



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Psicología

Estudio de Caso sobre una Intervención Familiar Centrada en la Terapia Sistémica Centrada en Narrativa como Terapia Paliativa para un caso alcoholismo Crónico con Episodios de Síndrome de Abstinencia.

Ps. Claudio C. Guaita

Profesor Guía: Mg. Ps. Carlos Varas Alfaro

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

**Enero 2022
Valparaíso, Chile**

Resumen

El siguiente trabajo psicoterapéutico propuso una intervención psicológica orientada desde la Terapia sistémica Centrada en Narrativa (TSCN) como abordaje terapéutico para un paciente alcohólico con manifestación del Síndrome de Abstinencia y su grupo familiar. Con la aplicación de las TSCN se buscó desarrollar narraciones alternativas, como objetivo terapéutico, los que permitieron la emergencia de nuevas formas de explicación respecto a los episodios, que las diferentes personas que integran el grupo familiar definieron -y sintieron- como dolorosas. Se buscó con ello dar paso a una co-construcción de historias que permitieron, a los diferentes involucrados, reflexionar sobre sus condiciones pasadas, actuales, sus expectativas, sus historias y formas de explicar su vida en base a su dolor actual que no les permitía percibir otras alternativas que ampliaran su forma de comprender su realidad. Esto fue propuesto como tratamiento paliativo buscando aportar al tratamiento asociado al control del consumo problemático de alcohol de nuestro paciente índice y su grupo familiar. Los significados, las explicaciones, las descripciones se analizaron desde un paradigma socioconstruccionista, siguiendo una metodología cualitativa con un tipo de análisis centrado en la hermenéutica analógica. La finalidad de este trabajo fue poder reflexionar sobre los efectos, que a nivel familiar genera la entrada de la TSCN, en relación las problemáticas asociadas al alcoholismo crónico.

Palabras claves: *Estudio de caso, terapia, TSCN, alcoholismo, realidad, hermenéutica analógica, síndrome de abstinencia.*

Agradecimientos

A mi familia.

A mi mamá.

A R., T, F, K a su familia...

Al Cuervo.

Índice.

I. INTRODUCCIÓN.	8
II. ANTECEDENTES TEÓRICOS.	10
II.1 PROBLEMA DE ESTUDIO.	10
II.2 PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DEL ALCOHOLISMO Y SUS CONSECUENCIAS.	11
II.3 PREJUICIOS PROFESIONALES RESPECTO AL ALCOHOLISMO.	16
II.4 FORMAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.	19
II.5 EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL.	24
II.6 LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.	27
II.7 LA COHERENCIA DEL SER Y LA REAUTORIA.	28
II.8 EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO RESPECTO AL CONTEXTO DE ATENCIÓN Y SISTEMA CONSULTANTE.	31
II.8.1 SOBRE EL POR QUÉ UTILIZAR LA TSCN	31
II.8.2 SOBRE EL CONTEXTO DONDE APLICARLA	32
III. LA TSCN, UNA FORMA DE PENSAR DE LA PSICOTERAPIA.	33
III.1 PSICOTERAPIA Y EL GIRO ONTOEPISTEMOLÓGICO.	35
III.2 NIVELES JERÁRQUICOS EN LAS TSCN.	37
III.2.1 NIVEL EPISTEMOLÓGICO.	37
III.2.2 NIVEL PARADIGMÁTICO.	39
III.2.2.1 Las Unidades de Análisis.	41
III.2.2.2 Los Dominios de Existencia.	42
III.2.3 NIVEL TEÓRICO	43
III.2.3.1 El Socioconstruccionismo.	43
III.2.3.2 Las Terapias Narrativas.	46
III.2.3.3 Terapia breve estratégica centrada en la solución.	50
III.2.3.4 Teoría del conocimiento	51
III.2.4 NIVEL INTERMEDIO.	56
III.2.4.1. Las Preguntas ¿Por qué ahora? y ¿Desde cuándo?	58
III.2.4.2. Sobre las Puntuaciones y Distinciones.	60
	4

III.2.4.3. Lo Ontológico.	62
III.2.4.4. El Modelo XYZ en los Dominios de Existencia.	65
III.2.5. NIVEL TÉCNICO.	66
III.3 PREMISAS COMPARTIDAS DESDE LAS TSCN.	67
III.4 APORTE DE LAS TSCN RESPECTO A OTROS MÉTODOS TRADICIONALES.	68
IV. OBJETIVOS.	70
IV.1 OBJETIVO GENERAL.	70
IV.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.	70
V. ABORDAJE METODOLÓGICO	71
V.1. FUNDAMENTOS ONTOEPISTEMOLÓGICOS.	71
V.2. TÉCNICAS O INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	79
V.3 CRITERIOS DE RIGOR EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.	81
V.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO).	84
VI. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	86
VI.1 IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA CONSULTANTE.	86
VI.1.1 IDENTIFICACIÓN DE R.	88
VI.1.2 IDENTIFICACIÓN DE T	89
VI.1.3 IDENTIFICACIÓN DE F.	90
VI.1.4 IDENTIFICACIÓN DE K.	91
VI.2 ANTECEDENTES GENERALES DEL CASO.	92
VI.2.1 Genograma Familiar	93
VI.3 MOTIVO DE CONSULTA.	93
VI.3.1 MOTIVO DE CONSULTA DESDE R.	94
VI.3.3 MOTIVO DE CONSULTA DESDE F.	96
VI.3.4 MOTIVO DE CONSULTA DESDE K.	96
VI.4 HISTORIA DEL PROBLEMA. EL ¿POR QUÉ AHORA? Y EL ¿DESDE CUÁNDO?	98
VI.4.1 EL POR QUÉ AHORA.	99
VI.4.2 EL DESDE CUÁNDO.	101
	5

VI.4.2.1 Episodio ortogonal Hospital	103
VI.4.2.2 Episodio ortogonal 2 (respecto al síndrome de abstinencia)	106
VI.5 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA	109
VI.6 ESQUEMAS XYZ	111
VI.6.1 Esquemas XYZ de R con relación al Hospital	111
VI.6.2 Esquemas XYZ de R con relación a los episodios de abstinencia	112
VI.6.3 Esquemas XYZ de T con relación a los episodios de abstinencia	112
VI.6.4 Esquemas XYZ de F con relación a los episodios de abstinencia	113
VI.6.5 Esquemas XYZ de K con relación a los episodios de abstinencia	113
VI.7 SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS INDICADO.	113
VI.8 SOBRE LA SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	115
VI.9 APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS	116
VI.9.1 CÓMO SE DEFINE LA UNIDAD DE ANÁLISIS.	116
VI.9.2. RED DE SIGNIFICADOS RELACIONADOS EN EL BEBER, EL TRABAJO, EL COMER Y LA RETRIBUCIÓN.	118
V.9.2.1. El comer y el buen vino.	118
V.9.2.2 La enfermedad	119
V.9.2.3. El colapso en la ducha	120
V.9.2.4. La feria y posteriormente el hospital y la idea de la muerte:	121
V.9.2.5. El desarrollo del síndrome de abstinencia.	122
V.10. EL SISTEMA DE SIGNIFICADOS Y NARRATIVAS CONSTRUIDAS.	124
V.10.1. Significados respecto "al alcoholismo":	124
V.10.2. Significados asociados el rol de hijas y esposa.	125
V.10.3. Significado sobre el vino.	126
V.10.4. Significados sobre la locura.	128
VI.11 ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO.	129
VI.11.1 METAS CON SISTEMA.	129
VI.11.2 METAS CON R.	130
VI.11.3 METAS CON T.	130
VI.11.4 METAS CON F.	130
VI.11.5 METAS CON K.	130
VII. INTERVENCIÓN.	132
VII.1. PERSONA DEL SUBSISTEMA: R.	132

VII.2. PERSONA DEL SUBSISTEMA: R.	138
VII.3. PERSONA DEL SUBSISTEMA: R.	142
VII.4. PERSONA DEL SUBSISTEMA: T.	147
VII.5. PERSONA DEL SUBSISTEMA: F.	153
VII.6. PERSONA DEL SUBSISTEMA: K.	160
VIII. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTOS	162
VIII.1 ESTADO DEL PROCESO Y SEGUIMIENTO	164
VIII.2 OBSERVACIONES.	165
IX. CONCLUSIONES.	172
X. BIBLIOGRAFÍA	181
XI. ANEXOS	199
XI.1 CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	199
XI.2 ANTECEDENTES MÉDICOS	204
XI.3 REGISTRO DE INTERVENCIÓN	222
XI.4 CARTA FAMILIAR	227

I. Introducción.

El siguiente trabajo describe un abordaje terapéutico paliativo, cuya aplicación se realizará a integrantes de un grupo familiar de la Ciudad de Copiapó, donde uno de sus miembros, el denominado por el grupo familiar como el “padre de familia”, ha sido diagnosticado con alcoholismo Crónico (OH) y Síndrome de Abstinencia (SAA).

Para el desarrollo de este trabajo se considerará aplicar una perspectiva de intervención denominada Terapias Sistémicas Centradas en Narrativas (TSCN). Esta forma de comprender y desarrollar la psicoterapia fue sistematizada por la Psicóloga y PhD. Ana María Zlachevsky Ojeda. Desde esta perspectiva comprenderemos el cómo se fueron desarrollando y articulando el tejido relacional y comunicacional donde se instauraron narrativas de donde se desarrolla dolor.

