



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**SER MADRE EN EL CONTEXTO DEL CONSUMO DE
SUSTANCIA Y EL RIESGO A LA RECAÍDA, UN ESTUDIO DE
CASO ABORDADO DESDE LA TERAPIA SISTÉMICA
CENTRADA EN LAS NARRATIVAS**

CLAUDIA MUÑOZ GARRIDO

PROFESOR GUÍA: CARLOS VARAS ALFARO

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

Diciembre, 2017

Valparaíso, Chile

ÍNDICE

RESUMEN	3
I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. ANTECEDENTES TEÓRICOS	6
2.1 Abordaje Tradicional de la Problemática de Adicciones.....	6
2.1.1 La Problemática de Adicciones y su abordaje a Nivel Nacional	6
2.1.2 Tratamiento y Rehabilitación en Población Adulta	7
2.1.3 Abordaje de Recaídas.....	10
2.2 Modelo Sistémico Centrado en Narrativas	12
2.2.1 El Nivel Ontológico y la Tríada Inseparable.....	19
2.2.2 La Propuesta Social y el Ejercicio de la Psicoterapia	21
2.2.3 Vínculo Terapéutico y Postura del Terapeuta	24
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	26
IV. OBJETIVOS.....	27
4.1 Objetivo General	27
4.2 Objetivos Específicos.....	27
V. ABORDAJE METODOLÓGICO.....	28
5.1 Fundamentos Ontoepistémicos	28
5.2 Metodología Cualitativa.....	29
5.3 Diseño de Investigación.....	31
5.4 Criterios de Rigor en la Investigación Cualitativa.....	31
5.4.1 Credibilidad.....	32
5.4.2 Transferibilidad	32
5.4.3 Dependencia o Confiabilidad.....	34

5.4.4	Confirmabilidad	34
5.5	Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información	34
5.6	Tipo de Análisis	35
5.7	Descripción de Estudio de Caso.....	36
5.7.1	Identificación de la Consultante.....	37
5.7.2	Antecedentes Generales	38
5.7.3	Análisis del Motivo de Consulta	40
5.7.4	Historia del Problema.....	41
5.7.5	Análisis y Descripción de las Conductas Problemas	42
5.7.6	Establecimiento de las Metas del Tratamiento.....	43
5.7.7	Selección del Tratamiento más Indicado	44
5.7.8	Selección de Técnicas de Evaluación y Resultados Obtenidos	44
5.7.9	Aplicación del Tratamiento.....	45
5.7.10	Evaluación de la Eficacia de los Tratamientos	59
5.7.11	Estado de Proceso y Seguimiento	59
5.8	Consideraciones Éticas	60
VI.	RESULTADOS	61
VII.	REFLEXIONES FINALES.....	64
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
IX.	ANEXOS.....	72

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito evidenciar los efectos de un proceso terapéutico sustentado en el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, en el contexto de una derivación por prevención de recaída en el consumo de sustancias. La consultante, a quien se le otorgó el nombre ficticio de Andrea, tiene 42 años y solicita atención con la intención de resolver un problema que se inscribe en el dominio de existencia madre-hijo.

Se llevaron a cabo 5 sesiones, la primera entrevista se realizó en las instalaciones de una Comunidad Terapéutica, instancia a la que fue derivada Andrea, por un médico general. Las cuatro sesiones siguientes se efectuaron en una dependencia privada.

Los objetivos terapéuticos estuvieron centrados en la deconstrucción de explicaciones que trae la consultante, referentes a su desempeño como madre, que le generan sentimiento de culpa, y la co-construcción de nuevas narrativas más habilitadoras; descentrando el foco interventivo del riesgo a la recaída hacia el contexto relacional de la misma.

La investigación se sostiene en un enfoque constructivista, utilizando metodología cualitativa, estrategia metodológica de caso único y tipo de análisis hermenéutico.

Los resultados del estudio dan cuenta del cambio de narrativa que ha generado la consultante en el contexto del proceso terapéutico, pasando de la narrativa inicial “he sido tan mala madre que ahora mi hijo también consume” a la co-construcción de una narrativa más habilitadora y noble acerca de su desempeño como madre: “Pienso que en realidad soy una mujer y una mamá fuerte (...) soy más capaz de lo que yo pensaba”.

Finalmente, esta investigación ofrece reflexiones acerca de las implicancias de concebir y abordar los casos asociados a temáticas de adicciones, en concordancia con los supuestos ontoepistemológicos del modelo Sistémico Centrado en las Narrativas.

I.- INTRODUCCIÓN

El modelo Sistémico Centrado en Narrativas es un modelo de psicoterapia propuesto por la psicóloga Ana María Zlachevsky, para la comprensión y el ejercicio de un modo de hacer psicoterapia. La presente investigación se nutre de dicho modelo para abordar un caso de manera alternativa al tradicional enfoque de adicciones en “prevención de recaídas”, orientado por las actuales políticas públicas del país. La investigadora asume que este último enfoque, sustentado en una epistemología moderna, tiene limitaciones, ya que tiende a centrarse en el déficit y el control de éste, generalizar las intervenciones sin prestar atención a las particularidades del caso e invisibilizar aquellos aspectos que no tienen relación directa con la problemática de consumo, pero que son relevantes para el sistema consultante y su bienestar subjetivo. Es así, como la Terapia Sistémica Centrada en las Narrativas, al sostenerse en una epistemología postmoderna, ofrece la ventaja de visualizar al consultante en su singularidad, con su particular historia biográfica y los significados que ha construido en relación con otros, en un contexto sociocultural determinado. Además, esta postura invita a concebir al consultante como una persona experta en su propia vida, dotada de recursos y capaz de definir lo que desea y necesita trabajar en terapia, para resolver su malestar subjetivo (Zlachevsky, 2003; 2015). Esto último otorga además la ventaja de posicionar al consultante en un rol más activo en la terapia y en su propia vida, potenciando su agencia personal y otorgándole la posibilidad de resolver el problema que lo trae a consultar de una manera colaborativa y con mayor sentido para el consultante y su biografía.

En la presente investigación, se invita a ser testigo del proceso terapéutico co-construido con Andrea, quien desde su propia experticia decidió trabajar en relación a los significados asociados a la maternidad, al verse afectada en el dominio de existencia madre-hijo. El trabajo desde el

Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, permitió acompañar el proceso desde una posición de horizontalidad, respeto y genuina curiosidad. En dicho contexto, se logró deconstruir aquellas explicaciones acerca de la maternidad que generaban dolor y co-construir otras explicaciones más habilitadoras y liberadoras del malestar subjetivo; respondiendo así a las necesidades y expectativas de Andrea respecto del proceso psicoterapéutico.

II. ANTECEDENTES TEÓRICOS

2.1 Abordaje Tradicional de la Problemática de Adicciones

2.1.1 La Problemática de Adicciones y su Abordaje a Nivel Nacional

En Chile, la problemática asociada al consumo de drogas ha sido una fuente de preocupación de larga data para la comunidad, debido a sus graves consecuencias y complejidad. A mediados del siglo XX se crearon las primeras instancias no gubernamentales para abordar dicho fenómeno, como Alcohólicos Anónimos (AA), Unión de Rehabilitados de Alcohólicos de Chile (URACH) y algunas Comunidades Terapéuticas. Sin embargo, no es hasta el año 1990, cuando el gobierno toma parte de manera más formal y especializada en el tema, a través de la fundación del Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes (CONACE), organismo gubernamental a cargo de diseñar y ejecutar las políticas públicas en temáticas de drogas (Lobos, 2012).

En el año 2000, el Ministerio de Salud (MINSAL) elabora el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, considerando el abuso y dependencia de alcohol y drogas como una de sus prioridades programáticas, ya que explicita que “los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población” (MINSAL, 2000, p.53).

En el año 2011 se promulga la Ley n° 20.502 y con ello se crea el Servicio Nacional de prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), instancia dependiente

del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, que otorga continuidad a CONACE y se hace “responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias.” (SENDA, 2017)

Dichos objetivos cobran amplia relevancia al momento de revisar los actuales datos estadísticos respecto del consumo de drogas en la población chilena. Según el décimo primer estudio Nacional de Drogas en Población General, realizado por SENDA, el 11,3% de la población consume marihuana, el 1,4% cocaína y el 0,5% pasta base de cocaína. En cuanto a las tasas de abuso y dependencia, según el citado informe, un 16,4% de los consumidores de marihuana han tenido síntomas de dependencia y 10,2% de abuso (acorde a los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE- 10), mientras que los usuarios de cocaína y pasta base presentan tasas de dependencia de un 22,1% y un 65,6% respectivamente. (SENDA, 2014).

Los altos niveles de abuso y dependencia presentados por los usuarios de drogas, invita a pensar en la importancia que adquiere para el gobierno el tratamiento especializado en esta temática. En el siguiente apartado se revisaran los diferentes planes de tratamiento para la población adulta, definidos por la Norma y Orientaciones Técnicas (SENDA y MINSAL, 2012) en el marco de las políticas públicas.

2.1.2 Tratamiento y Rehabilitación en Población Adulta

El SENDA en convenio con el Ministerio de Salud (2012) contemplan tres tipos de planes de tratamiento para personas adultas: ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial. El tipo de plan escogido dependerá del patrón de consumo, el diagnóstico clínico y el compromiso

biopsicosocial que presente el usuario. Se entenderá por compromiso biopsicosocial “la apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y su entorno” (SENDA y MINSAL, 2012, p.67). De acuerdo a la evaluación, se podrá clasificar el compromiso biopsicosocial en leve, moderado o severo. Por otra parte, la definición del patrón de consumo y el diagnóstico clínico (consumo perjudicial o dependencia) se basará en los criterios propuestos por el manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

A continuación se revisarán las principales características de cada uno de los planes de tratamiento mencionados, según la norma y orientaciones técnicas (SENDA y MINSAL, 2012) que rigen en la actualidad:

- ***Plan Ambulatorio Básico.*** Está orientado a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia, compromiso biopsicosocial moderado, con existencia de una actividad ocupacional y soporte familiar. Este plan puede ser implementado en establecimientos públicos como Atención Primaria y Centros de Salud Comunitaria (COSAM) y en Centros privados de salud como Organizaciones No Gubernamentales, fundaciones, sociedades profesionales, u otros.
- ***Plan Ambulatorio Intensivo.*** Está destinado a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia, con compromiso biopsicosocial moderado o severo; especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar. Este plan se puede implementar en establecimientos de salud en nivel de especialidad ambulatoria (COSAM, CRS, CDT, Hospital de día) y en Comunidades Terapéuticas ambulatorias.

- **Plan Residencial.** Enfocado a personas con diagnóstico de dependencia y compromiso psicosocial severo. Este plan puede ser implementado en establecimientos públicos o privados que cuenten con la infraestructura necesaria para responder a las necesidades y objetivos correspondientes (Centros de tratamiento residencial, Comunidades Terapéuticas u otros autorizados por la autoridad sanitaria Regional).

Cabe señalar que indistintamente del tipo de plan de tratamiento, se considera a grandes rasgos, cuatro etapas de tratamiento:

- **Primera Etapa.** Corresponde a la fase de acogida, diagnóstico integral, desintoxicación inmediata y profundización de la motivación al cambio.
- **Segunda Etapa.** En esta etapa se abordan en profundidad los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, se desarrollan estrategias de prevención de recaídas y se intervienen aquellas problemáticas que demanden intervención psicoterapéutica, en coherencia con los objetivos de cada plan de tratamiento.
- **Tercera Etapa.** En esta fase se realiza la preparación para el egreso y se fortalecen los cambios terapéuticos. Además se pone énfasis en el proceso de integración y vinculación con redes de apoyo.
- **Cuarta Etapa.** “corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año, posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objetivo de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades” (SENDA y MINSAL, 2012, p.9).

Es importante señalar que la norma y orientaciones técnicas (SENDA y MINSAL, 2012) revisadas no explicitan acciones específicas en caso de recaída, riesgo de ésta u otras problemáticas, en el período posterior a la etapa de seguimiento. Por lo que se concluye que si una persona se encuentra en dicho escenario deberá recibir una nueva evaluación y comenzar un nuevo proceso terapéutico, ingresando al plan que se acomode a los resultados de la evaluación y las necesidades del usuario.

2.1.3 Abordaje de Recaídas

Para efectos de la presente investigación es importante revisar de manera crítica, cómo se orienta el trabajo en la temática de recaídas en el contexto del tratamiento para población adulta, desde las políticas públicas en Chile.

El SENDA considera *recaída* a aquella “situación que presenta una persona que, estando en tratamiento por consumo problemático de drogas o posterior a él, vuelve al consumo de drogas y retorna o presenta las mismas condiciones del inicio del tratamiento” (SENDA, 2017). A su vez, se definirá la *prevención de recaídas* como “una serie de intervenciones terapéuticas estructuradas que se realizan con el objetivo de prevenir el retorno al consumo inicial de alcohol y otras drogas después de haber recibido tratamiento” (SENDA, 2017).

