o social en lo cotidiano, aunque plantea que considera “que es importante mas yo, no soy de pedir ayuda, por lo que concretar eso ha sido casi imposible”, siendo una excepción reciente al respecto la convivencia con su hermano menor, con quien se considera en situación de “mutuo apoyo” aun cuando también refiere dificultades de relación con él. También refiere haber abierto un posible canal al respecto, al participar de la instancia de padres del centro de zooterapia al que asiste su hijo menor. Este dominio constituye también para la consultante un ámbito aún en proceso de revisión.

- Personal: este dominio implica para la consultante el sentirse mejor con su ser mujer y valorarse como tal en su actual situación de vida como madre y trabajadora, en que al ir refiriendo que va superando sentimientos de pena y frustración consigo misma en su dimensión de madre y pareja, refiere que va resignificando su ser mujer en cuanto a sus capacidades y logros como tal, valorándose cada vez más positivamente aun cuando existan dificultades diarias. De modo que refiere ir dando lugar a re encontrarse con su “dimensión espiritual”, relacionada con un sentido que ella refiere como de búsqueda de plenitud al poder dedicarse a actividades de su gusto que le brindan satisfacción, y superar estados de malestar emocional, en que refiere que el reconocimiento positivo externo que ha tenido por parte de otras personas le es fundamental: “No sé en qué minuto

de mi vida me empecé a valorar como mujer, ni en qué momento dejé de hacerlo... sólo sé que soy capaz de mucho cuando quiero...”. Este dominio puede interpretarse como que es actualmente para la consultante un eje que le permite abordar con mayor sentido sus otros dominios de existencia.

### **3. Praxis desarrollada por el terapeuta desde el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales**

Desde la intencionalidad inicial del terapeuta ante el presente proceso terapéutico, se pueden señalar como parte de su praxis los siguientes principios del MSRC que para el terapeuta significaron un mayor desafío para aplicarlos:

- Mantener presente un lugar de observador (que hace distinciones en el lenguaje desde su propia historia) que puede constituirse en un interlocutor válido disponible para co construir un motivo de consulta con sentido para la consultante: esto hace referencia al esfuerzo del terapeuta por co construir en la conversación alternativas de explicación que constituyeran alternativas a las explicaciones que para la consultante fundaban su organización en sufrimiento. En la experiencia del terapeuta, este punto constituyó un desafío constante en tanto las explicaciones fundantes de su organización en sufrimiento significaban para ella convicciones profundas: “no sirvo como madre”, “mis hijos no quieren cambiar”, “la ausencia del padre de mis hijos los va a dañar siempre”, “no tengo posibilidad de darme tiempo para mí”.

- Procurar en forma permanente alternar una escucha atenta con el proponer preguntas y conversaciones favorables para la generación de otras posibles distinciones y explicaciones que surjan como alternativas con mayor sentido que las explicaciones que mantienen la organización en sufrimiento, alternativas que el terapeuta intenciona que surjan con sentido

desde la consultante: “No dejarse atrapar” por estas certezas profundas fue posible abriendo preguntas hacia la consultante respecto de cuál era su mirada sobre lo conversado y de qué otra manera cree que se puede mirar lo conversado. Esto, alternando con momentos de escucha y silencio, favorecieron en varias ocasiones el surgimiento de alternativas con sentido desde la consultante.

Ahora bien, desde una perspectiva interpretativa del discurso y de los registros de la consultante referidos a la praxis del terapeuta durante el proceso de terapia y sus sesiones, es posible hacer referencia a los siguientes elementos que en dicha praxis releva la consultante como favorecedores de un cambio de posición a partir del cese de su organización en sufrimiento:

- Actitud constante de atención y escucha receptiva: “Desde la primera sesión tuve la experiencia contigo de empatía, cercanía, que estabas muy interiorizado y atento respecto de mi situación, lo que generó en mí una confianza para abrir mis emociones y pensamientos, aunque fueran cosas fuertes las que yo te dijera”.