Se trabajará con el padre, la madre y sus dos hijas; nuestra unidad de análisis serán las formas de interactuar y comunicarse que desarrollan los diferentes integrantes del subsistema y tendremos como objetivo transversal aplicar y desarrollar una estrategia de intervención basadas en las TSCN. Parte importante de este trabajo será observar las potencialidades que esta forma de abordaje puede presentar en problemáticas asociadas al consumo alcohol crónico con episodios de síndrome de abstinencia. Es lo anterior que buscaremos investigar y comprender:

- Los sistemas de relaciones existentes y la interacción de los roles, que posteriormente definiremos como dominios de existencia.
- Cómo estos se irán modificando en relación con la evolución del alcoholismo y los que fueron los denominados episodios ortogonales.
- Describir las redes de significados con relación al alcohol, el alcoholismo, la enfermedad, el síndrome de abstinencia, y cómo estos significados fueron

soportando, mediante su emerger, dinámicas de discursos que cubren formas de explicación de experiencias que en el pasado eran totalmente adaptativos para el subsistema.

- Los efectos del discurso dominante.
- Cómo las redes de significados atrapan conversaciones que conllevan la emergencia de emociones interpretadas como dolorosas por parte de los integrantes de grupo familiar.
- Cómo los posibles cambios en las formas de explicarse las experiencias pueden influir en la interpretación de la realidad y con ello el establecimiento de conversaciones que no repliquen el dolor y permitan otras alternativas de acción ante los episodios tan complejos que viven en el trascurso de la desintoxicación.

Este trabajo se construirá desde una perspectiva epistemológica basada en el constructivismo, siguiendo los fundamentos teóricos del socioconstruccionismo. Como metodología de investigación seguiremos los lineamientos de una investigación cualitativa, con un diseño de investigación de “Caso Único”; además se utilizará la hermenéutica analógica como metodología de interpretación y, a través de la cual, buscaremos establecer los límites sobre qué dominios trabajar, qué narraciones considerar, qué narraciones posteriores evaluar como un cambio positivo en la aplicación de la TSCN y qué interpretaciones nos permitirá ir profundizando en nuestro quehacer terapéutico.

II. Antecedentes Teóricos.

II.1 Problema de Estudio.

El alcohol es considerado una sustancia psicoactiva cuyas propiedades pueden llegar a generar dependencia y otros daños al organismo. El efecto más grave es el alcoholismo y las enfermedades asociadas al consumo denominado "problemático de alcohol". Entre las enfermedades que se pueden desarrollar por el consumo constante de alcohol, están: la diabetes, el cáncer, la hipertensión, el hígado graso, la hepatitis alcohólica, la cirrosis, la pancreatitis, entre otras. (OMS, 2018).

El alcoholismo es la cronicidad y dependencia del consumo de alcohol en cualquiera de sus formas (OMS, 2019). Es considerado en la actualidad una enfermedad médica, crónica, progresiva, con alta probabilidad de ser mortal, se considera que tiene una causa biológica y una evolución que cumple con los criterios aceptadas para la definición de cualquier patología orgánica (Babor et al., 1994). En este sentido, las consecuencias orgánicas del consumo prolongado del alcohol están asociados con cambios estructurales a nivel celular que permite una afectación global del organismo, particularmente las asociadas al sistema nervioso central y hepático (Sarasa-Renedo et al., 2014).

En consideración al párrafo anterior, la interacción entre la cronicidad del consumo de alcohol y el sistema nervioso, implica que a nivel de cerebro se genera una estimulación constante en los centros responsables del placer y sensaciones asociadas, promoviendo una adaptación del encéfalo a los cambios placenteros desarrollados por la ingesta del alcohol, lo que despliega en el tiempo una dependencia hacia esta sustancia (Espinoza et al., 2021). Parte de esta adaptación del encéfalo al consumo de sustancias alcohólicas implica la pérdida de la voluntad (Brugues, 1930), intensificación de los cuadros de ansiedad (Celestino & Blánquez,

2007) y la aparición de síndromes asociados a la experimentación de la angustia (Vázquez-Cuesta, 2005). Siguiendo a Fainzang en 2009, podemos nombrar las siguientes:

- a) La pérdida del control respecto al consumo;
- b) La perturbación de la conciencia;
- c) Problemas físicos, entre ellos: pérdida de memoria, problemas digestivos, deshidratación, lentitud en el pensamiento, entre otras.

El problema de investigación de este trabajo no se concentra en una sintomatología específica del alcoholismo. Al ser nuestra unidad de análisis los *sistemas relacionales y comunicacionales familiares* que se han visto modificados en función a la evolución, prolongación y profundización del consumo de alcohol por parte del padre de familia, se concentra en los sistemas de relación que se han visto perturbados, especialmente los relacionados con los episodios ortogonales. Es parte de nuestro trabajo describir como los integrantes del sistema relacional refieren sus experiencias desde los hechos ocurridos en los denominados *episodios ortogonales* y las formas de explicación que se han desarrollado y se entrelazan con emociones que son interpretadas como dolorosa por cada una de las personas que integran el subsistema familiar.

II.2 Perspectiva epidemiológica del alcoholismo y sus consecuencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud del 2018, concluyó que “*el número de muertes relacionadas con el alcohol, la carga global de morbilidad y lesiones causadas por el consumo nocivo de alcohol continúa siendo inaceptablemente alta, particularmente en la Región de Europa y la Región de las Américas*” (p.345). Esto nos permite reflexionar que el consumo nocivo de alcohol trae consigo un conjunto de problemáticas de salud asociadas tanto directa como indirectamente. Esto implica que el

denominado consumo de alcohol “nocivo”, ha llegado a ser uno de los factores de riesgo para la población global (OMS 2014), no sólo por el acto de la ingesta del alcohol si no por las consecuencias asociadas a la alteración de las conductas generadas por el consumo de esta sustancia.

Esto implica que el fenómeno del alcoholismo desarrollará modificaciones en los objetivos de las políticas públicas (OMS, 2018). Es tal el impacto del alcoholismo como enfermedad crónica y sus efectos a terceros, que esto ha llevado a tomar la decisión de volver a administrar los fondos destinados a políticas sociales a programas que prevengan e intervenga el consumo de alcohol y sus consecuencias (OMS 2014). Según lo anterior, entre los fondos que se han visto re-administrados tenemos los denominados Programas Desarrollo Sostenible (ODS) cuyos objetivos están orientados a “*la salud materno infantil, enfermedades infecciosas (como el VIH, virus hepatitis, tuberculosis), enfermedades no transmisibles y salud mental, lesiones e intoxicaciones*” (p.120).

En relación con las estimaciones respecto al total de consumidores de alcohol en el mundo, hacia el año 2014, según lo planteado por a la OMS, se había estimado que el número de consumidores habituales era cercano a los 2.3 mil millones de personas. Vale indicar que este estimado sólo consideraba tres regiones del globo: América, Europa y el Pacífico occidental (OMS, 2014). En relación con este informe, las tasas de consumo se han distribuido de la siguiente forma: En Europa un 43,8% de la población consume alcohol, la región de las Américas el 38.2% de la población consume alcohol y el Pacífico Occidental el 37,9% de la población consume alcohol. Más allá del impacto social, que conlleva a modificar planes sociales y políticas públicas en variados puntos del globo, se suma que, a nivel de salud física, el alcoholismo, no es un fenómeno aislado. Siguiendo a la OMS (2014), sus estudios han demostrado que los altos niveles de consumo se presentan con comorbilidades (Belon-Hercilla et al., 2020). Entre estas

comorbilidades, encontramos: el tabaquismo y el consumo de sustancias psicoactivas, en primer lugar y, en segundo lugar enfermedades como: hepatitis alcohólica, cirrosis, hipertensión arterial, cáncer estomacal, problemas cardiacos. Las asociaciones de alcohol con tabaco o sustancias psicoactivas se presentan en los siguientes porcentajes, según la OMS en el año 2018: 75% de coexistencia entre el consumo de tabaco y alcohol y 49% entre el alcohol y otras sustancias psicoactivas. Respecto a las enfermedades como hepatitis alcohólica tenemos un 66%, cirrosis 75%, hipertensión arterial 60%, cáncer estomacal 33%, problemas cardiacos 75% de coexistencia. (OMS, 2018).

Respecto a la comorbilidad existente respecto al alcoholismo y otras sustancias de consumo y en relación con el AVISA¹ (Años de vida saludable perdidos) -indicador que calcula la cantidad de años productivos perdidos por persona relacionada a una incapacidad desarrollada por motivo de una condición médica patológica- se estima en 132.6 millones de años perdidos a nivel mundial². De este valor, el 5.1%, equivalente a 6.762.600 millones de años perdidos, hace referencia directa al consumo nocivo de alcohol (OMS, 2018).

Las estimaciones anteriores, según lo planteado por Belon-Hercilla (2012), se debe considerar que el alcoholismo ha ido ganando espacio con relación a enfermedades antiguas como modernas, cuando dice que: *“las enfermedades asociadas al alcohol han llegado a ser más altas con relación a enfermedades como la tuberculosis, el VIH/SIDA y la diabetes”* (P.35).

Las estadísticas entregadas por la Organización Mundial de la Salud, en el año 2015, indican que los trastornos relacionados con el consumo de alcohol representan una de las diez primeras condiciones de salud que contribuyen a explicar los años de vida perdidos en la población adulta,

¹ El AVISA (Años de Vida Saludables) es un indicador que expresa en una unidad de medida única el impacto de la muerte prematura y de la discapacidad, es decir, la “Carga de la Enfermedad” de una población.

² Este cálculo se entiende como la cantidad de años perdidos por la muerte o discapacidad desarrollada por enfermedades de diferentes indoles. Se calcula en base al nivel de productividad perdida en relación con la incapacidad que la persona desarrolla en relación con la patología

existiendo un aumento con las estadísticas de los años 2017 y 2018 (Martínez González et al., 2018). Para el año 2018, la OMS, había planteado que “...de todas las muertes por consumo de alcohol, el 28,7% se debieron a lesiones, el 21,3% a enfermedades digestivas, el 19% a enfermedades cardiovasculares, el 12,9% a enfermedades infecciosas y el 12,6% a cánceres” (p.75).