En general, las intervenciones consideradas para la prevención y afrontamiento de recaídas son las siguientes: Psicoeducación, detección de factores de riesgo, manejo del deseo de consumo, revisión de episodios de recaídas anteriores, control de estímulos, manejo de sentimientos, estrategias para el manejo de estrés, fortalecimiento de autoeficacia, reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos y de las creencias asociadas al consumo, ensayo de recaídas, afrontamiento de situaciones de alto riesgo, ensayo de estrategias para el manejo de la presión

social para el consumo, planes para la mantención de la abstinencia y afrontamiento de deslices (CONACE y Gendarmería, 2011). Cabe señalar que no se encontró información empírica que dé cuenta de los resultados de la aplicación de las variables mencionadas en el trabajo de prevención y afrontamiento de recaídas.

Es importante explicitar que la investigadora del presente estudio considera que el abordaje de recaídas revisado presenta limitaciones, ya que al sustentarse en un enfoque moderno, tiende a centrarse en el déficit, utilizar una mirada drogocentrista (centrada en el consumo y el control de sus síntomas) y generalizar las evaluaciones e intervenciones para la población adulta desde una posición experta y objetiva, sin considerar la particularidad de cada persona, su historia biográfica y sus recursos.

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

Adoptando una posición crítica respecto de los enfoques modernos tradicionales, el autor mencionado plantea que “las teorías sobre el comportamiento humano no se construyen ni se derivan de la observación, si no que surgen de la estructura misma del conocimiento” (Gergen, 2001, p. 4) y que es un “error suponer que existen problemas o enfermedades independientes de la interpretación que hacemos de ellos” (Gergen, 2001,p.19).

De este modo, la postura postmoderna propone que todo conocimiento acerca del comportamiento humano es una construcción social inmersa en una cultura determinada, que se genera en el lenguaje a través de procesos relacionales. Bajo esta comprensión los problemas psicológicos serán entendidos como descripciones que se dan en el lenguaje en un contexto determinado. En palabras de Gergen (2001), “el *problema* es tan solo un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación, puesto que los problemas del mundo no determinan nuestra forma de hablar sino las convenciones lingüísticas” (p.20). De este modo, la terapia postmoderna no estará enfocada en “determinar cuál es la *verdadera* naturaleza del problema” (Gergen, 2001, p. 18) ni en buscar la “cura” para el “déficit” diagnosticado; sino que al ser concebida como un proceso de transformación discursiva, la terapia postmoderna pondrá el foco en la desconstrucción de la descripción de un problema que genera dolor y que ha sido construido en un contexto relacional, y la co-construcción de relatos alternativos más habilitadores (Gergen, 2001, Zlachevsky, 2015).

Considerando lo anterior, la presente investigación busca ofrecer una propuesta a la comprensión y abordaje tradicional de situaciones de “riesgo de recaída”, utilizando un enfoque que se sustenta en una mirada postmoderna y que se denomina Modelo Sistémico Centrado en Narrativas.

2.2. Modelo Sistémico Centrado en Narrativas

Este apartado busca exponer y describir las principales características, consideraciones y supuestos del Modelo Sistémico Centrado en Narrativas. Según Ana María Zlachevsky (2015), autora del modelo, para lograr una adecuada comprensión del mismo es necesario comenzar

revisando sus diferentes niveles jerárquicos conceptuales: epistemología, paradigma, teorías, modelo intermedio, técnicas.

El nivel *epistemológico*, tiene que ver con las explicaciones acerca de cómo funciona la realidad y el conocimiento. En este caso el modelo se instala bajo el alero de una epistemología constructivista, ligada al pensamiento sistémico-cibernético de segundo orden con influencias de del filósofo Heinz Von Foerster, los biólogos Humberto Maturana y Francisco Varela, entre otros. Esta epistemología cuestiona la noción moderna tradicional, que plantea que existe una realidad externa estable y fija, independiente del observador, a la que éste podría tener acceso privilegiado y objetivo. La epistemología constructivista entiende la realidad y el conocimiento como construcciones, dependientes del observador. Varela (2000) explica que no hay un mundo que descubrir, si no que el fenómeno que se percibe surge como fruto de la actividad humana. En la misma línea Maturana (1992) plantea que lo que el observador distingue depende más de las características del observador, que de lo observado. Es decir, todo sistema es autorreferencial, el sistema observante se incluye a sí mismo en lo observado y por lo tanto toda operación de distinción realizada será responsabilidad del observador y no el reflejo de un mundo objetivo que existiría de manera independiente. En otras palabras, no podemos tener acceso privilegiado a la realidad y toda observación o distinción que realicemos es más bien una construcción que no posee validez objetiva y que co-existe con otras múltiples construcciones o “verdades”.

A la postura descrita, Zlachevsky la denomina *constructividad* y con este concepto busca poner énfasis en la idea de proceso y movimiento, tratando de reflejar cómo los significados están permanentemente emergiendo a medida que vamos construyendo el mundo que habitamos.

Esta posición es fundamental en el ejercicio de la psicoterapia, ya que invita al terapeuta a tomar conciencia de los procesos de construcción e interpretación que tanto él como el

consultante llevan a cabo, alejándose de los criterios de verdad, precisión u objetividad que los modelos tradicionales establecen. Desde esta comprensión, se descarta la idea que nuestras observaciones del mundo son la realidad y que por lo tanto existe sólo una respuesta correcta, y se invita a la posibilidad de aceptar múltiples respuestas como válidas. Para Maturana (1992) cuando se coloca la objetividad entre paréntesis, todas las posiciones, todos los versos en el multi-verso, son igualmente válidos. De este modo, el terapeuta que trabaje desde esta posición asumirá que toda aseveración acerca de lo que le ocurre al paciente es una más de todas las interpretaciones posibles, siendo todas igualmente válidas y ninguna más verdadera que otra.

El nivel de *paradigma* tiene que ver con las ideas centrales acerca del fenómeno específico que se desea describir, explicar o entender. En este nivel se definen las unidades de análisis sobre las que se enfocará el modelo.

El modelo Sistémico centrado en narrativas, pone el foco en el *sistema de relación* como unidad de análisis, y no en el *individuo* como otros enfoques terapéuticos lo hacen. Al poner el foco en la relación, se busca visualizar las pautas de interacción que se establecen entre los personajes involucrados. Al observar las pautas de acción que se establecen en la interacción, se centra la atención en el intercambio de significados que son característicos de la organización relacional entre los integrantes del sistema y no en las acciones individuales. De este modo se asumirá que las conductas, las formas de relacionarse y las definiciones de identidad de nosotros mismos y los demás, variaran según el contexto relacional. A esto Maturana (1992), lo denomina diferentes dominios de existencia y lo describe como el conjunto de definiciones a partir de las cuales distinguimos a otros y somos a su vez distinguidos por otros. Gracias a estas definiciones se pueden establecer acuerdos y significados consensuados que orienten el funcionamiento relacional dependiendo del contexto o dominio de existencia. Esta comprensión es fundamental

para el quehacer psicoterapéutico, ya que el sistema consultante se definirá sobre la base del dominio de existencia en el que el dolor sea parte.

El nivel de *teoría* se relaciona con el conjunto de ideas consensuadas que busca establecer regularidades, generar normas, leyes o establecer hipótesis básicas acerca de las unidades de análisis planteadas a nivel paradigmático.

El modelo sistémico centrado en narrativas se sustenta principalmente en la teoría del Construccinismo Social propuesta por Kenneth Gergen. Esta teoría aparece como una comprensión de lo humano que entiende la mente no enclavada en el interior del individuo, sino que en el espacio relacional y contextual, es decir, se concibe a la persona como un ser relacional. Gergen (1991) manifiesta que es en el seno del proceso relacional donde es construido el conocimiento, histórica y culturalmente situado. Es importante señalar, que para que dicha construcción sea posible, es fundamental el uso del lenguaje, ya que a través de éste las personas pueden compartir significados y coordinarse. A su vez, gracias a la coordinación de significados es posible estructurar narrativas que actúan como marcos interpretativos para comprender y otorgar sentido a la experiencia vivida. Para Bruner (1998) la narrativa se ocupa de la condición humana, de cómo las personas se viven la vida; sitúa los acontecimientos y las experiencias en el tiempo y en el espacio, centrándose en particularidades y no en generalizaciones como el pensamiento paradigmático lo hace. La narrativa es única e idiosincrática para cada dominio de existencia, por lo que vivimos simultáneamente en diversas historias y múltiples identidades.

Cabe señalar, que por tanto, lo *narrativo* y lo *sistémico* van inevitablemente de la mano, ya que para contar nuestra vida, dándole sentido al relato, “se requiere un razonar sistémico, se

requiere poder mostrar las relaciones entre los personajes que formaban parte de la historia a contar” (Zlachevsky, 2003, p.49).

El nivel de *modelo intermedio* busca orientar la aplicación de la teoría a la vida cotidiana de personas concretas.

Al comprender, desde la teoría, que el ser humano es un ser social y que habita en el lenguaje, el modelo sistémico centrado en narrativas se define como un enfoque que, como tantos otros, pretende describir al ser humano aquejado por algún sufrimiento en el ámbito terapéutico.

Este modelo entenderá que el problema que lleva a consultar, “reside en la descripción del problema, en los significados asignados a los hechos que se están viviendo” (Zlachevsky, 2003, p.59). A su vez, el problema surge cuando el relato dominante no alcanza o no calza para una experiencia vivida en un dominio de existencia dado; en otras palabras una narrativa puede ser sumamente funcional en un dominio de existencia pero no necesariamente en otro, en un momento del devenir de la vida. En este contexto, la terapia que se sustenta en este modelo buscará co-construir (negociación y re-negociar) significados y relatos alternativos en el dominio de existencia del cual el dolor forma parte a modo que se logre disolver el problema descrito en el lenguaje, eliminar el sufrimiento y abrir nuevas posibilidades.

El nivel *técnico* está conformado por las técnicas o métodos específicos que utiliza el terapeuta en su operar terapéutico.

Es importante mencionar que desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas y bajo el alero de la epistemología constructivista, se entenderá que toda técnica evoluciona y reside necesariamente en el contexto de una relación terapéutica. Las técnicas, desde este enfoque, son consideradas “rituales de co-construcción de significado y, como tales no tienen ningún poder

fuera de los contextos sociales y culturales en los que se forman (...) Una técnica no ‘hace’ nada por una persona; al contrario la persona hace algo con la técnica” (Neimeyer, 1998, p.120). De este modo, no se podrá entender la técnica de manera aislada, sino que será definida como cualquier acción, desarrollada al interior de la relación terapéutica, dirigida a la deconstrucción de aquello que atrapa al sistema consultante y sostiene su sufrimiento. Según el terapeuta narrativo Michael White (1994) “la deconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, esas llamadas *verdades* divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción” (p.29).

Una de las principales acciones que ejecuta el terapeuta Sistémico Centrado en las Narrativas, para lograr la deconstrucción, es la elaboración de preguntas en una posición de genuina curiosidad. Dichas preguntas son formuladas por el terapeuta desde su propio sistema de creencias y significados, y ofrecidas al consultante para que éste reflexione a su vez, desde su propio sistema de significados y logre ampliarlos. De esta manera el desafío para el terapeuta es que la conversación terapéutica y las preguntas realizadas abran nuevos espacios de significación, nuevas posibilidades de sentido, de comprensión que permitan a su vez, otra óptica que no incluya el dolor.

En un primer acercamiento, las preguntas buscarán comprender la coherencia narrativa de la persona que consulta, para ello es fundamental identificar el dominio de existencia en el que emerge el malestar subjetivo. Para ello, Zlachevsky propone dos preguntas claves: ¿desde cuándo? y ¿por qué ahora?. La pregunta *¿desde cuándo?* ayuda al terapeuta a conocer cómo las personas han tomado ciertas posiciones en el dominio de existencia donde el dolor está alojado y cómo han construido ciertas narrativas o explicaciones acerca de los acontecimientos. La pregunta *¿por qué ahora?* le permite al terapeuta distinguir cuál es la amenaza organizacional del

sistema de significados compartidos, qué pasaría si el dolor no estuviera presente. Esta pregunta da por supuesto que existen hechos que podrían perturbar la forma en que se estaba entendiendo y significando el mundo.

Para efectos del presente estudio, se hace necesario además, revisar de manera más específica, la entrevista de re-autoría. Esta práctica se sustenta en la denominada analogía del texto, propuesta por White (1993; 1994) para comprender como los seres humanos construimos y significamos nuestra experiencia a través de relatos. Un relato presenta una estructura compuesta por un panorama de acción y un panorama de conciencia (identidad). El panorama de acción hace referencia a una secuencia de eventos ordenados temporalmente y organizados de acuerdo a una trama; y el panorama de conciencia está constituido por las interpretaciones, significaciones, percepciones (etc.) de los personajes y los lectores (Bruner, 1986, cit. en White, 1994, p.31). Según White (1993; 1994) las narraciones o relatos modelan y tienen efectos en nuestras vidas, en nuestras relaciones y en nuestra identidad. En algunas ocasiones el relato que nos contamos no alcanza a representar suficientemente nuestras vivencias, nos resta posibilidades, nos oprime y/o mantiene la presencia de un problema que nos hace sufrir y nos lleva a consultar a un terapeuta; esto debido a que “no es posible que ninguna historia pueda englobar la totalidad de la experiencia de una persona, pues siempre habrá inconsistencias y contradicciones” (Carey y Rusell, s/f, p.1). Sin embargo, siempre habrá otros relatos disponibles, otros argumentos que puedan ser creados para los eventos de nuestras vidas y que permitan resolver inconsistencias y contradicciones. En palabras de White, los “aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante constituyen una fuente, llena de riqueza y fertilidad, para la generación, o regeneración de relatos alternativos” (White, 1993, p.32). De este modo se entenderá que nuestras experiencias y nuestras identidades no están hechas de una sola historia, si no que

estamos compuestos de múltiples historias que se encuentran disponibles para ser narradas. Es bajo dichos supuestos que la entrevista de re-autoría busca crear las posibilidades para identificar y co-crear argumentos de identidad alternos preferidos y relatos alternativos que se alejen del relato dominante saturado del problema. Durante la entrevista de re-autoría es importante que el terapeuta mantenga una posición interrogante y esté atento a aquellos eventos que contradicen el relato dominante. Luego de describir varios eventos en riqueza y ligarlos entre sí, se contempla la posibilidad del surgimiento de un argumento alterno y con ello la ampliación del nuevo relato alternativo. Durante todo el proceso de entrevista se utiliza un *mapa* que guía la exploración, alternando entre el panorama de acción y el panorama de identidad o de conciencia (Carey y Russell, s/f).