- Interlocutor legitimado como válido y que a la vez legitima a priori la persona y experiencia de quien consulta: “Sentirme a gusto en una conversación contigo, una persona que sabe, con quien yo pueda expresar mis cosas como las siento, con las palabras que me nacen en el momento, sin buscar decirlas para que no me juzgaras, al contrario, nunca me sentí mal en sesiones contigo... incluso me validaste en los momentos en que yo sentía mucha rabia y tenía deseos negativos con el padre de mis hijos, me dijiste que era comprensible que eso me pasara por yo estar en un momento complicado, para después conversar sobre cómo yo podría transformar mi malestar en bienestar”.

- Planteamiento de la terapia como un espacio de conversación horizontal enfocado en la resolución de la organización en sufrimiento de la consultante: “Para mí lo mejor ha sido como que en las sesiones no se nota que uno está en terapia, no está esa concepción que uno habla, el psicólogo te escucha, se da un entorno de conversación, entonces la terapia no se nota, es como que estás en el living de tu casa conversando con un amigo de la vida... conversar de lo que me pasa y aclararme”.

- Terapeuta con conocimiento profesional acerca tanto de los temas humanos abordados en la terapia, así como de una forma de conversar cercana que invita a la reflexión: “Conversando contigo siento contención y así no me siento sola, esa forma de conversar me ha servido para rescatar mi fortaleza aun cuando yo no veía solución alguna... no dices frases armadas, creo que cada palabra que dices la piensas muy bien, se nota que me prestas atención al 1000%... oyes atentamente, vas grabando esos puntos importantes con que luego vuelves a preguntar, creo que en forma muy inteligente, y así sucede que yo me voy aclarando sobre lo que vamos conversando...”

- Ofrecer siempre la posibilidad de buscar alternativas de conversaciones para el cambio de posición, sobre la base de la confianza en los recursos y capacidades de la consultante: “... el verme tan en el suelo, tan siendo nada y no ser capaz de salir de ese hoyo donde estaba, era lo que más me afectaba... fue tu oírme, tu hacerme sentir que creías en mi, que yo podía salir de eso, que no sería de un día para otro ni menos fácil pero sentí que estabas conmigo en ese camino...”.

## VI. REFLEXIONES FINALES

A partir de este estudio acerca de un proceso de terapia con una mujer madre trabajadora desde el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales, podemos referirnos a las siguientes reflexiones:

- En el caso estudiado, emergen elementos del MSRC favorables para un proceso terapéutico tendiente al cambio de posición y término de la organización de sufrimiento de la consultante, entre los que se consideran la posición del terapeuta desde la objetividad en paréntesis en perspectiva horizontal, legitimadora del sistema consultante y su dolor, tal que ésta destaca con mayor énfasis la actitud cercana, de escucha y entendimiento interpretativo del terapeuta, cuya propuesta de terapia hace sentido a la consultante para disponerse a un proceso de apertura y avance en el abordaje de los problemas que trae y que co construye en la terapia con sentido propio.

- Es posible considerar la experiencia develada en este estudio como una referencia interesante de considerar como alternativa pertinente de atención clínica en un dispositivo de atención pública en salud mental, respecto de la atención de una usuaria mujer en situación de desempeñar con dificultades sus roles de madre y trabajadora en una perspectiva de autonomía e independencia en 2 sentidos: 1) la posibilidad de contar con un modelo terapéutico pertinente de aplicar en condiciones institucionales donde tradicionalmente se brindan instancias de atención terapéutica acotadas en el tiempo de atención, con prevalencia de enfoques tendientes al modelo positivista y/o bio médico, en que la atención es concebida como una prestación con énfasis en la instrucción, indicación o psico educación, en que tiende a replicarse un modelo de atención asistencial en que el usuario es más bien paciente y el profesional asume una parte más activa en la perspectiva de la generación de un cambio terapéutico, lo cual podría perpetuar dicha posición pasiva del usuario que consulta por una solución a su problema, solución que está en manos del