En Chile, históricamente, se ha considerado que el alcoholismo puede presentar consecuencias sociales y médicas (SENDA, 2019). Según SENDA (2019), el consumo de alcohol en Chile presenta un conjunto de patrones en las conductas de los consumidores de alcohol que es transversal a los rangos de edad o pertenencias a clases sociales. Estos patrones tienen una alta incidencia en acciones que adquieren una alta probabilidad de sufrir discapacidad o mortalidad para quienes los ejecutan. Por ejemplo, *La Encuesta Nacional de Salud*, instrumento aplicado por el Ministerio de Salud de Chile, estima que 1 de cada 10 personas cumplen con los indicadores para poder ser definidos como personas con “consumo de riesgo de alcohol” (SENDA, 2019). Este consumo de riesgo está asociado a las siguientes características descritas por Gerardo Flórez Menéndez, en su texto “*Evidencia y Herramientas para Abordar al Paciente con Trastornos Relacionados con el Alcohol*” del 2018, estas serían:

- A. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- B. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo.
- C. Síntomas somáticos de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa (temblor, sudoración, insomnio, taquicardia, ansiedad, y en casos graves, convulsiones o delirium).

- D. El alcohol, o sustancias similares, se consume con la intención de aliviar o evitar este cuadro.
- E. Aumento de tolerancia, esto se entiende, que para alcanzar los mismos efectos son necesarias cada vez dosis más elevadas.
- F. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol.
- G. Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- H. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias, físicas o psíquicas, perjudiciales

En relación con criterios de edad, tenemos que el rango que abarca desde los 15 y 24 años presenta un mayor grado de consumo de alcohol, representando el 14.4% de la población (SENDA, 2017). En Chile existe mayor mortalidad por alcohol que en los países que presentan indicadores similares respecto al consumo (OMS, 2018). A lo anterior se suma variabilidades en las formas de consumo respecto al tiempo y espacio. En Chile el consumo se desarrolla, en mayor cantidad, los fines de semana (SENDA, 2017). Este fenómeno difiere respecto a los países europeos (SENDA, 2015), ya que si bien los niveles de consumo son similares, la distribución es diferente, donde, en el caso europeo, la distribución se administra en los días hábiles de la semana y, en el caso de Chile, se concentra al terminar la semana (SENDA, 2017).

Los trastornos por consumo de alcohol, tomado como corte la edad de los 18 años, presenta un total de 1.9% equivalente a 260.206 habitantes (SENDA, 2019) que presentan un tipo de trastorno asociado al consumo perjudicial de alcohol (DIPRES, 2019). Respecto al género se

observa que en hombres la prevalencia es de un 3.0% equivalente a 201.688 hombres y en mujeres, la prevalencia es del 0.8% equivalente a 58.516 mujeres (SENDA, 2017).

Los estudios que toman en consideración los rangos de edad muestran que el rango de edad que va entre los 18 a los 24 años, es una población con una alta tendencia a generar trastornos mentales, asociados al consumo excesivo de alcohol, entre ellos: psicosis, consumo de otras drogas, depresión, trastorno bipolar. Este rango representa el 2.9%, que equivale a 58.128 personas (SENDA, 2020); otro rango de edad que presenta esta característica es el rango que va desde los 25 a los 44 años, presentando una incidencia del 6.9%, equivalente a 174.384 personas; en rangos de edad superior, por ejemplo, el que va desde los 45 años o más la tasa llega al 0.7%, representando a 43.105 personas (SENDA, 2017). Respecto al género, la dependencia de alcohol en personas mayores de 18 años, tenemos que en hombres hay una prevalencia del 0.5% estimando los casos en 33.396 personas y en el caso de las mujeres una tasa de 0.2% equivalente a 11.108 (Cáceres et al., 2018).

II.3 Prejuicios profesionales respecto al alcoholismo.

La relación del alcohol y el alcoholismo con aspectos morales han sido descritos desde los tiempos de los primeros textos escritos. Constantemente plantean que el problema del alcohol no es su consumo, sino la pérdida del control respecto a su ingesta, motivo que en amplia forma lo ligan a una forma de “*pérdida de control*” (Ramos-Lira et al., 2001) y a la “*falta de voluntad*” (Blanco et al., 2011).

Los antecedentes recopilados por Martínez-González en el año 2018, y en consideración a un conjunto de usos que el alcohol ha ido adquiriendo a través del avance de los siglos y el desarrollo de las sociedades (Ronzani et al., 2009), se puede plantear que el consumo de alcohol, en sí mismo, no es el estigmatizado, sino que la estigmatización está enfocada en la embriaguez

y, en una segunda instancia, la imposibilidad de controlar el impulso de tomar, esto según Berger (2005). Este investigador, plantea:

"El prejuicio que se construyó respecto al alcohol, afecta a los diferentes actores que interactúan dentro de un marco social, en este sentido, es dable pensar que este prejuicio se activa en los diferentes personajes que van ejecutando estas políticas públicas" (p.56).

En un estudio, denominado "Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas", del año 2019, de los autores Tirado, Calderón y Restrepo, plantean: "Los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) son una de las condiciones más estigmatizadas a nivel mundial, incluso por encima de enfermedades como el SIDA la depresión, la lepra o la esquizofrenia (p.20) a lo cual complementan respecto a la estigmatización:

"no es un asunto ajeno al personal de salud; situación que se evidencia en las actitudes negativas hacia los pacientes con dicho diagnóstico por parte de los profesionales sanitarios, sumado al poco interés y satisfacción que manifiestan respecto al trabajo con esta población, ya que consideran que son sujetos desafiantes, estresantes y difíciles de manejar." (p.22)

Respecto al prejuicio asociado al consumo problemático de alcohol y sus tratamientos Ronzani et al. (2009), han estudiado los procesos asociados al prejuicio y la estigmatización en base a dos niveles.

- En primer lugar, han observado que el paciente es catalogado en función a sus síntomas, signos, pero no accediendo a los significados por los cuales el sujeto llegó a desarrollar una conducta de consumo (Ronzani et al., 2009).
- En segundo lugar, es la preconcepción que existe en torno al profesional y a la posible falta de voluntad del paciente para llevar adelante su tratamiento y poder controlar los impulsos del beber (Ronzani et al., 2009).

El profesional, como todo ser humano, es parte de una cultura por lo cual va desarrollando un conjunto de representaciones sociales que se instauran previos a los conocimientos técnicos que pudiese generar en su futuro (Duarte et al., 2006) y que inciden en la percepción que este profesional puede tener de un fenómeno en particular (Ronzani et al., 20011). A lo anterior, los autores, desarrollan la idea sobre el “Estigma Social”, el cual entienden como un proceso, cuya formación conlleva el atribuir características negativas a un conjunto de condiciones sociales, médicas y psicológicas y lo cual es transversal a las diferentes instituciones que componen una sociedad (Ronzani et al., 2009). Además, el fenómeno del estigma tiene la característica de no ser sólo reconocidas por los grupos de observación externos a la persona que padece alguna condición, sino que por la persona misma comienza una segunda dimensión de este proceso internalizando y profundizando las creencias y sentimientos asociadas a las atribuciones negativas (Ronzani & Touzé, 2021), lo cual implica que, ante la premisa validada desde los grupos de profesionales, el paciente asume la premisa como verdadera sin profundizar él mismo en sus experiencias o significados que pudiesen estar asociados a sus conductas de consumo.

Parte de estos trabajos, fueron mostrando otro fenómeno anexo, la atribución de intencionalidades respecto a las problemáticas que las personas padecen (Belón-Hercilla et al., 2020). Se ha observado que las personas que son indicadas como adictos al alcohol y otras drogas, presumen los profesionales que, a lo menos, sus pacientes son parcialmente responsable del problema y totalmente responsable de la solución, es decir, presentan una percepción moral en relación con el usuario (Chagas et al., 2021). Lo anterior a traído como consecuencia que la OMS (2007) haya comenzado a prestar especial atención a cómo la reducción de la estigmatización puede tomarse en cuenta en las políticas de alcohol (OMS, 2007).

A lo anterior, se pueden definir un conjunto de modelos que dan cuenta de la forma en cómo los procesos de prejuicio y estigmatización operan ante pacientes con alcoholismo o por consumo de otras drogas. Según Ronzani & Andrade (2006), estos modelos serían:

- Modelo moral: el propio individuo es responsable de la aparición y solución de un determinado problema de salud. El alcoholismo es visto como un mal hábito, siendo su causa atribuida a una debilidad moral, y su no solución, a la falta de fuerza de voluntad
- Modelo médico: el individuo es mínimamente responsable de la causa y solución del problema, porque el alcoholismo tiene una etiología biológica. El alcoholismo se ve como un problema irreversible y sin cura. El tratamiento del problema sería posible mediante el seguimiento de un profesional o programa que lo ayudaría en la búsqueda de la abstinencia.
- Modelo compensatorio: el individuo es mínimamente responsable de la causa o aparición del problema, sin embargo, es responsable de resolver su problema desarrollando nuevas habilidades afrontar o adquirir un mejor sistema de apoyo social.
- Modelo iluminado: el individuo es responsable de causar su problema, porque es dominado por las ganas de beber lo que le lleva a perder el control. Sin embargo, el alcohólico tiene un control mínimo para resolver su problema. Por lo tanto, el tratamiento requiere que el alcohólico admita la debilidad ante la bebida y somete su control a una fuerza mayor que ilumina sus pasos.

II.4 Formas de Diagnóstico y Tratamiento.