2.2.1 El Nivel Ontológico y la Tríada Inseparable

En el apartado anterior se describieron los diferentes niveles jerárquicos conceptuales involucrados en el enfoque sistémico centrado en narrativas: nivel epistemológico, paradigma, teoría, modelo intermedio y técnicas. Sin embargo, además de los niveles descritos, es primordial considerar que la teoría y práctica terapéutica deben explicitar una clara comprensión del ser humano. En este contexto, la autora propone agregar el nivel ontológico, que busca dar cuenta de “cómo la persona se responde a su propia interrogante de qué es para él o ella lo que define el ser de ‘lo humano` y cómo *actúa* desde esa comprensión” (Zlachevsky, 2015, p.14)

Para responder dicha interrogante, el modelo sustenta sus fundamentos ontológicos en la comprensión de Heidegger. Para este último, el ser es aquello que determina al ente en cuanto ente y el ente que se denomina Dasein (ser-ahí) es el que somos en cada caso nosotros mismos, ambos elementos van siempre juntos, manifestándose el ser en el ente (aunque el ser no es el

ente, ya que lo sobrepasa), pudiendo plantearse que el Dasein es el ahí del ser. De este modo, nunca se puede acceder al ser directamente, sólo se puede acceder a él a través de los entes. Tanto el ser como los entes están en un constante devenir, en un proceso de continuo movimiento (en permanente construcción) por lo que se hace referencia a que el hombre es un ente que está siendo ahí, abierto al mundo y sus posibilidades (da=ahí, sein=siendo). Esta comprensión ofrece la ventaja de visualizar al ser humano como propenso al cambio en el contexto de psicoterapia.

Bajo el alero de los supuestos expuestos surge el modelo XYZ, como una tríada inseparable que incorpora los siguientes existenciales o modos de ser del Dasein: la comprensión y significados (X), la emoción, disposición afectiva o temple anímico (Y), y el discurso o habla del aquí y ahora (Z). A continuación se explicará cada uno de dichos existenciales, entendiendo que solo pueden ser separados en términos intelectuales.

El *comprender* (X) hace referencia a un entender primario (no intelectual), que le permite al Dasein interpretar el mundo, proyectarse hacia el futuro y escoger determinadas posibilidades de ser (siendo en el mundo). El Dasein existe espontáneamente de una manera proyectiva, volcado hacia el futuro, sabiendo de manera preintelectual cómo y dónde dirigir su vida.

La *disposición afectiva* (Y) es un carácter del ser del Dasein, que le permite darse cuenta que está vinculado con el mundo, en tanto éste le importa y le afecta.

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

En el ámbito de la terapia, la triada inseparable se traduce de la siguiente manera: Cuando alguien viene a consultar trae una explicación (X) sobre la naturaleza problemática de un suceso. Dicha explicación va unida a la aparición de una reacción afectiva ingrata (Y) que surge a partir de un evento (Z) perturbador que se ha experimentado

De manera gráfica, el problema psicológico se co-construirá de la siguiente manera:

- **X:** explicación que entiende el terapeuta, a partir del proceso de comprensión e interpretación de lo expresado por el sistema consultante, producto de su forma de significar el fenómeno.
- **Y:** emoción displacentera que trae a consultar al sistema consultante
- **Z:** hace referencia al suceso crítico no esperado, el evento que algo cambió en algún dominio de existencia. Responde a la pregunta ¿por qué ahora?

La ventaja de trabajar con el esquema descrito, en psicoterapia, está puesta en la posibilidad de seguir un hilo conductor que oriente qué preguntar y hacia dónde dirigir la interacción terapéutica, así como lograr una comprensión más ordenada acerca del problema. Ya que, como plantea Zlachevsky (2015), por lo general los terapeutas “nos perdemos en la maraña de las redes de conversación sobre lo que a alguien le ocurre, no sólo porque la persona no lo tiene claro, sino que porque cuando alguien va a consultar todo parece importante en la vida de esa persona y relacionado con el problema” (p.42).

2.2.2 La Propuesta Social y el Ejercicio de la Psicoterapia

El Dasein tal como fue descrito en los párrafos anteriores, es un ser que se manifiesta de la forma en que aprendió a vivir la vida, estando inserto en una determinada propuesta social de la que no puede desprenderse.

La propuesta social nace en el seno de una cultura específica y determina la construcción de ciertos significados y relatos y no otros, actuando como el contexto que da sentido a nuestra forma de significar el mundo (White y Epston, 1993).

White (1994) plantea que las historias que forman parte de la vida de las personas están inevitablemente estructuradas por los conceptos culturales dominantes. Zlachevsky (2003) manifiesta que toda “organización de significados compartidos que configura una red de conversaciones está, a la vez, inserta en una red mayor de significados, la que puede ir ampliándose hasta llegar a la macro red de significaciones que conforma lo que la propuesta social nos impone, la de las verdades normalizadoras” (p. 7). White y Epston (1993) plantean que las verdades normalizadoras se construyen o producen en el funcionamiento del *poder* por lo que tienen efectos positivos y constitutivos en la vida de las personas.

Al plantear que toda construcción de relato y significado, está inserta en la propuesta social en la que nos desenvolvemos y determinada por los discursos dominantes; es posible decir que vivimos de alguna manera presos en una tela de araña de poder/conocimiento o en una cárcel de nuestras propias creencias, las que constriñen nuestro comportamiento y nuestras formas de significar en los distintos contextos en los que nos desenvolvemos (White y Epston, 1993; Zlachevsky, 1998).

“Insertos en esa propuesta social vivimos constreñidos a nuestra capacidad para generar significados, a nombrar lo que vemos de una cierta manera, a distinguir ciertos hechos y no otros, a significar de una forma y no de otra el comportamiento de los demás y el de uno mismo, a relacionarse de cierta forma con algunas personas y no con otras, a construir una forma de entender la vida y de conferir significado a ello” (Zlachevsky, 1998, p.3).

Así, en el ejercicio de la psicoterapia no será posible la co-construcción de cualquier significado, ni tampoco ofrecer al consultante cualquier explicación; ya que sólo se podrá co-construir significados que adquieran sentido para el consultante en coherencia con su sistema social de significados disponible; por lo tanto sólo se podrá perturbar el sistema consultante. A su vez, en la psicoterapia, no se puede pretender salir o escapar de la propuesta social más amplia y de las relaciones de poder que se establecen culturalmente (por ejemplo, el poder atribuido socialmente al terapeuta) ya que éstas inevitablemente nos constituyen y actúan permanentemente como contexto de significación. Sin embargo, se invita a los terapeutas a ser conscientes de dichos contextos. White y Epston (1993) proponen trabajar en identificar el contexto de las ideas en las que las prácticas terapéuticas están situadas, y explorar la historia de esas ideas, ya que esto permitiría identificar más rápidamente los efectos, peligros y limitaciones de estas ideas y de las prácticas. A su vez, plantean que “los terapeutas debemos mostrarnos cautos a la hora de situar nuestras prácticas en los discursos ´de verdad` de las disciplinas profesionales, aquellos discursos que proponen y defienden explicaciones de realidad objetiva respecto de la condición humana” (White y Epston, 1993, p.44).

Al considerar que las verdades normalizadoras construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear su vida, identidad y relaciones de una manera determinada, y que esta manera en ocasiones no es la preferida y que actúa de forma opresiva manteniendo el problema que lleva a consultar; y conociendo además que dentro de la propuesta social están también presentes los discursos alternativos no-dominantes o discursos marginales. En la psicoterapia se observa la oportunidad de deconstruir los discursos dominantes y las verdades normalizadoras. Morgan (2000) define la deconstrucción en la Terapia Narrativa como el ´desarmar` o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están

fortaleciendo al problema y a la historia dominante. Finalmente, al deconstruir los relatos dominantes se presenta la oportunidad de reconocer e integrar aquellos relatos marginados, que si bien siguen estando insertos en la propuesta social más amplia de manera más oculta, pueden llegar a ser más habilitadores y abrir nuevas posibilidades para el consultante.

2.2.3 Vínculo Terapéutico y Postura del Terapeuta

Desde el punto de vista ontoepistemológico y teórico en el que se sostiene la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, se considerará a cada participante del proceso terapéutico, (terapeuta y consultante) como un Dasein, que está siendo en el aquí y el ahora, al interior de un dominio de existencia determinado: la relación terapéutica. Terapeuta y consultante aportarán sus propios significados y narrativas al proceso terapéutico, construyendo una relación en la que ambos esperaran ciertos comportamientos del otro.

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

Cabe señalar que al poner la objetividad entre paréntesis, se considera que la posición o “verdad” del consultante es igualmente válida que la del terapeuta, lo que otorga características de horizontalidad a la relación terapéutica. En este contexto, el terapeuta ya no es considerado un

experto que sabe lo que le ocurre al sistema consultante. El terapeuta solo se considera experto en hacer preguntas a partir de una perspectiva de “no saber”; desde una posición de genuina curiosidad. De este modo, el rol del terapeuta es el de un artista conversacional, capaz de llevar a cabo una intervención de tipo ortogonal, al realizar preguntas que buscan gatillar en el sistema consultante reflexiones alternativas, aunque siempre congruentes con sus propias creencias. El terapeuta co-construye junto al consultante nuevas significaciones o comprensiones del mundo, aperturando nuevas posibilidades respecto de aquello que aqueja al consultante. En este punto, es importante destacar la posición respetuosa del terapeuta Sistémico Centrado en Narrativas respecto de lo que el sistema consultante desea trabajar en psicoterapia. Quien decide lo que le es doloroso es el sistema consultante, nunca el terapeuta. En el caso de quienes consultan, son ellos quienes definen lo que los trae a consultar, es decir, son ellos —y desde ellos—, los que deciden qué quieren cambiar y qué quieren mantener. El terapeuta Sistémico Centrado en Narrativas nunca sabe más que el sistema consultante. De este modo se puede considerar al consultante como experto en su propia vida.

Finalmente es importante mencionar, que la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, busca construir un vínculo terapéutico, que permita un encuentro humano, íntimo, seguro y sustentado en la confianza. En palabras de Zlachevsky (2015): “Esa confianza emerge en un encuentro humano *Yo-Tú*, íntimo, sincero, cara a cara, en el que los ojos traslucen el emocionar sin restricciones, el otro se siente seguro de relatar lo que le acontece, se siente con la libertad que le brinda el saber que será ‘bien’ interpretado. El terapeuta, a su vez, se siente con la libertad de preguntar, de conversar, sabiendo que sus preguntas y aseveraciones serán bien entendidas” (p.27).

III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Como fue planteado anteriormente, la presente investigación se posiciona desde una mirada crítica respecto del tradicional abordaje en adicciones y recaídas, al considerar que el enfoque en el que se sustenta presentaría ciertas deficiencias: visión drogocentrista, invisibilización de la particularidad del consultante y su historia biográfica, y la focalización en el déficit y el control de síntomas, despreocupándose de otros aspectos que podrían ser relevantes para el consultante y su proceso terapéutico.

Es por lo anterior, que el presente estudio busca explorar los efectos del abordaje en adicciones y recaídas desde una mirada postmoderna, para potencialmente convertirse en una propuesta alternativa que favorezca el trabajo en la temática, desde un enfoque centrado en recursos y en la historia biográfica de cada consultante. Para dar respuesta a esto se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el proceso de cambio de la narrativa que atrapa al sistema consultante en el dolor?

IV. OBJETIVOS

Para responder a la pregunta de investigación planteada en el apartado anterior se han formulado los objetivos que se expresan a continuación.

4.1. Objetivo General

Describir el proceso de cambio de la narrativa que atrapa al sistema consultante en el dolor.

4.2. Objetivos Específicos

Describir las narrativas que atrapan al sistema consultante en el dolor.

Describir el proceso de intervención orientado a la deconstrucción de la narrativa que atrapa al sistema consultante en el dolor.

Reflexionar acerca de las implicancias y efectos del proceso a futuro en el contexto del proceso de rehabilitación por adicciones.

V. ABORDAJE METODOLÓGICO

5.1 Fundamentos Ontoepistémicos

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

En palabras de Guba y Lincoln (2002) el paradigma constructivista propone una ontología relativista, en contraparte a la ontología realista del positivismo. Es decir, desecha la idea de la existencia de una realidad aprehensible, impulsada por leyes y mecanismos naturales inmutables. Y propone que la realidad existe en forma de construcciones múltiples, locales, específicas y alterables, fundamentadas social y experiencialmente, y que dependen en su forma y contenido de las personas que las mantienen. De este modo, las construcciones no serían más o menos “verdaderas”, si no que existirían varios versos igualmente válidos en el multi-verso, como Maturana (1992) lo expresa.