experto; en este sentido, el MSRC propone un abordaje clínico tendiente a la visibilización del protagonismo del usuario en su propio proceso de mejoría de su salud mental (promoción y prevención); 2) contar con un modelo terapéutico favorable para abordar la atención de usuarias mujeres en situación de quiebre y re significación de su ser mujer que se construye en sus roles de género en un contexto social actual de tensión para la mujer entre la mantención de roles tradicionales y la construcción de una amplitud e inclusión de una diversidad mayor en tal sentido en una perspectiva de desarrollo y cambio; tema sensible de abordar que requiere una posición terapéutica que considere al género como determinante de la salud mental en su construcción de lo femenino y masculino en cada contexto cultural.

- Es posible dar continuidad a este estudio respecto de la pertinencia del MSRC con personas tanto de distinto sexo, como rango etáreo, diagnóstico, contexto psico socio cultural, entre otras dimensiones, en que también se distingan elementos de complejidad para la psicoterapia clínica, tal que requieran de una propuesta pertinente que favorezca procesos terapéuticos personales / familiares más efectivos desde el favorecimiento del protagonismo del sistema consultante en su propio proceso de abordaje de problemas de salud mental, que permitan superar modelos tendientes a perspectivas más tradicionales, positivistas o asistenciales que perpetúan los problemas de salud mental..

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anderson, H. (1999) "Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia". Buenos Aires. Amorrortu /editores.
- Barrientos, M., Cancino, G., Guerrero, A., Kunstmann, G., Medina, A. y Ramos, M. (S/F). *El Operar Terapéutico del Instituto de Terapia Familiar de Santiago. Modelo Sistémico en Realidades Consensuales*. Edición del Instituto de Terapia Familiar de Santiago.
- Buela-Casal G. y J. C. Sierra (2002) Normas para redacción de casos clínicos. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2002, Vol. 2, N° 3, pp. 525-532.
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. Cinta de Moebio, 23: 204-216. En: <http://www.moebio.uchile.cl/23/carcamo.htm>
- Coddou, F. (2012). Documento de circulación interno: Modelo Sistémico en Realidades Consensuales. Santiago, Chile.
- COSAM – CEIF, Corporación Municipal de Puente Alto. (2016) Modelo de Atención. Documento interno de trabajo, en construcción.
- De Barbieri, T; (1992) "Sobre la categoría género, Una construcción teórica- Metodológica", Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres N° 17
- Feixas y Villegas: "Constructivismo y Psicoterapia". Gesida, Barcelona, 2000.
- Flores R. (2009). Observando Observadores: una introducción a técnicas cualitativas de investigación social. Ediciones Universidad Católica. Santiago, Chile.
- Guba, E.G. y Lincoln, Y.S. (2005) Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (eds), *The Sage Handbook of qualitative research* (3 edn). Thousand Oaks, CA:Sage.
- Hoffman, Lynn: "Fundamentos de la Terapia Familiar". Fondo de Cultura Económica, Mexico, 1987.
- Instituto de Terapia Familiar de Santiago: "Modelo Sistémico en Realidades Consensuales", 2003. [www.iftsantiago.cl/articulos/articulo02.htm](http://www.iftsantiago.cl/articulos/articulo02.htm).
- Jutoran, Sara: "El Proceso de las ideas Sistémico-Cibernéticas. Sistemas Familiares, Año 10 N° 1 Abril, Buenos Aires, 1994.
- Keeney, Bradford: "La Estética del Cambio". Paidós, Barcelona, España, 1991.