Según la estructura y secuencias de acciones diagnóstica (García Gómez et al., 2020), dependerán de los diferentes manuales de diagnóstico utilizados, desde los cuales se aplicarán los criterios de diagnóstico junto con la aplicación de diferentes pruebas o test. Como ejemplo

podemos nombrar el DSM-V y CIE-10. Para que el diagnóstico de alcoholismo se realice, según Giménez-Ortigoza (2020), se deben observar un conjunto de fenómenos sociales, biológicos y conductuales-psicológicos, entre ellos:

A) Problemas físicos:

- Temblores en miembros superiores,
- Sudoración,
- Dolores de cabeza,
- Náuseas,
- Ansias,
- Problemas tanto en la presión como en la frecuencia cardíaca.
- Niveles biomédicos alterados, como ejemplo: nivel de glucosa, colesterol, hipertensión, entre otros.

B) Problemas Psicosociales:

- Experiencias de pérdidas o muertes cercanas.
- Pérdidas de estabilidad laboral, económica.
- Conflictos relacionales.
- Historia familiar de consumo.

C) Problemas psicológicos:

- Ansiedad generalizada
- Cuadros de Angustia

- Pensamientos intrusivos
- Estrés
- Pérdida de memoria
- Episodios de violencia.

A los signos y síntomas que se han nombrado anteriormente, se suma que estos síntomas siempre van asociados con un deseo de consumo de alcohol que llega a ser experimentado como “incontrolable” (Belón-Hercilla et al., 2020).

En ámbitos de exploración, se realizan un conjunto de preguntas que van asociados a los hábitos de consumo, lo cual, y si el paciente no está en condiciones o no presenta voluntariedad, se realizan a parientes, familiares o amigos (Belon-Hercilla, Denegri-Solís, & Soto-Añari, 2020), y entre las pruebas más aplicadas en programas SENDA en Chile son el Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).

Se suma esto una evaluación psicológica, la que está centrada en poder analizar los síntomas que experimenta el paciente, en relación con los pensamientos, sentimientos y patrones de comportamiento como también la aplicación de instrumentos, entre ellos cuestionarios y entrevistas semiestructuradas para poder definir el cuadro de alcoholismo (García Gómez et al., 2020). Los factores anteriormente expuestos están asociados 11 criterios diagnósticos que son presentados en el DSM-V, nombraremos algunos:

- Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses.

- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

A lo anterior, y en función a constantes innovaciones en el ámbito de la aplicación de pruebas y desarrollo de psicometría aplicada, Maristela Monteiro, asesora principal para el alcohol OPS/OMS, ha venido desarrollando una metodología diferente con relación al diagnóstico del alcoholismo, el denominado AUDIT (Monteiro, 2013), el cual es un cuestionario que busca indagar en aspectos cuantitativos y cualitativos del paciente con alcoholismo (Monteiro, 2016).

Respecto a los factores de vulnerabilidad social de la persona, entiende la autora, se deberán delimitar y por ende ser considerados el nivel de desarrollo como también su cultura y normas que emergen de esta (Monteiro, 2013). Un punto importante es comprender el contexto del consumo, la disponibilidad y la regulación que pudiese existir en el contexto donde se desarrolla el consumo (Monteiro, 2016).

En Chile, las estrategias de intervención en relación con el alcoholismo, considera que el inicio de este es multicausal (García Gómez et al., 2020). Existen tres factores a considerar según este autor:

- a) Factores biológicos, los cuales predispondrían a generar un grado de vulnerabilidad en ciertos tipos de sujetos;
- b) Factores familiares, en los cuales encontramos descripciones en torno a las causas del alcoholismo a las formas de relación dentro del núcleo familiar, tipos de apego, el contexto donde está inserta el grupo familiar, las formas de relación parental familiar
- c) El factor social en el cual se describen las condiciones de disponibilidad del alcohol, el grado de inserción en algunos tipos de drogas dentro de la comunidad donde recibe el paciente, y la frecuencia de recaídas de este

Además de los tres factores que definen la causalidad del alcoholismo, nombrados anteriormente, los tratamientos psicológicos se van diferenciando según la etapa en la cual se encuentra desarrollado el alcoholismo. Existen tres parámetros generales principales en las cuales se define el grado de dependencia logrado por el paciente. Según García (2004).

- a) Que se sobrepase la norma de consumo habitual en un medio determinado. Es decir, que exista realmente un abuso del tóxico y que este abuso no sea transitorio, sino un patrón de comportamiento estable.
- b) Que se hayan producido daños tanto orgánico como psíquico y social.
- c) Que exista un nivel de esclavitud ante el tóxico que determine que el sujeto, a pesar de reconocer el efecto dañino por experiencia propia, no sea capaz de detener el consumo.

A lo anterior, y según Tavares (2019), referente al grado de dependencia que el alcohol ha generado en el consumidor, se puede separar en dos las categorías que definen los estados de alcoholismo, esto son:

- Tolerancia: adaptación cerebral a la presencia de altas concentraciones de alcohol. Se consume de forma constante, con alta frecuencia, sin sintomatología patológica evidente.

- Dependencia física: síntomas de abstinencia que ocurren cuando disminuye o cesa el consumo de alcohol. Se tiende a desarrollar en circunstancias que el sujeto experimenta un tipo de sintomatología que la asocia a una enfermedad, lo que le conlleva a dejar el hábito del consumo, dando pie a la emergencia de cuadros de abstinencia.

En Chile el problema del alcoholismo se trabaja, en el ámbito psicológico, en una primera instancia, desde una perspectiva cognitiva (Pérez et al., 2007). Se parte de la premisa que las funciones ejecutivas superiores se encuentran disminuidas, procesos como: la atención, el razonamiento, la memoria, el pensamiento, la abstracción entre otros. (Pérez et al., 2007). Posteriormente y en una segunda etapa, se desarrolla el tratamiento directamente asociado a la adicción, los cuales generalmente son de corte cognitivo conductual (Florenzano, 2016). Es en esta etapa donde se desarrollan los objetivos de intervención, definidos posteriormente a la revisión clínica de las conductas, de las cogniciones, y de las manifestaciones emocionales del paciente, con lo cual emerge el plan de intervención (Escobar et al., 2018).

II.5 El Síndrome de Abstinencia de Alcohol.

El término "Síndrome de Abstinencia de Alcohol" (SAA) es el nombre que se usa para agrupar los síntomas que se presentan cuando alguien que ha desarrollado un consumo constante del alcohol y lo detiene repentinamente o reduce significativamente la ingesta de esta sustancia (Guerra Domínguez et al., 2019).

La instalación de la dependencia física requiere el consumo de cantidades importantes de etanol³ durante un tiempo prolongado, habitualmente de 5 a 10 años, aunque en un uso muy

³ Es un compuesto que se ha obtenido desde la antigüedad por medio de procesos fermentativos de azúcares simples, pudiendo ser ingerido y comportándose fisiológicamente como una sustancia psicoactiva. Es el compuesto característico de las llamadas bebidas alcohólicas, como el vino.

intenso unos meses pueden ser suficientes (López et al., 2021). El cese completo del consumo de alcohol no es necesario para la aparición del síndrome. Una reducción significativa en el uso diario es suficiente reduciendo los niveles de etanol en la sangre por debajo de los niveles normales (Villar et al., 2016).

En alcohólicos crónicos, se han informado manifestaciones del síndrome de abstinencia con niveles de etanol en el rango de 100 mg / dl o más (Ballesteros et al., 2020). A menudo, la aparición del síndrome abstinencia es el resultado de la presencia de una enfermedad subyacente grave (gastritis, neumonía, traumatismo, cirrosis).

A lo anterior, y según lo planteado por Escobar (2018), el SAA, será considerado como tal, solamente en el momento que se pueda verificar que la persona ha dejado de consumir alcohol, ya sea por voluntad propia, por un hecho circunstancial, una hospitalización u otro motivo que implique voluntaria u obligatoriamente cesar con el consumo cronificado de alcohol. Esta es una de las condiciones para ser considerada la posibilidad de emergencia de los diferentes tipos de síndromes de abstinencia (Escobar, et al., 2018). Existen una tipología del SSA, el cual, según Chaves (2005), sería:

- Síndrome de Abstinencia Menor: caracterizado por un leve aumento de la actividad nerviosa autónoma (Chaves et al., 2005). Los pacientes experimentan náuseas, anorexia, temblores, taquicardia, hipertensión, trastornos del sueño (principalmente insomnio o sueños muy vívidos), ansiedad, aumento de los reflejos tendinosos. Incluso los pacientes sin un miedo evidente sienten temblores. No hay alteraciones del nivel de conciencia, aunque a veces se observa una leve alteración de la orientación en el tiempo. (Puerta et al., 2006).

- Síndrome de Abstinencia Mayor: A las manifestaciones del síndrome menor se suman síndrome de orientación, alucinaciones, fiebre y sudoración. (López et al., 2021).
- Delirium Tremens o Delirio Aterrador: El trastorno del nivel de conciencia con trastornos de la orientación, confusión, agitación, es la característica principal del delirio aterrador. Coexiste una hiperactividad dramática del SNC y el sistema nervioso autónomo (Chaves et al., 2005). Los pacientes con delirio aterrador experimentan temblores intensos, confusión, dificultad para hablar, fiebre, delirios, alucinaciones visuales aterradoras (y rara vez auditivas o táctiles), agitación psicomotora y midriasis. El delirio aterrador puede complicarse con hipertermia, rabdomiólisis, traumatismos, arritmias, inestabilidad hemodinámica. Las convulsiones son poco frecuentes (Thomas et al., 2021).

En las descripciones clásicas, se informa que uno de cada cuatro pacientes con síndrome de privación leve a moderado puede experimentar alucinaciones y pesadillas (Thomas et al., 2021). Las alucinaciones suelen ser visuales (por ejemplo, cucarachas o reptiles en las paredes o en la cama), aunque en un 20% son auditivas y rara vez táctiles u olfativas. Sin embargo, algunos pacientes experimentan alucinaciones como única manifestación de privación (Puerta et al., 2006). Esta condición se conoce como alucinación alcohólica aguda y por lo general comienza de 8 a 48 horas después del cese del consumo de alcohol (Thomas et al., 2021). Los principales síntomas del síndrome de abstinencia serían:

- Mareos con alteración de la coordinación de movimientos.
- Fiebre, presión excesiva.
- Aumento de la frecuencia cardíaca. dificultad para respirar.
- Trastornos intestinales y náuseas.
- Debilidad en las piernas, temblor de las manos.