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

El constructivista elige la subjetividad, no solamente porque es inevitable al no poder acceder a una realidad objetiva; sino porque es justamente allí donde se pueden descubrir las construcciones de los individuos. Si la "realidad" es construida intersubjetivamente, será entonces la interacción subjetiva la forma indicada para acceder a ella. En otras palabras, el

investigador y el objeto de investigación se vinculan interactivamente de tal forma que los “hallazgos” son creados al avanzar en la investigación (Guba y Lincoln, 2002).

En palabras de González-Rey (2006) al acercarse a una visión constructivo-interpretativa del conocimiento, este se asume “como una producción, y no como la aprehensión lineal de una realidad que se nos devela. La realidad es un dominio infinito de campos interrelacionados, independiente de nuestras prácticas, sin embargo, cuando nos aproximamos a ese complejo sistema a través de nuestras prácticas, en este caso la investigación científica, formamos un nuevo campo de realidad, donde estas prácticas se tornan inseparables de los aspectos sensibles a ellas en la realidad estudiada. Son precisamente estos los aspectos susceptibles de ser significados en nuestra investigación” (p.23).

En conclusión, bajo este paradigma, todo conocimiento será entendido como una construcción acerca del cual hay un consenso relativo y no como una hipótesis verificada que puede ser aceptada como hecho y ley. El propósito de la investigación no será la explicación, la predicción y el control de los fenómenos, si no que se buscará la comprensión de las construcciones que la gente sostiene. Y finalmente, el rol del investigador no será el de un “experto” que se encuentra en una posición neutral y privilegiada, si no que jugará el papel de participante y facilitador a lo largo del proceso (Guba y Lincoln, 2002; González-Rey, 2002).

5.2 Metodología Cualitativa

Dadas las características y el propósito del presente estudio, se ha escogido la metodología cualitativa como la más indicada. Ya que ésta permite abrir caminos hacia la interpretación y comprensión de los significados obtenidos y de la experiencia humana.

Taylor y Bodgan. (1986) definen la metodología cualitativa como “la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p.20).

Orozco (1996) define la investigación cualitativa como “un proceso de indagación de un objeto al cual el investigador accede a través de interpretaciones sucesivas, con la ayuda de instrumentos y técnicas, que le permiten involucrarse con el objeto para interpretarlo de la forma más integral posible” (p.70).

A continuación se describirán las características de la metodología cualitativa que se aplican a la presente investigación (Taylor y Bodgan, 2002; González-Rey, 2006):

- **Es Inductiva.** La presente investigación sigue un diseño flexible, inicia el estudio con una interrogante sólo vagamente formulada relativa al trabajo en adicción desde una visión postmoderna. Las hipótesis tienen un carácter emergente y no preestablecido, y por lo tanto, las mismas evolucionarán dentro de una dinámica generativa y no lineal verificativo, lo que significa que cada hallazgo o descubrimiento, en relación con ellas, se convierte en el punto de partida de un nuevo ciclo investigativo dentro del mismo proceso de investigación.
- **Es Holística.** Esta investigación considera a la participante del estudio (consultante) como un todo integral que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación; y no como reducible a variables.
- **Es Naturalista.** La investigadora del presente estudio interactúa con la participante (consultante) de un modo natural y no intrusivo, tratando de comprenderla dentro del marco de referencia de ella misma y su particular historia biográfica.

- ***Es Comprensiva.*** Esta investigación no busca generar explicaciones o predicciones acerca de la realidad social, si no que busca comprenderla, como fruto de un proceso histórico de construcción visto a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, por ende, desde sus aspectos particulares y con una óptica interna.

5.3 Diseño de Investigación

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

Según Stake (1995) el estudio de caso “es el estudio de la particularidad, no la generalización, y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias (...) el caso es algo específico, algo complejo en funcionamiento” (p.8).

Se considera que el estudio de caso es la estrategia metodológica más adecuada para la presente investigación, ya que permite acercarse a la riqueza y la particularidad del caso, desde una perspectiva comprensiva, sin buscar generalizaciones.

5.4 Criterios de Rigor en la Investigación Cualitativa

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

5.4.1 Credibilidad

Este criterio es paralelo al de validez interna, y hace referencia a la similitud entre las realidades construidas por los participantes en el proceso y las reconstrucciones del evaluador atribuidas a ellos. Para Guba y Lincoln (1989; cit. en Hidalgo, 2005), la credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones con los participantes del estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

Para dar cumplimiento a lo anterior la terapeuta/investigadora busco captar e insertarse en el mundo de la consultante de la manera más cercana posible, a través de una postura atenta, reflexiva, empática y participativa. Además a lo largo de todo el proceso terapéutico se fue corroborando si la comprensión que lograba la terapeuta/investigadora, era coherente con lo que la consultante intentaba transmitir, en otras palabras se realizó una permanente negociación de significados.

5.4.2 Transferibilidad

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

En la presente investigación, con el objetivo de cumplir este criterio, se ha realizado una descripción detallada de manera escrita, de las características de la consultante, del proceso

llevado a cabo, de los resultados y el contexto en que se desarrolló el proceso terapéutico e investigativo, a través de un lenguaje narrativo y en consideración de los propios relatos que emergen en el proceso.

5.4.3 Dependencia o Confiabilidad

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

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

5.4.4 Confirmabilidad

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

Para cumplir este criterio, la terapeuta/investigadora llevo un cuaderno de apuntes, en el que registró en detalle los datos y conversaciones que surgieron a lo largo del proceso terapéutico, así como sus propias reflexiones.

5.5 Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información

En la presente investigación, la recolección de información se realizó de manera metódica, a través del registro escrito de la descripción de las cinco sesiones de psicoterapia realizadas y una conversación telefónica de seguimiento.

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

- Identificación del consultante.
- Análisis del motivo de la consulta.
- Historia del problema.
- Análisis y descripción de las conductas problemáticas.
- Establecimientos de metas y objetivos terapéuticos.
- Selección de los tratamientos más adecuados.
- Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos.
- Aplicación de los tratamientos.
- Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos.
- Seguimiento.

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

y en coherencia con las bases ontoepistemológicas del modelo Sistémico Centrado en Narrativas, utilizado en el caso.

5.6 Tipo de Análisis hermenéutico

En la presente investigación se ha definido el análisis hermenéutico como el más adecuado y pertinente para responder a los objetivos de ésta. Este tipo de análisis se enmarca en el paradigma interpretativo comprensivo y se utiliza ampliamente para el análisis de datos textuales en las ciencias sociales. El análisis hermenéutico supone un rescate de los elementos del sujeto por sobre aquellos hechos externos a él, toma como eje fundamental el proceso de interpretación, es inductivo y considera la individualidad, particularidad e historia del sujeto (Cárcamo, 2005).

En general, los autores que se han referido al análisis hermenéutico coinciden en poner énfasis en la experiencia humana, el carácter histórico y el dialógico como elementos fundamentales para alcanzar el proceso de interpretación-comprensión (Cárcamo, 2005). Según Gadamer (1998, cit. en Rodríguez, 2002, p.2) “la hermenéutica es la herramienta de acceso al fenómeno de la comprensión y de la correcta interpretación de lo comprendido... comprender e interpretar textos no es sólo una instancia científica, sino que pertenece con toda evidencia a la experiencia humana en el mundo”. A su vez Echeverría (1997, cit. en Cárcamo, 2005) define la hermenéutica como el arte del entendimiento. Según él “la situación propia del entendimiento es la de una relación dialogal, donde hay alguien que habla, que construye una frase para expresar un sentido, y donde hay alguien que escucha. Este último recibe un conjunto de palabras para, súbitamente, a través de un misterioso proceso, adivinar su sentido”(p.206).

En dicho escenario el análisis hermenéutico plantea el desafío de no pretender una posición de neutralidad u objetividad, ya que se asume que todo sujeto que interpreta una *realidad* para la

generación de un texto determinado y aquel que lo re-interpreta estarán inevitablemente condicionados por factores individuales (prejuicios, valores, preopiniones, etc.) y el contexto histórico que les rodea. Así, se entenderá el proceso de análisis hermenéutico en permanente apertura, en permanente proceso de construcción, producto de la actividad re-interpretativa de la que es fruto. “Así, dicha re-interpretación no es pura referencia al texto, sino que a la interpretación de la interpretación que hace el autor respecto a un fenómeno determinado” (Cárcamo, 2005, p.211).

De este modo, se asumirá que los resultados que surjan del análisis hermenéutico realizado en el marco del presente estudio, estarán enriquecidos por los procesos interpretativos y los contextos históricos tanto de los participantes como de la investigadora.

5.7 Descripción de Estudio de Caso

El presente apartado permite dar cuenta de los objetivos específicos de la investigación, planteados anteriormente.

El caso que se presenta, fue abordado en un contexto de consulta privada. Si bien la primera entrevista se realiza en una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Rancagua, el resto del proceso se desarrolla en una consulta particular, sin costo alguno para la consultante, quien accede de manera voluntaria a participar en la presente investigación.

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

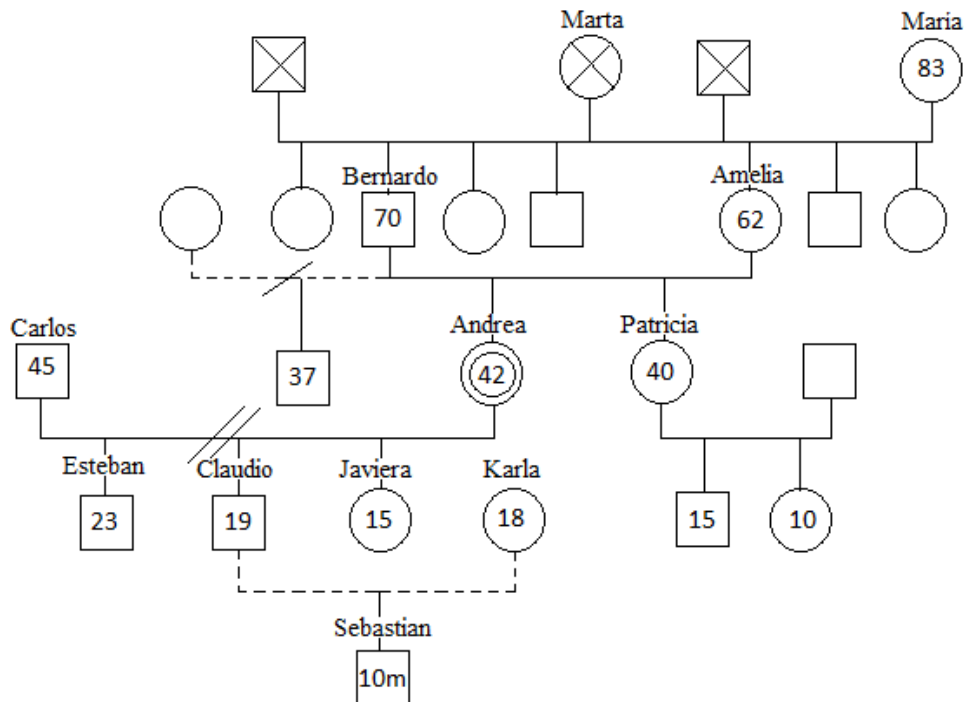
5.7.1 Identificación de la Consultante

Andrea tiene 42 años, es separada y posee enseñanza media completa. Vive en la ciudad de Rancagua y hace dos años trabaja como vendedora en una tienda de artículos de casa y decoración, encontrándose hace un mes con licencia médica.

Es hija de Bernardo (70 años) y Amelia (62 años), es hermana mayor de Patricia (40 años) y tiene un medio hermano por parte de padre, quien nace de una relación de infidelidad de él, con quien Andrea nunca ha mantenido relación.

Actualmente tiene tres hijos: Esteban (23 años), Claudio (19 años) y Javiera (15 años). Esteban es estudiante de derecho en una Universidad de la ciudad de Talca, Claudio se encuentra desempleado y Javiera estudia en segundo medio, en un Liceo de Rancagua. Además tiene un nieto de 10 meses (Sebastián) por parte de su hijo Claudio, quien vive con la madre y la familia de ésta.

Genograma



Andrea refiere que actualmente mantiene una buena relación con sus padres. Los describe como un pilar fundamental, ya que le apoyan tanto emocional como económicamente cuando lo necesita.

En cuanto a la relación con sus hijos, refiere que tiene una buena relación con su hijo mayor y su hija menor: “no me dan mayores problemas”. Dice que su hijo mayor estudia y trabaja a la vez, y que es alguien muy cercano a la iglesia evangélica. En cuanto a su hija manifiesta que son “bien amigas”, conversan mucho y se apoyan en los quehaceres de la casa. Es en la relación con su hijo del medio, donde se presentarían actualmente las dificultades; las que son descritas en mayor detalle más adelante.

En torno a la relación con el padre de sus hijos, dice que no ha mantenido mayor contacto con él, después de la separación. Sin embargo, se han tenido que encontrar en algunas instancias de mediación familiar, lo cual ha sido “incómodo” para ella.