- Keeney, B y Ross, J.: "Construcción de Terapias Familiares Sistémicas". Amorrortu, Buenos Aires, 1993.
- Krause, M. y col. (2006) Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. En: Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 38, N° 2, 299 – 325.
- Lamas, M. (2000) "El Género como construcción cultural de la diferencia sexual". Editorial Puego, Santiago, Chile.
- Maturana H. (1995). Desde la Biología a la Psicología. Editorial Universitaria. Santiago, Chile.
- Méndez, C. Avances en el Enfoque Sistémico. En: CECIDEP (1992). Integración en Psicoterapia. Santiago, Chile.
- Minoletti, A. y col. (2015) Modelo de Gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. U. de Chile.
- Pérez, C. (2000) ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? Rev. Esp. Salud Pública [online]. Vol.74, n° 4.
- Pérez, G. (2002). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*. Cap. 1, Ed. Muralla, Madrid.
- Rodríguez, M. (2003) La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia* 3, pp. 89 – 115. Universidad de Huelva. España.
- Ruiz, A. (1997). Las Contribuciones de Humberto Maturana a las Ciencias de la Complejidad y la Psicología. Instituto de terapia cognitiva INTECO. Santiago de Chile.
- Stake, R. (2007). Investigación con estudio de casos. Ediciones Morata, Madrid.
- Yin, R.K. (2003) Case study research: design and methods. Tercera edición. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zamorano, C. (2009) Una perspectiva sistémica para la psicoterapia individual. En: Revista de Familias y Terapia. Año 17, N° 27, Agosto de 2009, pp. 23-39. Santiago, Chile.

## VIII. ANEXOS

### **Consentimiento Informado para Participante**

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “ESTUDIO DE CASO: PROCESO DE PSICOTERAPIA DESDE EL MODELO SISTEMICO DE REALIDADES CONSENSUALES CON UNA USUARIA MUJER MADRE TRABAJADORA ATENDIDA EN EL CONTEXTO DE UN DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL PUBLICA”, cuyo investigador principal es el Ps. Germán Andrés González Lobo. 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 colaboración:

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

La investigación mencionada se realizará en el contexto de atención del COSAM – CEIF de la Corporación Municipal de Puente Alto durante 2016 y principios de 2017.

2. Relevancia del estudio y beneficios

Este estudio pretende generar conocimiento en el ámbito clínico de atención pública secundaria, al investigar en dicho contexto cómo un determinado modelo terapéutico puede ser útil en favorecer procesos de cambio personal hacia una perspectiva de mayor bienestar y autonomía, en este caso, de usuarias mujeres que experimentan dificultades propias de estar en la condición de ejercicio de múltiples roles en su vida cotidiana (mujer, madre, trabajo). Dicho estudio podrá dar cuenta de posibles fortalezas y debilidades del modelo terapéutico expuesto, que contribuyan a desarrollar mejores intervenciones clínicas con usuarias del sistema de atención secundaria en salud mental con motivos de consulta recurrentes referidos a sus dificultades cotidianas que inciden en su propia salud mental.

3. Objetivos

Dar cuenta de cómo un modelo terapéutico específico contribuye a favorecer procesos de cambio positivos en la salud mental de usuarias mujeres con dificultades relativas a su experiencia cotidiana en el ejercicio de su ser mujer en diversos roles

4. En qué consiste su participación

Su participación es en calidad de usuaria consultante de un proceso de terapia psicológica, participación que es voluntaria y por la que no recibirá pago alguno para que acepte participar. Durante el transcurso de las sesiones de terapia psicológica, el terapeuta le hará llegar escritos por sesión con comentarios y reflexiones sobre las mismas para que la consultante, a su vez, le haga llegar de vuelta escritos en respuesta a los antes señalados, de modo de poder conocer su experiencia terapéutica personal de primera fuente respecto de lo que ha significado para ella dicho proceso.

5. Riesgos

El presente estudio así planteado no implica riesgos para la participante, en tanto el investigador ha tomado todas las medidas de confidencialidad que esta investigación amerita, resguardando la privacidad de la participante.

6. Costos y pagos

El presente estudio no conlleva costos ni pagos para la participante en su calidad de tal.

7. Derechos del participante

La participante tiene derecho a continuar su atención con el profesional tratante mientras no se resuelva el motivo de consulta. La participante tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento, a quien en caso de requerirlo puede ubicar en el fono 227975490. Asimismo, la participante puede retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario comunicándose al investigador principal, y si así ocurriera su retiro no la perjudicará en caso alguno, es decir, no incidirá en el tratamiento que se le esté brindando, ni se interrumpirá su atención en el sistema de salud al que esté accediendo.