- Estado de ánimo deprimido, ansiedad severa.
- Aparición de miedos fraudulentos, psicosis y alucinaciones.

El mayor riesgo es el síndrome de abstinencia de alcohol delirante o, como se denomina, "delirio tremens" (Puerta et al., 2006), desde la manifestación de este, y si no obtiene la ayuda necesaria de los expertos y no monitorea a una persona, esta situación puede conllevar al paciente a lastimarse a sí mismo, incluso ser capaz de suicidarse o lastimar a otros, incluso a los cercanos a él, sin comprender lo que hace (Puerta et al., 2006).

II.6 La Terapia Familiar Sistémica.

El conocimiento principal de los modelos de terapia familiar sistémica está centrado en el cómo se desarrolla el sistema, evoluciona y opera. Esto implica, a la vez, sobre cómo se concibe la familia, el cual se entiende como un sistema que se autorreproduce constantemente (Cathalifaud & Mansilla, 1999). Es a lo anterior, que la comprensión del grupo familiar, en esta perspectiva, es holística y será necesario estudiar las conductas de los diferentes integrantes del sistema, las cuales no podrán ser comprendidas de forma individual y externos a las dinámicas familiares en las que está inserto el individuo (Cathalifaud, 1989).

Estas perspectivas conservan un enfoque integral en la que el sujeto no logra apartarse del sistema (Maturana, 2012) y toda investigación de un sistema familiar implica que el investigador pasa a ser parte del mismo sistema una vez que comienza la interacción con los diferentes integrantes del sistema. Las Teorías de Sistemas, y posterior a la entrada de ideas como la autopoiesis (Maturana & Varela, 1979) y la codificación indiferenciada (von Foerster, 1969) se asume que no hay una realidad única y total, sino distintas versiones de la realidad que son matizadas por la subjetividad (Cárdenas, 2016).

Según Cárdenas (2016), citando a Waldrom (1998), respecto a la terapia familiar sistémica, sostiene: *“En general los modelos sistémicos familiares ven el consumo de sustancias u otros problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar”* (p.26).

A lo anterior, y según el punto de vista de las terapias sistémicas, en relación con el consumo de alcohol, podemos considerar que las conductas de consumo tienen un rol al interior del grupo familiar o sistema (Cathalifaud, 2006). Dentro de las lógicas de funcionamiento interno, los sistemas de relación y formas en cómo este sistema construye una realidad, el alcohol no se impone como un ente exógeno, sino que entiende que fue complementándose en las interacciones recurrentes del sistema (Maturana, 2012).

En resumen, asumen que cada integrante de la familia elabora una construcción individual y en conjunto constituyen una construcción grupal del sistema familiar. Colocan énfasis en los significados y las creencias compartidas, en las que el lenguaje es fundamental. Se centran en la subjetividad, en la construcción de la realidad, en la transformación colectiva de los significados compartidos, en la ética y los valores.

II.7 La Coherencia del ser y la reautoría.

Los trabajos realizados por Guajardo y Kushner han llevado a desarrollar una reflexión en torno a la homeostasis del organismo en torno al cómo emergerían las psicopatologías (Guajardo y Kushner, 2011). Lo anterior, implica, que el equilibrio de un sistema, que puede ser un organismo o un organismo dentro de un grupo de otros organismos dentro de su cotidianeidad, van emergiendo situaciones o se van enfrentando a situaciones desarrolladas en contextos específicos que cambian las dinámicas constantes que el sistema ha desarrollado y que le entrega una forma de identidad. Estos cambios, al conllevar un cambio en la identidad del

sistema, trae consigo un cambio en las perspectivas, expectativas y realidades de los demás integrantes del sistema, los que “lucharan” para mantener su sistema en las condiciones en las cuales ellos mismos se han desarrollado. Esto lo plantean, los autores Guajardo y Kushner bajo la concepción de la “*coherencia del sistema*”. Esta definición, implica comprender el cómo, el sistema, busca mantenerse dentro de los rangos homeostáticos que se han desarrollado durante su existencia (Guajardo y Kushner, 2011). Ante esta propuesta, describen que la mayoría de los enfoques psicopatológicos de la psicología y la psiquiatría observan el fenómeno, en lo que ellos denominan “*psicología del afuera*” (Lecannelier et al., 2009). Para los autores la psicopatología se desarrolla cuando los procesos “*top down no permiten mantener la vibración dentro de los parámetros que el organismo ha organizado como parte de su funcionamiento*” (Licanaller et al., 2017. p.45). En este sentido, el operar del organismo está coordinado con el operar del sistema. En la emergencia del sistema, que se puede entender como el momento en que los diferentes elementos del sistema se encuentran, emergen una serie de coordinaciones que sólo son pertenecientes a ese tipo de organización en ese momento y lugar.

A lo expuesto por Guajardo y Kushner (2012) con relación al proceso descrito en función con la adicción, argumentan: “*La adicción es el intento de sostener algo que habita en la fantasía del pensamiento alimentado por las sensaciones y el duro enfrentamiento de la pérdida, es lo que el paciente no puede ni quiere aceptar.*” (p. 37). De lo anterior, se deduce que los parámetros no cuentan con rangos definidos, rangos que además agregan, “quedan delimitados en función a la persona y en el cómo esa persona fue adaptando su vibrar dentro de estos límites que el mismo desarrolló y fue creando en función a sus experiencias. Según Licanaller (2017) “*será dentro de estos límites donde el estado del organismo se desarrollará de forma coherente independiente que estos mismos rangos sean insoportables para otra persona*” (p.38). Pues será en torno a condiciones amenazantes en donde el sujeto sale de sus condiciones predecibles por lo cual

buscará otros mecanismos de regulación o dará más rigidez a las existentes, lo cual implicará la aparición de otro nivel de homeostasis. Esto quiere decir que los síntomas psicopatológicos son formas de experiencia que se encuentran fuera de este rango homeostático, sin embargo, aún están bajo una coherencia organizada del sistema.

Es por ello que la psicopatología, plantean, hace su debut en el ser humano cuando los recursos organizacionales de vibración emocional se ven amenazados por las demandas externas que superan las capacidades y recursos para mantener el equilibrio psico biológico, por lo tanto para los autores la psicopatología consiste en una postura de homeostasis coherente autoorganizada, la psicopatología (enfermedad) emerge cuando las estrategias de mantenimiento de la homeostasis van generando procesos paulatinos y compatibles con la muerte biológica.

La enfermedad, desde este punto de vista, es más coherente con la noción de la medicina donde lo enfermo es lo que va en contra de la vida. Guajardo & Kushner (2017) dicen: *“Uno de los aspectos importantes en el proceso de rehabilitación del adicto es la intervención que debe realizarse con el familiar. Es preciso señalar que la familia del adicto se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción”* (p.12)

Respecto a las drogas, planteaban que uno de los aspectos más importantes en el proceso de rehabilitación del adicto es la intervención que debe realizarse con el grupo familiar. Es preciso señalar que la familia del adicto se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción. Los autores han descrito que las familias de adictos desarrollan una serie de alteraciones que derivan en importantes aspectos de disfuncionalidad. Uno de los problemas más serios que deben enfrentar son las intensas y frecuentes manipulaciones que reciben del adicto. Por otra parte, se distorsionan los sentimientos del grupo generándose en

alguna sobreprotección, rabia, angustia, temor todo lo cual favorece en uno o varios miembros del grupo del fenómeno de la codependencia que ha sido descrito por diversos autores.

II.8 Explicación del Tratamiento respecto al Contexto de Atención y Sistema Consultante.

II.8.1 Sobre el por qué utilizar la TSCN

Para Zlachevsky (2011), el concepto hermenéutico comprensivo pasa a llamarse fenomenología hermenéutica. Aquí, luego revela lo que es exclusivo de la terapia sistémica centrada en la narrativa, enfatizando el surgimiento y la importancia de la interpretación del fenómeno por parte del observador. Es una forma diferente de entender la psicoterapia, ya que no está dirigida a explorar la verdad absoluta que se aplica a todos los seres humanos, sino a permitir que la historia comprenda la historia que acompaña el contexto y la biografía de esa persona. Con esta actitud, la realidad se manifiesta como un fenómeno especial. A continuación, se asume la existencia de múltiples realidades. Las diferentes verdades que componen las diferentes experiencias que los humanos experimentan al construir el mundo. Por lo tanto, TSCN aporta un enfoque filosófico y psicoterapéutico a los problemas del futuro humano y emerge como una posición posmoderna. Alienta a las personas terapeutas a trascender la reproducción de técnicas y teorías reduccionistas y sistemáticas y rescatar la relevancia de los encuentros, más allá de proponer formas específicas y únicas de ejercer la psicoterapia, por lo que se establece como un modo de reflexión. Una relación terapéutica única, no reproducible entre dos o más personas. Y los significados e historias que componen su experiencia humana. TSCN es narrativo y sistémico. Es una forma respetuosa de acercarse al sujeto porque enfatiza la importancia de la historia y cómo coexiste con otras, la importancia del lenguaje y los significados y creencias comunes en las áreas de diferentes seres que las personas evolucionan y ocupan. Es sistemático porque busca ir más allá de la lógica de que los seres humanos están sólo dentro de la mente, y revela el pensamiento ingenuo de que las historias y significados que aparecen

en los seres humanos son hechos aislados. Por el contrario, nos invita a comprender la realidad desde la subjetividad mientras tanto. (Zlachevsky, 2003).