5.7.2 Antecedentes Generales

En cuanto a la historia de vida de Andrea, cabe señalar que ella recuerda una infancia “con altos y bajos”. Dice “tener recuerdos bonitos, pero también algunos recuerdos muy dolorosos”. En relación a esto último, relata haber sufrido dos episodios de abuso sexual a los 9 años por parte de un hombre, que en aquella época era considerado un amigo de la familia. A los 15 años de edad, Andrea le devela a su madre el abuso sexual sufrido en la infancia, motivada por la aparición de recuerdos invasivos, después de que comienza a acercarse la posibilidad de mantener relaciones sexuales con su primer pololo. Su madre, acoge su relato y lamenta el evento sufrido, sin embargo, le ruega que no le comenten al padre, por temor a su reacción. Es importante mencionar que el hombre que ejerció el abuso ya se encontraba alejado de la familia

hace algunos años. La reparación de las consecuencias del abuso fue trabajada en el proceso de tratamiento anterior de Andrea.

Por otro lado, Andrea tiene recuerdos del consumo excesivo de alcohol por parte de su padre y la violencia física y psicológica que ejerció hacia su madre en estas condiciones. Cuenta que su padre dejó el consumo cuando ella tenía 14 años aproximadamente, gracias a la presión que ejerció su madre en aquella época.

Después de terminar el colegio, a los 18 años, Andrea queda embarazada de su primer hijo, dicho embarazo la lleva a tomar la decisión de formalizar su matrimonio con Carlos, padre de sus hijos. La pareja vive en la casa de los padres de Andrea durante los tres primeros años de vida de su hijo mayor.

Cuando Andrea queda embarazada de su segundo hijo (Claudio), a los 22 años de edad, la familia nuclear se va a vivir a un departamento que compran. Es en este contexto donde se habrían iniciado los episodios de violencia de pareja en su contra, psicológica y física (cachetadas, golpes y empujones). Según refiere la consultante la violencia se habría iniciado con críticas acerca de su desempeño como dueña de casa, luego se habría ido agravando al punto de cuestionar y controlar todo su comportamiento, llegando a los golpes. Frente a este escenario, Andrea dice que reaccionaba de la siguiente manera: *“me quedaba callada, agachaba el moño y hacía todo lo que él me pedía, me daba mucho miedo su reacción, que me fuera a hacer algo a mi o a los niños”*.

A los 26 años de edad de Andrea, nace Javiera, su hija menor. Cuando Javiera tenía 9 años, la consultante inicia el consumo de pasta base de cocaína, acompañada y motivada por una vecina. Andrea refiere que se mantuvo en el consumo con el objetivo de no pensar en los recuerdos dolorosos del abuso que vivió cuando niña y los malos tratos que aún sufría por parte

de su esposo y que se habían agravado, dice “la droga era como una anestesia para mí”. Dicha explicación la obtuvo de su primer tratamiento psicoterapéutico.

Después de mantenerse casi tres años en consumo, decide dejarlo, motivada por un accidente que sufre su hija menor al quemarse con agua hirviendo, mientras ella se encontraba drogada. Debido a este acontecimiento los padres de Andrea se enteran de su problema de consumo y la ayudan a iniciar un tratamiento en una comunidad terapéutica de la ciudad de Rancagua, siendo dada de alta hace 2 años, después de 1 año de tratamiento.

Cabe señalar que durante el proceso de tratamiento descrito, Andrea toma la decisión de separarse definitivamente de Carlos, concretándolo hace 2 años y medio aproximadamente.

5.7.3 Análisis del Motivo de Consulta

Andrea es derivada el día 7 de julio de 2016, por un médico general de un Centro de salud privado de Rancagua a una Comunidad Terapéutica de la misma comuna, para evaluar la necesidad y pertinencia de un tratamiento intensivo para el consumo de drogas. El médico informa, que Andrea se encuentra en tratamiento farmacológico (sertralina 50 mg 1-0-0 y zopiclona 7,5 mg 0-0-1) por diagnóstico de depresión y con licencia médica. Además refiere que ha presentado intenso deseo de consumo y síntomas de abstinencia después de que se vio expuesta al consumo de su hijo, hace tres meses. Es importante mencionar que la consultante se ha mantenido sin consumo de drogas durante 2 años y medio.

Al momento de la primera entrevista psicológica, Andrea se encuentra casi con un mes de licencia médica y tratamiento farmacológico. En esta entrevista manifiesta el siguiente motivo de consulta:

Me mandó el doctor, porque estoy con mucho craving, porque mi hijo ha estado fumando dentro del departamento y el olor de la pasta me conecta... Yo necesito este tratamiento para fortalecerme...para ayudar a mi hijo (...) Yo no quiero que mi hijo caiga en lo mismo que yo (...) Lo que yo necesito es ayudar a mi hijo, y no sé cómo.

Al explorar qué sentimientos genera la situación descrita, Andrea logra identificar los sentimientos de pena y culpa: *Tengo pena de ver a mi hijo metido en esto, me da mucha pena que se esté haciendo daño (...) también me siento culpable, si yo no me hubiera metido en la droga, nada de esto estaría pasando (...) Yo no he sido una buena madre para él.*

5.7.4 Historia del Problema

Durante la primera entrevista Andrea manifiesta que el problema se inició hace tres meses aproximadamente, al descubrir que su hijo estaba consumiendo pasta base en el departamento que habitan. Relata que cuando sintió el olor de la droga, apareció en ella un intenso deseo de consumo, y luego el sentimiento de culpa y pena al ver que su hijo se estaba involucrando en lo mismo que ella en el pasado. Surge el deseo de ayudarlo, realizando algunas acciones que no han tenido el resultado esperado por ella, que su hijo suspenda el consumo, aumentando más aún los sentimientos de culpa y pena y la idea de no ser una buena madre.

Relata que los episodios de consumo de su hijo en el departamento se han repetido en dos ocasiones más; además se ha dado cuenta que está consumiendo fuera del hogar cada vez más seguido. Andrea dice que estaba al tanto del consumo de marihuana de su hijo, pero que nunca imaginó que estaría fumando pasta base, hecho que evalúa de mayor gravedad y riesgo; basándose en su propia experiencia.

Lo descrito comenzó a interferir en la vida de Andrea, generando otras alteraciones físicas y psicológicas, (insomnio, desgano, bajo ánimo y alteración del apetito) que la llevan a consultar en primera instancia a un médico. Cuando el médico le plantea la posibilidad de recibir apoyo psicoterapéutico, ella accede con la intención de fortalecerse para ayudar a su hijo en el problema de drogas.

5.7.5 Análisis y Descripción de las Conductas Problemas

A partir de los relatos de Andrea, se puede desprender la importancia que le otorga ella a la maternidad; y el malestar subjetivo que le genera el hecho de no percibirse una buena madre.

Cuando ella se involucró en el consumo de droga, logró constatar, en el contexto del tratamiento anterior, el daño que les hizo a sus hijos, al no otorgarles las condiciones óptimas para su desarrollo y bienestar. El sentimiento de culpa de aquella época, lo logra suprimir, con apoyo de un tratamiento y la realización de acciones reparatorias, como la suspensión definitiva del consumo, tiempos de calidad con sus hijos, la finalización de su relación de pareja en la que sus hijos eran testigos de violencia de pareja y la búsqueda de un trabajo para satisfacer las necesidades económicas de sus hijos.

Sin embargo, el sentimiento de culpa re-aparece y se suma a la pena (malestar subjetivo), cuando descubre que su hijo está consumiendo pasta base de cocaína, concluyendo que “no ha sido una buena madre” y que es responsable directa del consumo de su hijo. Esto debido a que ella suele a explicarse que cualquier conducta negativa que establezcan los hijos (incluido el consumo de drogas) es consecuencia del mal actuar de la madre y del mal ejemplo que ésta le otorgue.

Cabe señalar que Andrea describe una serie de conductas que ha llevado a cabo con la intención de que su hijo perciba que ella está siendo una buena madre, “se sienta bien y deje la pasta”. Entre dichas conductas se encuentra la resolución de todo problema y necesidad que presente su hijo: cubrir gran parte de las necesidades económicas de su hijo y nieto, interceder con su nuera para que Claudio vea a su hijo, buscarle trabajo, hacer aseo en su dormitorio, cocinarle sus comidas favoritas, entre otras cosas.

Sin embargo, dichas conductas no han tenido el efecto deseado por Andrea, manteniéndose así su malestar subjetivo.

5.7.6 Establecimiento de las Metas del Tratamiento

El objetivo de la terapia Sistémica Centrada en Narrativas, será co-construir una nueva narrativa, que emerja desde las propias creencias del consultante y que logre disolver el problema descrito en el lenguaje (la explicación “he sido tan mala madre que ahora mi hijo también consume”) y por lo tanto abrir posibilidades y disminuir el malestar subjetivo.

Por lo tanto, desde este modelo, las metas del tratamiento no se definen a priori, si no que se van co-construyendo entre el terapeuta y el consultante, a medida que emergen las explicaciones acerca del problema que lleva a consultar.

En el caso “Andrea” considerando el motivo de consulta, se buscó explorar, desde una posición de curiosidad, las explicaciones de la consultante acerca de lo sucedido con el consumo de su hijo, y ampliar los significados para construir una nueva narrativa que abra posibilidades y disminuya la emoción displacentera de culpa.

5.7.7 Selección del Tratamiento más Indicado

En el presente estudio se ha seleccionado la Terapia Sistémica centrada en las Narrativas para el abordaje del caso a trabajar. Es importante señalar que desde esta terapia no se definen técnicas específicas a priori, que dependan de determinadas categorías diagnósticas u otros criterios generales. Es decir, las intervenciones que se sustentan en este tipo de terapia, no son universales o replicables, si no que buscan centrarse en la particularidad de cada proceso. Según Neimeyer (1998) “todos los métodos, todas las técnicas y todas las formas de intervención evolucionan y residen necesariamente en el contexto de una relación dada en un tiempo y lugar dados”.

Por lo tanto, cada intervención que se sustenta en la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, se va negociando en el lenguaje, al interior de la relación terapéutica, entre terapeuta y sistema consultante, siendo ambos considerados agentes activos en el proceso de co-construir nuevas comprensiones y posibilidades.

En este contexto, se entenderá que es el consultante el experto en su propia vida. Y el terapeuta solo podrá ser considerado un experto en hacer preguntas desde una perspectiva de “no saber”, de genuina curiosidad, sin dar nada por supuesto. De este modo el terapeuta adoptará una posición de permanente reflexión e interpretación, a medida que va co-construyendo significados con el consultante, dentro del proceso terapéutico.

5.7.8 Selección y Aplicación de las Técnicas de Evaluación y Resultados Obtenidos

Desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, la evaluación de los resultados es realizada por el propio sistema consultante, a medida que se desarrolla el proceso terapéutico, sesión a sesión. Dicha evaluación se sostiene en criterios propios del consultante, respecto de la

disminución de su malestar subjetivo, la amplificación de explicaciones y la construcción de una nueva narrativa.

5.7.9 Aplicación del Tratamiento

En el presente apartado se describirán las cinco sesiones de terapia, desarrolladas con la consultante, explicitando la fecha, duración y lugar en que se ejecutó. Además se realiza una descripción general de cada sesión y las acciones terapéuticas llevadas a cabo.

- ***Sesión 1***

Fecha: 3 de agosto 2016.

Lugar: Box atención de Comunidad Terapéutica.

Duración: 50 minutos.

Descripción General de la Sesión: La primera sesión consistió en conocer a la consultante, su motivo de consulta y la historia del problema; co-construyendo la hipótesis de trabajo. A su vez, se exploran las características de su actual problema con el consumo de drogas para evaluar la necesidad de tratamiento intensivo en la Comunidad Terapéutica que consulta.

Al finalizar la sesión se realiza una breve conversación de re-autoría y luego se le invita a seguir un proceso psicoterapéutico en otra dependencia privada, sin costo, ya que su problemática actual relativa al consumo no cumple el perfil para realizar un tratamiento intensivo en la Comunidad Terapéutica a la que fue derivada.

Acción Terapéutica: En una primera instancia se co-construye la hipótesis de trabajo que guía todas las sesiones del proceso terapéutico y que se expone a continuación del siguiente diálogo terapéutico:

Terapeuta: *¿En qué sentido necesitas ayudar a tu hijo?*

Consultante: *Yo no quiero que mi hijo caiga en lo mismo que yo (...) La pasta base es terrible...necesito sacarlo...De verdad que esta situación me tiene histérica... Desde la primera vez que el Claudio fumo en el departamento, que no puedo dormir en la noche, me la llevo pensando y pensando... y en el día no tengo ganas de hacer nada...Me muero de pena de saber que mi hijo está metido en la pasta...*

Terapeuta: *¿Me podrías explicar un poco más con qué tiene que ver esa pena que sientes?*

Consultante: *Tengo pena de ver a mi hijo metido en esto, me da mucha pena que se esté haciendo daño (...) También me siento culpable, si yo no me hubiera metido en la droga, nada de esto estaría pasando...*

Terapeuta: *¿A qué te refieres con eso de que si no te hubieras metido en la droga, nada de esto estaría pasando?*

Consultante: *Es que yo no he sido una buena madre para él (...) Cuando estuve metida en la pasta deje bien botados a mis hijos, a veces ni siquiera les hacía almuerzo a los pobrecitos, por estar fumando...*

Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ:

X (explicación): “he sido tan mala madre que ahora mi hijo también consume”.