8. Reserva de la identidad del participante

El nombre de la participante no será revelado, y en su lugar se utilizará un código correspondiente a letras de las iniciales de su nombre. En el escrito del estudio, se procederá a denominar a la participante con un nombre ficticio para proteger su privacidad.

9. Confidencialidad de los datos

El registro de los datos será reservado, sólo tendrá acceso a ellos y serán resguardados por el investigador principal, en archivos ubicados con resguardo en su computador personal, con clave personal, en su lugar de trabajo, cuya dirección es Tocornal 70, Puente Alto, Santiago.

10. Utilización y Publicación de los hallazgos

Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el investigador, en publicaciones de tipo científico y/o académico, y podrán ser utilizados o no en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre preservando la identidad de la participante.

11. Posibilidad de aclarar dudas o inquietudes

Cualquier duda se puede hacer llegar al mail [gglobo@gmail.com](mailto:gglobo@gmail.com)

12. Evaluación Comité Bioética y contacto

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 32- 250 73 70.

Si ud. acepta participar, podrá recibir un ejemplar de este documento firmado por el investigador.

---

Nombre y Firma Investigador Responsable: Germán Andrés González Lobo

RUT: 8.624.931-6

Título/grado: Psicólogo – Licenciado en Psicología – Candidato a Magister

Valparaíso, 6 de enero de 2017

### **Acta de Consentimiento Informado para Participantes**

Yo, L. J. R. S., RUT 12.263...-..., DECLARO que el investigador principal Germán Andrés González Lobo de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Av. Brasil Nro 2140 de la ciudad de Valparaíso, me ha informado en forma completa en qué consiste la investigación “ESTUDIO DE CASO: PROCESO DE PSICOTERAPIA DESDE EL MODELO SISTEMICO DE REALIDADES CONSENSUALES CON UNA USUARIA MUJER MADRE TRABAJADORA ATENDIDA EN EL CONTEXTO DE UN DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL PUBLICA” que llevará a cabo en Puente Alto, Santiago, y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es dar cuenta de cómo un modelo terapéutico específico contribuye a favorecer procesos de cambio positivos en la salud mental de usuarias mujeres con dificultades relativas a su experiencia cotidiana en el ejercicio de su ser mujer en diversos roles, lo que podrá dar cuenta de posibles fortalezas y debilidades del modelo terapéutico expuesto, que contribuyan a desarrollar mejores intervenciones clínicas con usuarias del sistema de atención secundaria en salud mental con motivos de consulta similares.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en que como usuaria consultante de un proceso de terapia psicológica, durante el transcurso de las sesiones de terapia psicológica, el investigador me hará llegar escritos por sesión con comentarios y reflexiones sobre las mismas para que yo, a su vez, le haga llegar de vuelta escritos en respuesta a los antes señalados, de modo de poder conocer mi experiencia terapéutica personal de primera fuente respecto de lo que ha significado para mí dicho proceso durante 2016 y parte de 2017.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código que serán un nombre ficticio y las letras de mis iniciales, y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científico, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.
7. Si la evaluación a la que seré sometido, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación lo sugiriesen, o si el investigador principal lo estimara necesario, podré

continuar siendo atendido en COSAM.CEIF de Puente Alto por el investigador que es mi profesional tratante.

8. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
9. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal, en cualquier momento de la investigación, a quien podré contactar en el mail gglobo@gmail.com.
10. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 32- 250 73 70.

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

Nombre y Firma Investigador  
RUT:

-----  
Germán González Lobo  
RUT: 8.624.931-6

Nombre y Firma Director Establecimiento  
RUT: 2537183-1

Nombre y Firma Participante

R  
U  
T  
:

-----  
Valparaíso, 6 de enero de 2017  
-----