II.8.2 Sobre el contexto donde aplicarla

El contexto de atención se desarrolló en dos instancias: la primera, en el domicilio familiar y, en segunda instancia la plaza de Copiapó de la misma ciudad y una plazoleta cercana del domicilio del grupo familiar. Las sesiones se agruparon en domiciliarias y terreno. Las domiciliarias se realizaron a dos niveles: individual y grupal, en las que participaban R., T., F., K y las sesiones denominadas terreno, eran de forma individual con R., En todas las sesiones se llevaron a cabo con relación al protocolo de prevención COVID-19. Las sesiones tuvieron un promedio aproximado de 60 minutos en las sesiones individuales con T., K., F., y en el caso de R., las sesiones se desarrollaron dentro de un rango de dos horas en las sesiones domiciliarias y tres horas en las sesiones de terreno, incluyendo horario de traslado.

El sistema consultante es un conjunto de relaciones que se desarrollan dentro de un grupo familiar, cuyos integrantes serán denominados, como: R., T., F., K. El sistema familiar es más amplio, sin embargo se tomó la decisión de trabajar con un subsistema ya que las problemáticas, donde residían las explicaciones cargadas de dolor, estaban dentro de este conjunto de personas. Es por lo que, dentro de la unidad de análisis que es el sistema de relación de este subsistema, la terapia estará centrados en ellos.

El tratamiento se ha definido como paliativo a las problemáticas actuales de R., quien esta con diagnóstico de alcoholismo crónico, cirrosis y encefalopatía hepática con episodios propios del síndrome de abstinencia, los cuales, en específico, estarían dentro de lo que se considera delirium tremens.

El modelo de trabajo de intervención es TSCN. La misma tiene carácter de exploratoria, ya que en el estado de arte no se encontraron temáticas similares en cuanto a la aplicación directa de esta modalidad en el contexto de tratamiento de alcoholismo y Síndrome de abstinencia en grado tercero, el delirium tremens.

Desde las TSCN se definió una forma de trabajo terapéutico en donde se explora mediante una metodología hermenéutica analógica, dimensiones como el “ser” de los involucrados, incluido el terapeuta, y los diferentes dominios de existencia en donde emergían las explicaciones cargadas de dolor, con el fin de poder definir las organizaciones de significados que describen a nivel individual y familiar.

Desde estos grupos de significados, respecto a temáticas específicas, entre ellas: el vino, la locura (que es la forma en cómo los integrantes del sistema se refieren a las conductas de R., cuando entra en fase de abstinencia), el alcoholismo, entre otras, se consideraron para la co-construcción de relatos y con ello las resignificaciones con relación a la problemática actual

III. La TSCN, una Forma de Pensar de la Psicoterapia.

Es necesaria entregar una revisión tanto del nivel epistemológico como paradigmático de nuestra investigación. Desde la perspectiva de las TSCN esta revisión es prioritaria ya que son los ejes fundamentales que invitan a repensar la psicoterapia y de donde emergerán los postulados que se irán trabajando sistemáticamente a lo largo de los apartados posteriores. Para lo anterior, creemos, es correcto comenzar pensando respecto a la Psicología misma.

La Psicología históricamente ha buscado ser definida y validada como una ciencia. Para estos fines se fueron desarrollando un conjunto de metodologías, tanto a nivel de investigación como de psicoterapia que tenían un fundamento epistemológico centrado en el empirismo.

Al tomar los modelos analíticos, cuyo origen lo encontramos en Descartes, con el Discurso del Método (2007), las forma de desarrollar estudios se vieron imbuidas a seguir la línea cartesiana sobre la elaboración de metodologías de investigación, sin embargo, el problema se encontró y desarrolló en la definición del objeto de estudio (Canguilhem, 2001).

El objeto de estudio de la psicología ha sido variado y se ha definido en relación al descubrimiento de ciertos procesos que pueden ser constatados empíricamente, pero de los cuales emergen “Escuelas Psicológicas⁴” que tratan de explicar el total del fenómeno psicológico desde una particularidad, realizando una totalización del fenómeno como una unidad a la cual la psicología se debe abocar a su estudio implicando una crítica a las demás escuelas que siguen un objeto de estudio diferentes (Vygotsky, 1977).

La forma de pensar la psicoterapia, desde la propuesta de Zlachevsky, se propone no como una metodología estructurada, sino como un conjunto de ejercicios de pensamiento hacia el grupo de personas que se encuentran en una sesión terapéutica, incluyendo el terapeuta. A través de la invitación del ser “curioso” (Zlachevsky, 2003), se establece “la pregunta” como el elemento central de la terapia (Zlachevsky, 2005), será a través de ella que se van desplegando un conjunto de historias que develan narraciones que han quedado relegadas por la imposición de una experiencia en un episodio ortogonal que ha conllevado la emergencia de explicaciones de los episodios cargadas de dolor.

Será a través de los dominios de existencia, los cuales están muy acordes con las necesidades de “poner límites” al ejercicio hermenéutico (Beuchot, 2011), donde se podrá comprender las formas de relación, de percepción, de emoción y, en general, el conocimiento que despliega el sujeto para adaptarse y operar respecto a un episodio en específico, el cual

⁴ A lo que Lev Vygotsky se refería, estaba en relación con la configuración de grupos que desarrollan una línea teórica de trabajo, como la ha sido la Gestalt, el Psicoanálisis, el Conductismo.

quedará impregnado en sus relatos posteriores, siempre haciendo el ejercicio de “separación” con la propia experiencia del terapeuta, la cual irremediamente quedará instalada en las descripciones y explicaciones futuras (Beuchot, 2014).

Es por lo expuesto que, en este sentido, la propuesta nos lleva a pensar sobre las terapias, el terapeuta, los sistemas consultantes, y en este sentido, sobre el objeto de estudio, punto que se desarrollará a continuación, en el apartado siguiente.

III.1 Psicoterapia y el Giro Ontoepistemológico.

En relación con las concepciones bases de las TSCN respecto a cómo el organismo vive en función al “cómo conoce”, las perspectivas de lo que se entiende como conocimiento, la reflexión sobre el conoce-hacer, la importancia del lenguaje, las opciones del cómo se construye la realidad con otro, y la inserción operativa de la ontología del ser, implica hacer una relación en dos nociones básica desde las cuales se posiciona el hacer psicológico, el qué se comprende como objeto de estudio, la noción de la mente. Lo anterior implica una nueva comprensión de la psicoterapia. Partiremos con la discusión de la mente.

Si bien se han desarrollado una serie de formas de realizar terapia desarrolladas desde el constructivismo, se sigue desarrollando la problemática asociada al objeto de estudio, ya no tanto como un ente, ya que el entendimiento se ha situado en comprender la mente como un proceso (Garrido, 2010), sin embargo se mantiene la discusión sobre “*dónde emerge la mente*”, siendo que las posturas del constructivismo radical de centran en un proceso interno, intrapsíquico (Díaz, 2004). La línea más radical del constructivismo la podemos encontrar en lo que se ha denominado “constructivismo radical”, pero esta línea sigue comprendiendo el objeto de estudio de forma intrapsíquica (Cayupe, 2013), como lo ha sido la escuela del postracionalismo (Castillo, 2013).

La mente ya no es un “ente”, además tampoco es un “proceso interno” (Diaz, 2004), sino que es una forma que emerge en los diferentes contextos en que las personas establecen sus relaciones con un otro. Francisco Varela llegó a establecer que sus análisis le llevan a la conclusión que demostraban que el sistema nervioso se organiza de forma contextual, particularmente la relación con un “otro” (Varela, 1999).

Respecto al giro ontoepistemológico, por lo tanto, lo podemos pensar que se da en dos instancias, la primera con relación al cambio de perspectiva sobre la “mente” (Garrido, 2010). La mente va perdiendo su categoría de “ente”, que fueron funcionales a teorías y metodologías clásicas venidas desde el paradigma positivista; la nueva concepción de “procesos internos”, la cual, si bien modifica radicalmente la concepción de “ente” respecto a la mente (Castillo, 2013), por la “procesos” o “flujos de información”, estos siguen siendo asumidos como “internos” centrando su observación-investigación en la deducción de estos procesos en el “interior” del sujeto, entendido a la vez como individual, hermético y autopoieticos, como lo plantean las posiciones postnacionalistas adosadas a una postura constructivista radical.

La segunda instancia, es la concepción de sujeto. En relación con la concepción del “Dasein” que será integrado por Zlachevsky en su modelo intervención, tema que será desarrollado en párrafos posteriores, implica adoptar la noción Heideggeriana de la no existencia del sujeto, esto implica repensar concepciones como la “Conciencia” o la forma en que la “Culpa” se instaura en la existencia como un fenómeno presente en la mente que ataca la existencia provocando angustia y dolor.

Desde la comprensión del conocimiento desde el punto de vista de Maturana, el conocimiento no es algo abstracto, sino una parte integral y concreta de las formas en que el sistema nervioso se va configurando en relación con su perpetua interacción con un entorno. El lenguaje, en este sentido es un descriptor, no de fenómenos externos a su percepción, sino de

los fenómenos emergidos de las diferentes formas de operar que se han realizado. En este sentido, “la conciencia”, “la culpa”, “las angustias” no son entes por sí mismas, sino que son formas de explicación de una experiencia, determinadas por toda una gama de experiencias anteriores que modulan el sistema nervioso y por ende al “ser” o “Dasein” que emergen en contextos particulares, ante la relación de un otro, o sea, en un dominio de existencia en particular.

III.2 Niveles Jerárquicos en las TSCN.

Zlachevsky (1996) propone un modelo comprensivo respecto al modelo de intervención. Asume que la psicoterapia “es *una abstracción*” y, por ende, a un nivel concreto, “*existen los terapeutas*”. Su propuesta, encuentra una forma de estructura en Coddou (1991), desde cuyas ideas propone un modelo segmentado en seis dimensiones. A continuación, se desarrollarán cada uno de los niveles con del marco con el cual se realizará el trabajo psicoterapéutico-investigativo.