Y (emoción): culpa

Z (acción): consumo de su hijo en el departamento.

Por qué ahora: Andrea estaba al tanto que su hijo consumía marihuana, sin embargo, hace tres meses lo descubre fumando pasta base de cocaína en el hogar común.

Dominio de existencia en el que aloja el dolor: relación madre-hijo

En los últimos momentos de la sesión se realiza una breve conversación de re-autoría con el objetivo de iniciar el proceso de deconstrucción de la narrativa de “ser mala madre”. Se exploran los panoramas de acción y de conciencia respecto de un episodio específico experimentado por Andrea, con el objetivo de rescatar relatos que se encuentran marginados y que son más nobles respecto de su identidad de madre.

Para comenzar la terapeuta busca generar la distinción de un logro aislado para una posterior renarración de los eventos a través del desarrollo de un relato alternativo a través de la siguiente intervención:

Terapeuta: *Me contabas que cuando sentiste el olor a pasta base, el craving fue muy fuerte, y que fue difícil para ti controlar las ganas de consumir. ¿Qué hiciste en ese momento, para no consumir?* (pregunta dirigida al panorama de acción y búsqueda de recursos).

Consultante: *Tenía tantas ganas de consumir que me encerré en el baño a vomitar, después me fui a mi pieza y a pesar de que el dolor de guata era intenso, me aferré a una biblia y una fotografía de mis hijos que tengo en mi velador.*

Luego, con el fin de conectar dicho logro aislado con los compromisos valóricos que movilizaron su actuar, se le pregunta

Terapeuta: *qué pensaste en esos momentos* (pregunta dirigida al panorama de conciencia).

Consultante: *pensé en mis hijos, en lo mal que lo pasaron por mi culpa...en lo difícil que fue salir de la droga y en que no quiero meterme nuevamente en lo mismo...porque no los quiero volver a dañar, son lo más importante para mí.*

Posteriormente la terapeuta resalta y enriquece el relato que hace referencia a las intenciones y compromisos valóricos de la consultante.

Terapeuta: *puedo ver toda la fuerza y todo lo que luchaste para no llegar a consumir y pienso en lo importante que fue para ti pensar en tus hijos y en lo mucho que los amas y en las ganas que tienes de cuidar de ellos, aunque a veces se hace difícil... ¿qué crees que dice eso de ti...cómo mujer, como mamá?* (pregunta dirigida al panorama de conciencia).

Consultante (con lágrimas en los ojos): *yo amo a mis hijos por sobre todas las cosas y que aunque a veces me cuesta, hago todo lo posible por cuidarlos, quiero que ellos sean felices.*

Terapeuta: *Eso habla muy bien de ti como mamá, de las buenas intenciones que tienes hacia tus hijos, y las acciones de cuidado que tienes hacia ellos.*

La intervención permite que Andrea sostenga una imagen de sí misma desde los actos de reparación realizados en el pasado sustentados en el ser buena madre. El contacto con esta imagen más positiva, le permite tranquilizarse y decide continuar el proceso terapéutico.

Esto se ve reflejado en la siguiente frase:

Consultante: *Uf... me hizo bien conversar... me siento un poco más tranquila, como más en paz conmigo misma...me hará bien continuar con esto.*

- **Sesión 2**

Fecha: 10 de agosto 2016.

Lugar: Box de atención en centro privado.

Duración: 50 minutos.

Descripción de la sesión: Se inicia la sesión invitando a la consultante a leer el consentimiento informado, ella accede a firmarlo y a aportar con su proceso terapéutico a la presente investigación.

Acción terapéutica: Desde la curiosidad, se explora en detalle el contexto y las circunstancias que rodean actualmente a Claudio, con el objetivo de amplificar la comprensión en torno a los motivos de su consumo. A partir de la intervención, se visualizan una serie de eventos estresantes vividos por él, durante los últimos meses, que Andrea dice no haber considerado para la comprensión del consumo de su hijo.

La terapeuta invita a comenzar la exploración descrita con la siguiente frase: *En la primera sesión me comentabas que a Claudio le ha tocado vivir algunas situaciones difíciles el último tiempo, me podrías explicar eso con más detalle?*. La consultante refiere que a su hijo “*le ha afectado mucho el hecho de convertirse en padre, siendo aún tan joven*”, explica que él tenía otros planes para su vida, que le habría gustado estudiar una carrera universitaria, como su hermano. Por otra parte, refiere que Claudio ha tenido constantes conflictos y discusiones con su ex polola, madre del hijo en común. Y que se le ha hecho difícil encontrar un trabajo estable y solventar los gastos de su hijo pequeño.

Después de enriquecer el relato descrito, la terapeuta realiza una pregunta dirigida al cambio de explicación con mira al contexto relacional del hijo, en sus propios dominios relacionales de pareja, padre y laboral: *Crees que todas las situaciones que revisamos guardan alguna relación con el consumo de Claudio?*. A lo que ella responde: *mmm claro, no lo había visto así... En realidad cuando yo consumía lo único que quería era escapar de las cosas malas que estaba viviendo... y quizás el Claudio quiere hacer lo mismo... lo ve como una vía de escape... Además que en el sector que vivimos es súper común ver la droga así, como una forma de escapar o relajarse... Yo sé que algunos amigos del Claudio lo ven como algo súper normal... si por algo el Claudio llevaba harto tiempo fumando marihuana.*

A partir de lo señalado se amplifica la comprensión en torno a los motivos de consumo del hijo de Andrea. Al lograr visualizar el contexto explicativo de Claudio nos alejamos de la descripción inicial del problema que consideraba solo el dominio relacional materno para explicar el consumo de éste.

Al finalizar la sesión se le pregunta a Andrea, cómo se siente y que piensa de lo que revisamos. Ella dice sentirse “más ordenada” y comprender mejor lo que se encuentra viviendo su hijo. Sin embargo, guarda silencio unos minutos, y luego manifiesta que aún se siente algo culpable: *Ahora, me logro dar cuenta que no es por mí que el Claudio está fumando pasta... ahora entiendo que él está viviendo hartas cosas difíciles y que eso lo llevó a buscar una vía de escape... y eso me hace sentir un poco más clara, pero... como que una parte de mi aún se siente un poco culpable, no sé explicarlo... siento que como mamá, lo debería haber evitado... o al menos debería poder sacarlo de la pasta... pero no sé cómo.*

Del relato se desprende que Andrea aún se atrapa en la narrativa de “no ser una buena madre por no haber evitado el consumo de su hijo”. Se invita a la consultante a explorar en conjunto, cómo ha construido su identidad de madre a través del tiempo, analizando su propio contexto e historia familiar.

- **Sesión 3**

Fecha: 17 de agosto 2016.

Lugar: Box de atención en centro privado.

Duración: 50 minutos.

Descripción de la sesión: Al inicio de la sesión Andrea refiere que se ha sentido más relajada, dice que ya no intenta resolver todos los problemas de su hijo: *ya no me estreso tanto*

como antes, si... por ejemplo, no le tengo la comida que le gusta o si no alcanzo a lavar y planchar su ropa.

Explica que le ayudó la conversación de la semana pasada, que le permitió tener más claro lo que le pasa a su hijo y no seguir dando “pasos de ciego”.

De este modo, se concluye que la intervención realizada durante la sesión anterior fue de tipo ortogonal, ya que si bien no generó un cambio global, permitió en ella un cambio de posición respecto de su hijo y las acciones de reparación dirigidas a éste, al comprender que no todo tiene que ver con ella como madre.

Después de acoger y valorar los logros de Andrea, se trabaja en la realización y exploración del genograma.

Acción terapéutica: Andrea aún se atrapa en la narrativa de no ser una buena madre y se mantiene con sentimiento de culpa.

Desde una posición de curiosidad la terapeuta comienza a explorar, con apoyo de la co-construcción del genograma, algunos antecedentes relevantes acerca de la historia de vida de la consultante, sus relaciones familiares y los discursos históricos y prácticas sociales en las que se ha sostenido el ejercicio de la maternidad y el rol de mujer dentro de su familia. Es decir, se busca profundizar en el dominio de existencia materno en el relato biográfico familiar. De este modo se busca deconstruir el discurso social dominante que ha actuado como contexto para que Andrea practique y evalúe el ejercicio de su propia maternidad de un modo determinado.

Andrea narra una infancia y adolescencia en la que fue testigo del actuar de “un papá estricto y llevado a sus ideas” que en ocasiones era muy afectuoso pero que también llegó a ser violento con su madre cuando tomaba alcohol. Por otra parte describe a su madre como una “esposa y mamá abnegada”, entregada completamente por su familia y dispuesta a hacer cualquier cosa

para que sus hijas estuvieran bien. Logra identificar que esta historia se viene repitiendo desde generaciones anteriores, al recordar a una abuela materna que “era sumisa y que no era capaz de expresar su malestar, aunque le estuvieran pasando por encima” y una abuela paterna “que podía llegar a dejar de comer, para darle la poca comida que había, a su esposo y sus hijos”.

Cuando se le pregunta a Andrea qué ideas surgen mientras vamos analizando los modos de ser mujer en su familia. Ella dice que se da cuenta que replicó ese mismo modo de ser esposa y madre, ya que aceptó durante muchos años los malos tratos por parte de su ex-esposo, con el objetivo de que sus hijos no crecieran sin un padre al lado y por la lástima que le producía que “Carlos se quedará solo, sin familia”. Pero también rápidamente se conecta con la idea de que ella fue capaz de librarse de ello, gracias al anterior proceso terapéutico y sus propios logros: *igual me siento orgullosa de mí, de no haber seguido más años en lo mismo... de haberme dado cuenta que lo mejor para mis hijos y para mí era no seguir viviendo violencia... y haber tenido la fuerza de separarme, aunque fue difícil, pude hacerlo.* Se valora y refuerza su capacidad de romper con parte de un esquema que se ha venido repitiendo por años al interior de su familia.

Cuando comenzamos a profundizar en la relación de Andrea con su madre, ella logra recordar vivencias que incorporan elementos relevantes que le enseñaron “como ser una buena madre”. Recordó la forma en que su madre se hacía responsable de las conductas de todos los integrantes de la familia. Por ejemplo, la vez en que su madre se echó la culpa de que ella hubiera “hecho la cimarra”, cuando la mandaron a llamar del colegio. También recordó como su madre se disculpaba del comportamiento de su esposo, cada vez que éste tomaba alcohol en las fiestas familiares. Al conectarse con dichas vivencias y relatos, Andrea se sonríe y expresa: *ahora entiendo porque siempre me echo la culpa de todo.*

La narrativa inicial de “no ser una buena madre y ser culpable del consumo de su hijo”, parece disolverse, al identificar la práctica social (el modo “correcto de hacer”) y los discursos históricos aprendidos al interior de un contexto familiar y cultural más amplio. Un discurso social dominante que obliga a cargar con las culpas y responsabilidades del resto de la familia para considerarse una buena madre y esposa.

Después de lo revisado, Andrea expresa: *parece como que me hubiese sacado un peso de encima...*

Además, al identificar el discurso social dominante, encarnado en las narrativas y pautas de interacción familiar relativas a cómo ser buena madre, Andrea comenzó a experimentar la necesidad de conectarse con otros modos posibles, de ser mujer y madre al interior de su familia. Expresa lo siguiente: *mmm...Me gustaría empezar a hacerlo diferente... Porque quizás, a veces, no permito que mis hijos se hagan cargo de sus propios errores... En realidad me cuesta tanto ponerles límites.* Se le invita a trabajar en ello en la próxima sesión.

- **Sesión 4**

Fecha: 24 de agosto 2016.

Lugar: Box de atención en centro privado.

Duración: 50 minutos.

Descripción de la sesión: Andrea llega afectada emocionalmente a la sesión, explica que el día anterior Claudio consumió nuevamente en el departamento, que esto le genera intenso deseo de consumo y que no supo cómo pedirle a su hijo que no lo hiciera. Dice que quiere ponerle límites pero que no sabe cómo.

Acción terapéutica: Se re-define lo ocurrido como la gran oportunidad para comenzar a explorar y practicar otros modos posibles respecto de ser madre, modos que se acomoden más a lo que ella desea para sí misma y para la relación con sus hijos. Tal cual como se acordó en la sesión anterior.

Después de que Andrea se calma, se le invita a explorar relatos marginales y logros aislados en el propio relato biográfico para dar pie a conversaciones de re-autoría que permitan enriquecer la narrativa de una madre que es capaz de poner la responsabilidad en quien corresponde y establecer límites. En este contexto la terapeuta expresa lo siguiente: *Andrea, la semana anterior, revisamos varias situaciones en las que diferentes mujeres de tu familia, incluida tú, se hacían responsables de actos que en realidad no eran de su responsabilidad. Es decir, cargaban con la responsabilidad de errores que en realidad habían competidos otros integrantes de la familia (se mencionan algunos ejemplos)...Recuerdas algún episodio al interior de tu familia en que esto allá sido diferente? Algún hecho en el que tú u otra mujer de tu familia haya sido capaz de poner la responsabilidad en quién correspondía, siendo capaz de ponerle un límite al otro?.*

Frente a dicha pregunta, Andrea recuerda como su madre, le puso límites a su esposo, cuando ya no fue capaz de tolerar más su consumo de alcohol. Lo expresa de la siguiente manera: *mmm...sí, a mi mamá una vez la vi bien firme con mi papá... cuando se cansó de que tomara tanto y que siempre dejara la escoba...hizo que no tomará más.*

La terapeuta invita a la consultante a narrar más en detalle el evento: *Cuéntame más de eso, cómo lo hizo tu mamá.* A lo que Andrea responde: *Un día mi mamá le tomó todas las botellas a mi papá y se las botó... y le dijo que si no paraba ahora mismo con la cuestión iba a perderla a ella y a nosotras...jajaja Igual fue valiente mi mamá, porque mi papá era bien complicado en*

esa época... Y mi papá se quedó plop, y nunca más tomó... aunque cambió el copete por coca cola... hasta el día de hoy pasa tomando pura coca cola...

La terapeuta le pregunta cómo valora la conducta de su madre, a lo que Andrea responde: *Súper bien, era necesario que alguien le pusiera un párale a mi papá... Y mi mamá cuando logró ponerse firme, mi papá le hizo caso... Yo creo que él nunca se imaginó que mi mamá iba ser tan firme con él... Pensándolo bien, en situaciones extremas, mi mamá siempre ha sido firme... Conmigo por ejemplo, cuando se enteró de que yo estaba en la pasta base, después del accidente de la Javi, me reto bien retada... Me dijo que no podía seguir metida en la droga, que por mi culpa la Javiera se había quemado, por dejarla sola... Y tenía razón... Ella fue la que se puso firme con lo del tratamiento, ni siquiera mi papá... Ella fue a la municipalidad y me consiguió la hora para el tratamiento... Linda mi mamá, después de todo ha sido bien sabia...*

Después de acoger dicho relato, y valorar en conjunto el actuar de su madre, la terapeuta invita a Andrea, a distinguir logros aislados y relatos que desafían la narrativa que la atrapa en el dolor y la culpa, en su propia historia de maternidad, del siguiente modo: *Así como me contabas que tu madre ha sido capaz de ponerse firme en situaciones extremas, ¿recuerdas algún episodio en el que tú también hayas sido capaz de hacerlo?*

En una primera instancia Andrea recuerda cuando tomó serias medidas, con su hijo mayor por haberle hurtado dinero de la cartera. Lo relata así: *Una vez... me quería morir, porque el Esteban... cuando era chico, tenía como 13 años, me sacó plata de mi cartera... Lo pille porque llegó con varias cosas que compró en el almacén... Le pregunte de dónde había sacado la plata para comprar esas cosas... Y al principio no me quería decir la verdad... Hasta que lo reconoció y yo lo castigue como tres semanas sin salir a jugar... Me costó cumplir el castigo,*

porque me daba pena que sus amigos lo vinieran a buscar y él no pudiera salir, pero me mantuve firme... y nunca más volvió a tomar nada que no fuera de él... Creo que fue lo mejor...

En cuanto a la relación con su hijo Claudio, logró identificar un par de ocasiones en las que le puso límites y normas firmes. Lo relata de la siguiente manera: *El Claudio siempre ha sido más complicado que mis otros hijos... Le he tenido que poner hartas veces límites... Me acuerdo que una vez, me mandaron a llamar del Colegio, porque le faltó el respeto a un profesor... fue bien feo lo que le dijo... le dijo un par de garabatos y le levanto el dedo del medio... A mí me dio tanta vergüenza... El Claudio se defendía y decía que no era verdad... Pero yo conozco a mi hijo, así es que no me quedó otra que apoyar lo que decían en el colegio y cumplir con la suspensión... Converse con él y lo castigue un mes sin videojuegos... Igual ahora que lo pienso, el Claudio respetó el castigo... Igual me ha hecho caso cuando me he puesto firme con él... En otra oportunidad, por ejemplo, el Claudio insistía en poner la música fuerte y eran como las 12 de la noche, no nos dejaba dormir, y me imagino que a los vecinos también les molestaba... Le dije tres veces que bajará el volumen... Hasta que me canse y le quite los parlantes...*

Frente a las narraciones revisadas la terapeuta le plantea la siguiente interrogante: *¿Qué piensas de ti, como mamá, de tu capacidad de poner límites, a medida que vamos revisando todos estos logros que has tenido a lo largo de tu vida como mamá?*

Andrea responde lo siguiente: *Creo que sí puedo, que si lo hecho otras veces, porque no voy a ser capaz de hacerlo ahora... Además que en general, el Claudio a pesar de que se enoja y reclama, igual termina respetando mi decisión.*

Al explorar en detalle dichos relatos biográficos que habían sido marginados, Andrea comienza a experimentar mayor fuerza y convicción respecto de su capacidad para poner límites como madre. Y decide comenzar por escribir una carta a su hijo Claudio, ya que aún le pone

nerviosa conversar con él, y cree que si escribe podrá expresarle todo lo que desea, sin que se le escape algo.

Mientras Andrea decidía que escribir en dicha carta, reflexionamos en torno a sus propias expectativas respecto de la suspensión del consumo de su hijo. La terapeuta la invita a visualizar una comprensión respetuosa de la libertad y decisión de su hijo, respecto del momento de suspender el consumo y/o hacer un tratamiento. Validando a su vez, su propia libertad como madre de transmitir a su hijo sus deseos, opiniones y emociones. De este modo, Andrea, decide expresarle todo el amor que le tiene, explicarle de que manera le afecta su consumo, solicitarle que no consuma en el departamento y explicarle que puede contar con ella cuando desee hacer un tratamiento.

- **Sesión 5**

Fecha: 31 de agosto 2016.

Lugar: Box de atención en centro privado.

Duración: 50 minutos.

Descripción de la sesión: Andrea llega muy contenta a la sesión, dice que no fue necesario escribir la carta a Claudio, ya que se generó espontáneamente la conversación. Manifiesta que fue capaz de expresarle sus ideas y sentimientos: *Le dije que lo amo muchísimo y que no quiero que se siga haciendo más daño con la pasta base (...) Que me daba mucha pena verlo así, drogado, perdido, sin hacerse cargo del Sebita (...) Le dije que yo sé que él es un buen niño y que puede dejar la pasta. Y me acorde de lo que habíamos hablado, no lo presione a hacerse un tratamiento. Le dije que yo sabía que no podía obligarlo a hacerse un tratamiento, que eso era una decisión de él, como adulto. Pero que cuando él tomará la decisión yo iba a estar ahí para*

apoyarlo, que contará conmigo (...) Ah! Y además pude ponerle el límite de que no fumará más en el departamento. Le dije que él tenía que respetar mi casa y la de la familia. Le dije que le pedía que por el cariño que nos tiene, nunca más volviera a fumar en el departamento; que entendiera que a mí me afecta el olor a pasta y el hecho de saber que fuma en el departamento. Y él logro entenderlo, me abrazo y me dijo que también me quería mucho y que sabía que podía contar conmigo... Me sentí tan bien... sentí que estaba haciendo las cosas bien, como mamá... y me pude dar cuenta que mi hijo me sigue queriendo y que además sigue respetando lo que yo le digo...

Acción terapéutica: Se refuerza la nueva narrativa co-construida que dice que ella ha sido una buena madre, en la medida que ha amado profundamente a sus hijos, que desea lo mejor para ellos, que es capaz de ponerles límites cuando ve que se están haciendo daño, y que está disponible a ayudarlos cuando ellos lo necesiten y lo permitan.

Al finalizar la sesión la terapeuta le pregunta a Andrea lo siguiente: *Después del proceso terapéutico que hemos ido construyendo, y todo lo que fuimos descubriendo en conjunto y tomando en cuenta la linda conversación que lograste tener con tu hijo. ¿Qué piensas ahora de ti misma, como persona, como mujer, como mamá?*

Andrea refiere que se siente bien con sus logros, que la culpa desapareció. Y que ahora se ve a sí misma como una mamá más fuerte y capaz. Lo anterior se ve reflejado en las siguientes palabras de Andrea: *Pienso que en realidad soy una mujer y una mamá fuerte. Yo he pasado tantas cosas difíciles, pero me he vuelto a parar... y siempre, siempre he luchado por mis hijos. Pienso que soy más capaz de lo que yo pensaba (...) Me siento tan liviana ahora... realmente me pesaba el sentimiento de culpa...Ahora me siento más tranquila... Estoy contenta.*

5.7.10. Evaluación de la Eficacia de los Tratamientos

La eficacia del tratamiento, desde el modelo Sistémico Centrado en Narrativas, está dada por el efecto liberador de las emociones que aquejan al consultante, a partir de la deconstrucción de la explicación o narrativa que mantiene atrapada a la persona.

Andrea inicia su proceso terapéutico con la siguiente narrativa: “He sido tan mala madre que ahora mi hijo también consume”. A medida que se fue deconstruyendo dicha narrativa, la consultante fue capaz de construir nuevas explicaciones y liberarse de la emoción de culpa, que la aquejaba.

En el apartado anterior, se puede observar en el relato de Andrea, como evalúa la eficacia del tratamiento, en tanto se logra sentir “más liviana”, “tranquila” y “contenta” al evaluarse como “una mujer y una mamá fuerte” y “más capaz” de lo que ella pensaba.

5.7.11. Estado del Proceso y Seguimiento

Después de tres semanas de la última sesión, se llama por teléfono a Andrea. Al responder el teléfono, parece sorprendida y expresa alegría por el contacto establecido. La terapeuta le pregunta lo siguiente: *¿Me gustaría saber cómo has estado? ¿Cómo siguen las cosas?.* A lo que Andrea responde: *he estado bien! tranquila... Ya volví a trabajar y en general no he tenido mayores problemas (...) El fin de semana estuvo el Esteban en la casa y lo pasamos tan bien, en familia, nos reímos, compartimos, hicimos empanadas todo juntos... Y el Claudio se portó bien, a pesar de que eran fechas de carrete (fiestas patrias)... o sea igual salió y carreteó, pero también compartió con nosotros (...) Y sabe qué?, no ha vuelto a fumar en el departamento, me ha hecho caso.* La terapeuta invita a Andrea a profundizar más en relación al dominio de existencia madre-hijo: *Cuéntame más de cómo han estado las cosas en relación a Claudio.*

Andrea expresa lo siguiente: *A ratos igual me vuelve la pena, porque yo sé que todavía anda en malos pasos... Y también me da pena que no se haga cargo de su hijo como yo quisiera... Eso me da pena... pero tengo claro que yo no puedo hacer más... y él está claro también, yo le deje todo bien claro...Lo importante y lo que a mí me deja tranquila es que él sabe que puede contar conmigo cuando quiera hacer un tratamiento (...).* La terapeuta valora los logros y la posición en la que se ha mantenido Andrea, resaltando sus habilidades y agencia personal: *Que alegría escucharte bien, tan segura de ti misma, reconociendo toda la fuerza y capacidad que hay dentro de ti como mujer, como mamá, de verdad que me da gusto escucharte (...)*

5.8 Consideraciones Éticas

La presente investigación busca resguardar la integridad y dignidad de las personas involucradas, para ello se elaboró un consentimiento informado en el que se invita a participar del estudio, dando a conocer las circunstancias y condiciones del mismo. Dicho consentimiento se encuentra firmado por la consultante y se incluye en los anexos del estudio.

Es importante señalar que el presente estudio mantiene la confidencialidad de los datos, siendo estos utilizados solo para los fines explicitados. Además, se resguarda la identidad de todos los participantes involucrados, modificando sus nombres para dicho efecto.

VI. RESULTADOS

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

Cuando la consultante se presenta a la primera entrevista psicológica, trae consigo una derivación médica en la que se describen los diagnósticos que potencialmente debieran ser trabajados. Sin embargo, Andrea trae expectativas diferentes, y lejos de centrarse en los diagnósticos médicos, ella solicita atención para ayudar a su hijo en su problema de consumo. Respetando la decisión de la consultante, el proceso terapéutico se enfoca en la descripción del problema enmarcado en el dominio de existencia madre-hijo.

Luego de que la terapeuta explora y se acuerdan significados con la consultante, se logra co-construir el esquema XYZ, el que orienta todo el proceso terapéutico y que se describe a continuación. Andrea ha construido una explicación o narrativa (X) que guarda relación con el modo en que evalúa el ejercicio de su maternidad: “He sido tan mala madre, que ahora mi hijo también consume”. Dicha explicación, mantiene atrapada a la consultante y genera la emoción de culpa (Y), como malestar subjetivo. Ambos elementos están relacionados con la ocurrencia de un evento (Z) que moviliza a Andrea a consultar: el consumo de droga por parte de su hijo en el departamento en común.

A lo largo del proceso terapéutico, la terapeuta realiza acciones enfocadas a la deconstrucción de la narrativa de “ser mala madre” y la co-construcción de nuevas narrativas que liberen a la consultante del dolor. Esto, siempre bajo el supuesto de que solo es posible perturbar el sistema, en coherencia con el propio sistema reflexivo de creencias del consultante.

En la primera sesión se acompaña a Andrea a conectarse con descripciones acerca de su identidad como madre que favorecen una mayor autovaloración, a través del desarrollo de una conversación de re-autoría que explora los actos de reparación y cuidado que ha tenido con sus hijos, así como las buenas intenciones y el amor que siente por ellos. En este escenario ella logra realizar nuevas distinciones que le permiten visualizar una imagen de sí misma, como madre, más positiva. Esto a su vez, impacta en su temple anímico, generando según refiere “mayor tranquilidad”.