III.2.1 Nivel Epistemológico.

Zlachevsky (1996), plantea, que a este nivel se comenta respecto a las ideas y explicaciones que el observador, en este caso el psicoterapeuta, “*tiene sobre él como opera o funciona la realidad*” (p.3). Es por lo que, a nivel epistemológico, nos concentraremos sobre las ideas y fundamentos que explican el cómo “*aprenden*” o “*adquieren conocimiento*” los seres vivos, lo que posteriormente se entiende como “conocimiento” (Varela, 1999).

Una de las ideas centrales entregadas por los autores Maturana y Varela, está, en primer lugar, sobre la comprensión del conocimiento respecto a “*qué es*”, esto va más allá de la idea del conocimiento como un proceso acumulativo, idea central desde paradigmas como el empirista y racionalista desde donde se establece la imagen mental del sujeto con un sistema de adquisición

de datos con el cual que va trasmutando la información ingresada gracias a su cognición. La propuesta de Humberto Maturana y Francisco Varela en el *Árbol del Conocimiento* es radicalmente diferente lo propuesto anteriormente. Una de las preguntas que se plantearon los autores fue respecto a los procesos encadenados en el *“conocer el conocer”* (Maturana & Varela, 1984), no limitándose a una abstracción formal de lo qué es el conocimiento, sino que buscan captar el conocimiento mismo en la estructura biológica del individuo. Plantearon: *“captamos el mundo no como es sino cómo nosotros somos”* (Maturana & Varela, 1984). Ante esta afirmación se puede asumir que nosotros conocemos el mundo según nuestras propias estructuras biológicas. Esto es clave en la comprensión de la propuesta ya que el conocimiento ya no es un concepto abstracto, universal y omnipotente, sino es limitado por las estructuras biológicas del ser que conoce, comprendiéndose el mismo como un proceso determinado por la estructura (Varela, 1999).

Esto los llevó a desarrollar el concepto de autopoiesis, en el cual se refiere a que los seres vivos son autónomos y configurados desde sus propias organizaciones y estructuras, con lo cual proponen la idea de que los organismos vivos autopoieticos se están autogenerando constantemente. Plantean *“Sin lugar a duda estamos en un mundo, pero cuando examinemos más de cerca como es que llegamos a conocer ese mundo siempre nos encontraremos que no podemos separar nuestra historia de nuestras acciones”* (Maturana & Varela, 1984).

Proponen, en relación con el acto de conocer, tres aforismos importantes de considerar:

- No vemos que no vemos: La experiencia y la percepción visual están bajo una continuidad. Así mismo es lo referente al color, el cual no es una propiedad del objeto observado sino un fenómeno inseparable de nuestra propia constitución para interpretar el mundo lo que conlleva a pensar que lo que percibimos de las cosas las podemos percibir porque están en consonancia con nuestra estructura biológica de percepción y

por ende nuestra experiencia y las formas en cómo se han modulado nuestro sistema nervioso.

- Todo hacer es conocer, todo conocer es hacer: El conocimiento no es algo que se reciba, sino que se va constituyendo en función a la propia experiencia del organismo que está conociendo en el momento de hacer algo.

Para los fines de nuestro trabajo, entonces, y siguiendo los lineamientos de los autores citados, entenderemos que el fenómeno del conocer es un fenómeno unitario y no se puede descomponer en distintas estructuras. Al ser la estructura biológica una, la experiencia del conocer es unitaria. Si las cosas en sí mismas tienen otra propiedad, estas no serían parte de nuestro mundo experiencial porque no cabe dentro de las coordenadas con la cual traemos el mundo a la mano. Plantea Maturana en su ponencia en el Programa Explora (2013):

“El nombre, la palabra, revela lo que me pasa a mí. La palabra es el resultado de un proceso que se desencadenó. Si veo un rojo, algo me pasa y lo nombro y ese nombrar condiciona las estructuras de la retina” (Maturana, 2013).

Este es un proceso circular, una parte de procesos autopoiéticos, donde la palabra no es la *“descripción de un objeto externo”*, sino un reflejo de un estado particular del sistema nervioso que solo puede explicar posterior a la experiencia.

III.2.2 Nivel Paradigmático.

El constructivismo no es una propuesta actual (Zlachevsky, 1996). Sus fundamentos los podemos encontrar en los estudios de Heinz von Foerster en relación con los fundamentos neurológicos de la percepción (von Glasersfeld, 1996); con los estudios de Bertalanffy, se venía proponiendo una alternativa al entendimiento de la organización de los sistemas (Von Bertalanffy, 1928), y a nivel filosófico se puede distinguir la propuesta paradigmática del italiano Giambattista

Vico (1668-1744) (Zlachevsky, 1996) y las visiones ontológicas de Heidegger (1940), estas últimas serán desarrolladas en el apartado “*propuesta ontológica*”.

Respecto a Heinz von Foerster y los fundamentos de cómo opera el sistema nervioso cuando percibe un objeto, concluye en sus estudios, que el sistema nervioso tiene la cualidad inherente de que los impulsos-señales neuronales de aferencia que son enviadas desde las diferentes estructuras sensoriales a la corteza cerebral son cualitativamente similares, casi idénticas, a lo que denominó “*codificación indiferenciada*”, y que sólo será a nivel de encéfalo que estas señales serán diferenciadas (von Foerster, 1996). Lo anterior, significa, que si una neurona envía una señal táctil a la corteza y otra neurona manda una señal olfativa a la corteza ambas señales si bien manifiestan diferencias en la amplitud, en la frecuencia de la señal no existe ningún otro indicio cualitativo de las posibles diferencias que estas dos señales puedan significar (von Foerster, 1996), lo que implica, que la diferenciación la realiza el sistema nervioso y no están condicionadas a las propiedades del objeto. Para Foerster, explica, lo que experimentamos y posteriormente entendemos como realidad es la proyección de la propia organización del sistema nervioso y la forma en cómo este distingue diferentes aferencias sensoriales en un momento en particular (von Foerster, 1996).

Es a lo anterior, para Maturana, uno de los pasos más importantes que hay que asumir respecto al constructivismo es la responsabilidad. Desde este autor, la responsabilidad, reemplaza la noción de objetividad (Zlachevsky, 2012). Al no existir una realidad única y globalizante para todos los sujetos de todas las épocas, donde unos podían desarrollar técnicas y metodologías para que aquellos sujetos que se alejaran de esta única realidad volvieran a los límites del “*buen sentido*” (Descartes, 2007, p.37), implica asumir que existe a lo menos una realidad por ser humano en la tierra (von Glasersfeld, 1996), a lo cual, el mismo tema de la objetividad cambia de perspectiva y pasa a ser un problema ético.

III.2.2.1 Las Unidades de Análisis.

Desde la perspectiva de la TSCN, en su nivel paradigmático, nos preguntamos sobre qué es aquello que estudiaremos, el dónde pondremos nuestra mirada. Desde Zlachevsky (1996) se presentan dos alternativas, denominadas unidades de análisis: el individuo y el sistema de relación. Para la unidad de análisis “*individuo*”, la terapia se centra en la persona, ya sea a nivel conductual, de procesos de organización de información u otros fenómenos, en este sentido, la mirada está centrada en la persona que consulta. La otra unidad de análisis, denominada “sistema de relación” se centra en la relación entre los diferentes elementos de un sistema. Zlachevsky (2016) plantea:

“Sistema, es un conjunto de objetos, así como las relaciones entre estos objetos y entre sus atributos, en que los objetos son los componentes del sistema. Los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema” (p.4)

Para la autora, definir como unidad de análisis el “*sistema de relación*”, implica considerar, a los sujetos como los objetos, en cuyo conjunto, componen el sistema; estos objetos desarrollarán atributos, los cuales son los diferentes tipos de acoplamiento que estos objetos han desarrollado ontogénicamente, lo que se entiende como conductas comunicacionales; este sistema se mantiene unido en relación con sus objetos porque han definido y perpetuado diferentes tipos de relaciones; por ende, lo relevante como unidad de análisis, es la persona formando parte de una organización de significados y no como ente aislado. El foco está puesto en sistema relacional que otorga sentido a la problemática que se trae al espacio terapéutico y no en lo que sucede dentro de la psique de quien consulta.

III.2.2.2 Los Dominios de Existencia.

El sistema-sujeto se desenvuelve, emerge, desaparece, vuelve a emerger y vuelve a desaparecer siempre en relación con un otro, un contexto, un tiempo en la historia. Siempre emerge como una totalidad, una sensación de “ser el mismo” en todo momento, durante toda la historia, en todos los lugares que interactúa. Sin embargo, esta continua dinámica organizacional, de constantes emergencias y acoplamientos, implica que la organización que emerge está en relación con otro, y esta continua interacción con “otro” va estableciendo pautas, coherencias, significados y un sentido de continuidad, Zlachevsky (2018) plantea: *“A medida que vamos compartiendo con otros, vamos estabilizando ciertas pautas de comportamiento, vamos coordinando nuestras acciones en un espacio de interacciones recurrentes de tal modo que nos vamos acomodando y estableciendo acuerdos (la mayoría de las veces implícitos)”* (p.7).

El sistema va estabilizando lo que se distinguen como pautas de comportamiento, esto en base a lo recurrente que una interacción pueda ser en el tiempo. Parte importante de estas interacciones son fuera del dominio de lo verbal, sin embargo, no dejan de ser comunicación, no en el sentido de transferencia e interpretación de datos, sino en el sentido de acoplamiento.