En la segunda sesión, la intervención realizada permite ampliar la comprensión en torno a los motivos del consumo del hijo de Andrea y generar un cambio de posición respecto de éste, al comprender que no todo tiene que ver con ella como madre. Sin embargo, en esta sesión no se logra una intervención ortogonal respecto de la narrativa inicial “ser mala madre”, lo que la lleva a mantenerse con la emoción de culpa.

En la tercera sesión la intervención se centra en la deconstrucción de pautas, discursos y prácticas familiares, que a su vez son parte de una propuesta social más amplia, que han orientado las distinciones que realiza Andrea, respecto de lo que considera correcto o adecuado en el ejercicio de la maternidad y ser mujer dentro de una familia. En este proceso, la consultante logra distinguir una pauta histórica desarrollada por las mujeres de su familia, que le acerca a una mayor comprensión de su propio comportamiento. Dicha pauta tiene que ver con el rol, adjudicado a la madre y esposa, de cargar con las culpas o responsabilidades del resto de los integrantes de la familia. Al momento en que Andrea distingue que dicha pauta ha sido construida en el tiempo, dentro de un contexto familiar y sociocultural, y al analizar el modo en que dicha pauta ha influido en el desempeño de su rol de madre, culpándose a sí misma por el consumo de su hijo, ella parece liberarse de la narrativa inicial y de la emoción de culpa que ésta

le generaba: “ahora entiendo porque siempre me echo la culpa de todo”(…) “parece como que me hubiese sacado un peso de encima...”

Paulatinamente, a lo largo de las siguientes sesiones, se produce un acercamiento hacia nuevas comprensiones respecto del consumo del hijo de Andrea y su identidad de madre, llegando a co-construir una narrativa más habilitadora de sí misma, que la define como una madre fuerte, luchadora y capaz de poner límites a sus hijos cuando éstos se dañan o hacen algo incorrecto. Esto se ve reflejado en la siguiente frase: “Pienso que en realidad soy una mujer y una mamá fuerte. Yo he pasado tantas cosas difíciles, pero me he vuelto a parar... y siempre, siempre he luchado por mis hijos. Pienso que soy más capaz de lo que yo pensaba”. A su vez, se genera una nueva comprensión que pone la responsabilidad del consumo en su propio hijo, y no en ella como madre: “ahora entiendo que es él (Claudio), él que debe querer hacer un tratamiento, si él no quiere no lo puedo obligar (...) Yo sólo puedo estar ahí para apoyarlo cuando él tome la decisión”.

La nueva narrativa a la que se adscribe la consultante, le permite generar nuevos comportamientos en el dominio de existencia madre-hijo. Lo que se ve reflejado en una conversación que mantiene Andrea con Claudio, en la que le pone límites a respecto del consumo en el departamento, le expresa sus opiniones y sentimientos en relación al consumo y le ofrece apoyo en caso de que decida realizar un tratamiento.

Lo anteriormente descrito, lleva a Andrea a modificar su temple anímico, manifestando que se siente contenta, tranquila y liberada del sentimiento de culpa: “Me siento tan liviana ahora... realmente me pesaba el sentimiento de culpa...Ahora me siento más tranquila (...) Estoy contenta”. Finalmente, la consultante, retoma su trabajo y se mantiene tranquila, según manifiesta vía telefónica, después de tres semanas de la última sesión.

VII. REFLEXIONES FINALES

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

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

Para iniciar las reflexión, es pertinente visualizar que Andrea es derivada por un médico general, para abordar dos temáticas específicas (depresión y deseo de consumo con síntomas de abstinencia) relativas, a simple vista, al dominio de existencia personal. Sin embargo, ella accede a realizar un proceso psicoterapéutico, con la intención de mejorar aspectos que guardan relación con otro dominio de existencia: madre e hijo, en el que se genera el malestar subjetivo. Esto invita a pensar sobre las diferentes posturas que podría adoptar un terapeuta frente a dicho escenario, dependiendo del modelo terapéutico y los principios ontoepistemológicos a los que se adscriba. Probablemente, desde variados modelos tradicionales, la postura del terapeuta será la de un experto que definirá lo que es pertinente trabajar, orientado tal vez por manuales diagnósticos y protocolos estandarizados. En este caso, por ejemplo, un terapeuta que se sustente en una epistemología moderna, se posicionará desde un saber experto y podría definir como problema a trabajar la “depresión”, los “síntomas asociados al problema de consumo”, el “riesgo de recaída” o “una pauta relacional de codependencia entre madre e hijo”. Luego podría definir a priori, los objetivos, estrategias y técnicas más apropiadas para corregir la disfunción o déficit

diagnosticados. En este escenario, el consultante, será visto como una persona pasiva, que no sabe qué le ocurre, ni cómo resolverlo. La investigadora del presente estudio, cree que bajo estas condiciones puede ocurrir que el consultante perciba que el proceso terapéutico no le hace sentido o no responde a sus expectativas; corriendo el riesgo de no resolver el problema que afecta a la persona o abandonar la terapia.

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

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

Por otro lado, es importante reflexionar acerca de cómo el modelo Sistémico Centrado en las Narrativas permitió, atenerse solo al trabajo terapéutico con Andrea, sin tener que incluir a su hijo, a pesar de que el problema se adscribía al dominio de existencia madre-hijo y que

aparentemente, a ojos de un enfoque moderno tradicional, el hijo presentaba un problema de consumo que debía ser tratado.

Lo anterior, invita a prestar atención a un supuesto base del modelo que plantea que el problema es más bien la descripción que se realiza de éste, y no el problema en sí mismo. Dicho supuesto, a juicio de la terapeuta/investigadora, permite comprender que aquello que es problemático para Andrea o para la terapeuta, no necesariamente lo será para Claudio y que el sentido que tenga un proceso terapéutico, en el aquí y el ahora, para Andrea y la terapeuta, quizás no lo tenga para Claudio.

De este modo, el modelo permite adecuarse a las circunstancias y condiciones que cada caso presente, siendo posible trabajar con uno o todos los involucrados en un dominio de existencia dado y respetando como válidos todos los versos en el multi-verso, en términos de Maturana.

Por otro lado, como terapeuta/investigadora del presente estudio, me parece relevante destacar las oportunidades y opciones que brinda el modelo Sistémico Centrado en las Narrativas, al centrarse en los recursos de las personas y no en sus “déficit”. Al alejarse de las categorías diagnósticas centradas en el déficit (depresión, consumo, síntomas de abstinencia, riesgo de recaída, etc.) se logró vislumbrar un mundo de posibilidades, conectándose con identidades más habilitadoras tanto para Andrea como para la relación con su hijo.

A su vez, como terapeuta/investigadora me gustaría hacer referencia a la importancia que tiene el tomar conciencia de que estamos insertos en propuestas sociales y familiares más amplias, que nos constituyen y en ocasiones limitan nuestras posibilidades y nos provocan dolor. En el caso de Andrea, solo al tomar contacto con aquellos discursos históricos-familiares contruidos y las pautas que de ellos emergen, fue posible liberarse de las explicaciones negativas en relación a su desempeño como madre, y el dolor que éstas le provocaban.

Finalmente, parece importante realizar algunas reflexiones en relación a las debilidades de este estudio y las posibles proyecciones para investigaciones futuras de este tipo. En dicho contexto, considero que este estudio podría ser replicado utilizando una muestra más amplia, para potencialmente dar cuenta de la riqueza y variabilidad que se presenta en diferentes casos, unidos por la temática de adicciones pero con particulares historias biográficas, definiciones del problema y objetivos terapéuticos. Este tipo de estudios podría aportar de algún modo a la reflexión y el trabajo en la elaboración de políticas públicas y orientaciones técnicas que consideren no solo las generalidades sino también las particularidades respecto del trabajo en adicciones; respondiendo de éste modo a las actuales deficiencias observadas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bruner, J. (1998). *Realidad mental y Mundos Posibles*. Barcelona, España: Gedisa.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 525-532.
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Revista Cinta de Moebio*, 23, 204-216. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/23/carcamo.htm>
- Carey, M. y Russell, S. (s/f). *Re-Autoría: algunas respuestas a preguntas comunes*. Recuperado de <https://www.dulwichcentre.com.au/re-autoria.pdf>
- CONACE (2011). *Prevención de Recaídas en el Tratamiento del Consumo Problemático de Sustancias. Segunda parte: Estrategias para la Prevención de Recaídas en las distintas fases del tratamiento del modelo de tratamiento del convenio CONACE-GENDARMERÍA*. Recuperado de [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prevenci%C3%B3n%20de%20Reca%C3%ADdas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Prob](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prevenci%C3%B3n%20de%20Reca%C3%ADdas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20sustancias%20(CONACE%202011).pdf)
- González-Rey, F. (2006). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Guatemala. ODHAG. Recuperado de http://www.odhag.org.gt/pdf/R_INVESTIGACION%20CUALITATIVA.pdf
- Gergen, K. (2005). *Construir la Realidad*. Barcelona, España: Paidós.

- Gergen, K. y Warthus, L. (2001). *La Terapia como una Construcción Social: Dimensiones, Deliberaciones y Divergencias*. Recuperado de <http://www.dialogosproductivos.net/img/descargas/27/15042009113127.pdf>
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en Competencia en la Investigación Cualitativa. En Denman, C. y Haro, J. (Ed.), *Por los Rincones. Antología de Métodos Cualitativos en la Investigación Social*. *Revista Región y Sociedad*, XIV (23),113-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10202314>
- Hidalgo, M. (2005). Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativas. *Revista Venezolana de Investigación*, 5 (1 y 2),225-243. Recuperado de http://revistas.upel.edu.ve/index.php/sinopsis_educativa/article/view/3583/1750
- Lobos, M. (2012). *Políticas Públicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático de Drogas. Análisis Crítico desde la experiencia práctica en el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117084/Lobos%20Palacios%20Tesis%20final.pdf?sequence=1>
- Maturana, H. (1992). *El sentido de lo Humano*. Santiago, Chile: DOLMEN.
- Morgan, A. (1990). *What is Narrative Therapy? An Easy to Read Introduction*. Adelaide, Australia: Dulwich.
- Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.

- Orozco, G. (1996). *La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa*. La Plata, Argentina: U.N.L.P.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa*. Barcelona, España: Paidós.
- República de Chile, Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Rodríguez, Y. (2002). La hermenéutica aplicada a la interpretación del texto: El uso de la técnica del análisis de contenido. *Revista Ciencias de la Educación*, 2 (20), 143-154. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a2n20/2-20-8.pdf>
- SENDA. (2014). *Décimo primer estudio nacional de drogas en población general de Chile*. Recuperado de http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PG/2014_EstudioDrogas_Poblacion_General.pdf
- SENDA (2012). *Norma y Orientaciones Técnicas de los planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas*. Recuperado de http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/OrientacionesTecnicas_CentrosdeTratamiento.pdf
- Stake, R. (1995). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Morata.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Varela, F. (2000). *El fenómeno de la vida*. Santiago, Chile: Editorial Dolmen.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.

- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zlachevsky A. (2012). Constructividad y Razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 21(2), 237-259.
- Zlachevsky A. (1998). *¿Es posible ser coherente?*. Recuperado de http://www.academia.edu/14236216/ES_POSIBLE_SER_COHERENTE
- Zlachevsky A. (2003). Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas: Una Aproximación. *Revista Universitaria Límite*. 10, 47-64.
- Zlachevsky A. (2015). *Relatos Clínicos: Filosofía y Terapia Narrativa*. Santiago, Chile. Ediciones Mayor.
- Zalachevsky A. (1996). *Una Mirada Constructivista en Psicoterapia*. Recuperado de <http://www.dialogosproductivos.net/img/descargas/49/16042009111105.pdf>
- Zalachevsky A. (2010). Una invitación a pensar lo ontológico en la Práctica Conversacional. *Cuadernos de Postgrado en Psicología UV. Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia Constructivista y Construccionalista*. 2, 86-104. Recuperado de http://www.academia.edu/14234522/Una_invitaci%C3%B3n_a_pensar_lo_ontol%C3%B3gico_en_la_Psicoterapia_Conversacional

IX. ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

10 de agosto, 2016

A través del presente documento se invita a la Señora [REDACTED], RUT: [REDACTED], a participar del estudio de caso, realizado por la Psicóloga Claudia Muñoz Garrido, RUT: 15313.130-9, en el contexto del Magister en Psicología Clínica Mención en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista de la Universidad de Valparaíso.

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

1. Objetivos del Estudio

Describir el proceso y los efectos terapéuticos de una intervención realizada desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.

2. En qué consiste su participación

Su participación es voluntaria.

Se utilizará la información que surja en el contexto del proceso terapéutico desarrollado, para llevar a cabo la investigación.

3. Derechos de la participante

La participante tiene el derecho a manifestar dudas en cualquier momento de la investigación y podrá retirarse del estudio en cualquier momento, si lo considera necesario.

4. Reserva de Identidad

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

5. Confidencialidad de los datos

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

6. Costos y Pagos

La psicoterapia no tendrá costo alguno para la consultante u otros participantes. Del mismo modo, no se otorgará dinero por conceptos de pago a quienes participen del estudio.

7. Utilización y Publicación de los Hallazgos

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



Claudia Muñoz Garrido

RUT: 15.313.130-9

Psicóloga Clínica



RUT: [REDACTED]

Colaboradora del Estudio