Maturana, plantea, que dentro de estos dominios se desarrollan en función a las definiciones que vamos desarrollando de otro y en las formas cómo lo distinguimos. El autor dice, referente a los dominios *“designa al conjunto de las definiciones a partir de las cuales distinguimos a otros y somos a su vez distinguidos por otros”* (Maturana, 1992).

Sin embargo, estas distinciones son múltiples, tan múltiples como dominios de existencia operen en un sistema en particular y, a la vez, cada dominio entrega una realidad en particular. Las praxis del vivir son múltiples y se manifiestan en función a cada dominio. Maturana (2011), plantea:

“Hay tantos dominios de realidad legítimos distintos como dominios de explicaciones que un observador puede traer a la mano a través de las coherencias operacionales de su praxis del vivir, y todo lo que un observador dice, pertenece a uno de ellos. Debido a esto, toda afirmación que un observador hace es válida en algún dominio de realidad, y ninguno es intrínsecamente falso (p. 28).”

Zlachevsky (1998), reflexionaba al respecto:

“Así cada sistema de significado no sólo es producto de la relación cara a cara que se está estableciendo en un momento determinado, sino que se ve influido por la adscripción de significados que utilizamos en otros dominios de existencia, en los que interactuamos con otras personas, quienes a su vez se contactan con otras y otras y otras..., hasta abarcar un número significativo de personas interconectadas” (p.6).

Este es uno de los principales argumentos que emergen desde la concepción de la realidad desarrollada desde el constructivismo. Cada uno de los dominios en una realidad en sí misma trae consigo una organización total del sistema, donde, en relación con su coherencia, va generando significados constantemente que permiten que sistema tenga coherencia en ese dominio existencial particular, los cuales, se van co-construyendo con esos otros significados y otros integrantes del sistema que a la vez están insertos en sus dominios particulares. Desde una perspectiva sistémica, estos significados plasmados en narrativas son la forma en la cual el sistema relacional se logra mantener coordinado.

III.2.3 Nivel Teórico

III.2.3.1 El Socioconstruccionismo.

El socioconstruccionismo al ser asumida como una teoría o como una agrupación de ideas no puede ser considerada como la propiedad de un individuo; es controversial sobre todo a los

postulados asociados a la verdad, a *la objetividad*, el *yo* y el *valor neutral*, entendido este último como la afectividad asociada a un significado.

Desde el pensamiento de Kenneth Gergen, se deben considerar dos puntos ante una presentación del construccionismo social. Esta perspectiva tiene una influencia en Hobbes, en relación con que entendía que el lenguaje es necesario para organizar la experiencia y el pensamiento humano. Los procesos internos, como la memoria, la percepción, las emociones, el pensamiento, entre otras, si bien son experimentados, sentidos, estas son manifestados en forma de lenguaje y la forma en describir o contar esos tipos de experiencia son narrativas. Será en forma de historias en el cómo contaremos a otros o a nosotros mismos las forma en como organizamos estos tipos de experiencia.

El pensamiento de Gergen tiene una influencia fundamental en las ideas de Ludwig Wittgenstein. Parte de la filosofía del austriaco está en proponer en que no existe un lenguaje descriptivo, ya que el lenguaje no saca los significados del objeto mismo, si no en lo que se denominó un juego de lenguaje, lo cual implica que se pueden decir ciertas cosas y otras no en torno al acuerdo que se preestableció dentro de un contexto, y acuerdo del cual los participantes, muchas veces, no participaron previamente en el establecimiento de límites.

Los juegos del lenguaje están imbricados con las formas de vivir, esto invita a comprender los juegos del lenguaje no solamente están limitados a las cosas que se pueden decir o no en función a una comunidad, sino que también conlleva las cosas que se pueden hacer o no dentro de los límites establecidos por esa comunidad.

Establece Gergen, que las formas de descripción del mundo son parte del sujeto, y esto implica que tales construcciones no están centradas en hechos fácticos, la aceptación de esta construcción está en base a la aceptación que otro genera en torno a cómo una persona entrega

una explicación sobre un “*algo*”. En este sentido, las explicaciones sobre ese mundo no pueden ser analizada sobre si es cierta o falsa, sino en dónde se desarrolla tal explicación, que puede ser entendido como una convención (Gergen, 2016). Esto último quiere decir que las descripciones de los objetos, al no ser una propiedad del objeto en sí mismo, sino una forma de descripción venido desde una persona, el grado de validez y de verdad que se asocie a una descripción en particular dependerá desde cuál comunidad se ha instaurado esa forma de explicación con relación al objeto.

Esto nos lleva a reflexionar, según Gergen, sobre cuáles descripciones y explicaciones tienen grado de verdad asociado por sobre otras explicaciones hacia los objetos que están insertos en la realidad. El grado de verdad no es inherente al objeto en sí, ya que tampoco lo es la explicación, el grado de verdad se va adquiriendo en relación con la comunidad en donde esa descripción tiene un grado de validez y aceptación sobre otras explicaciones que vienen desde otras comunidades con un grado de influencia menor.

Plantea Gergen que todas las descripciones de las cosas traen consigo distintas formas de vida. Esto también implica que si bien los objetos pueden ser descritos en función a la multitud de comunidades existentes implica que la descripción desde el momento que se hace desde una de estas descripciones automáticamente se genera un primer nivel sobre las cosas buenas o malas que podemos describir sobre tal objeto.

Las descripciones de las cosas que emergen de las interrelaciones y comunicaciones lingüísticas que se desarrollan en torno las personas que componen una comunidad en particular, necesita constantemente llegar a consensos con los cuales pueden describir y definir un objeto. Esto inmediatamente conlleva a generar dos consideraciones: la emergencia de criterios con los cuales conlleva a definir un objeto y en segunda instancia el aparecer de un concepto que integra todos los criterios estableciendo los límites con los cuales se nombra tal objeto.

Para Gergen (2017) la tradición se encuentra predeterminadas a las acciones que debemos desarrollar en relación con un contexto, a una explicación y descripción de un objeto. La tradición es en dónde residen el sentido de las cosas. La tradición en si misma es una construcción humana, una serie de opiniones, lo que entendemos como pensamientos, conductas, expresiones emocionales fueron consensuadas en la posteridad.

III.2.3.2 Las Terapias Narrativas.

Las formas de terapia centradas en las narrativas son parte de la evolución del paradigma de la complejidad, que se presenta como una alternativa a las concepciones clásica de comprensión de las problemáticas humanas, familiares y sociales, que históricamente ha tenido como fundamentos el positivismo (Ortiz, 2015).

Esta alternativa parte desde los fundamentos centrales de un tipo de epistemología, respecto al cómo se generan los aprendizajes, junto con ello, el constructivismo, implica una noción básica, pero radical, la realidad no es única.

Uno de los problemas principales es concebir las problemáticas humanas sobre preceptos sustentados en discursos desarrollados y sostenidos a niveles de macrosistemas, los denominados discursos dominantes (White & Epston, 1993).

La práctica narrativa, busca comprender los diferentes niveles de relaciones entre el discurso del microsistema y las narraciones del macrosistema (White & Epston, 1993). Esta comprensión busca mostrar las diferentes conversaciones que puedan ir estableciendo y comprendiendo el cómo se relacionan y se manifiestan la diversidad de contextos, entendiendo estos cómo: el terapéutico, el familiar, el relacional, el personal, entre otros (White & Epston, 1993).

Ana María Zlachevsky (2016), señala:

“la 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 la que la propuesta social nos impone, la de las verdades normalizadoras. White y Epton afirman al respecto: “todos estamos presos en una red o tela de araña de poder/conocimiento, no es posible actuar fuera de este poder y ejercitamos ese poder con relación a los otros” (p.15). Vivimos inmersos en nuestras creencias, las que no ponemos en duda pues son el piso que nos sustenta. En el decir de Ortega “nuestras creencias, más que tenerlas, las somos” (p.16)

La propuesta de una Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, desarrollada por la psicóloga Ana María Zlachevsky, propone un tipo de abordaje terapéutico altamente respetuoso, que acepta la diferencia de un otro, tomado en consideración un principio ontológico fundamental: la imposibilidad de acceder una realidad de otro. Según Cifuentes & Muños, el 2019, plantean:

“la psicología—y la psiquiatría, como rama de ésta— mantuvo una estrecha relación con la filosofía, al menos hasta las postrimerías del siglo XIX. Desde entonces, los psicólogos se han considerado científicos empíricos, y se supone que sus métodos y teorías no difieren de las del físico o el biólogo” (p. 21).

Desde esta perspectiva, el respeto no solamente es un conjunto de conductas que se enmarcan dentro de límites de caballerosidad o de un setting en particular, lo respetuoso contrae un compromiso epistemológico (de la Maza, 2005), el asumir en el cuerpo que la realidad no es una, sino múltiple, dinámica y compleja; donde esta realidad no solo depende del campo visual y de la información que se procesa desde las inferencias sensoriales (von Glasersfeld, 1996) y menos de las verdades que tan asentadas tenemos en aquello que experimentamos como conciencia (Foucault, 2001).

David Epsen refiere, que una de las más simples habilidades que posee el ser humano, es su capacidad de construir significados (White & Epston, 1993). Estas habilidades de construcción de significados han sido desarrolladas en las historias de vida y en las relaciones con sus comunidades (Carr, 2004). En este sentido, el objetivo de las terapias narrativas es generar y desarrollar un contexto que facilite y apoye estas habilidades existentes entre la persona respecto a la construcción de significados, que en palabras de Michael White es la "*activación de la actividad mental*" (White & Epston, 1993).

Desde las terapias narrativas, las personas constantemente están contando o contándose historias (Zlachevsky A. , 1998). Las historias son utilizadas por la persona para relatar las experiencias de su vida, en el ejercicio de ir comprendiendo las posibilidades de atribuir los significados a las experiencias de sus vidas (White & Epston, 1993).

El relato de una historia no implica que exista un significado y menos que ese significado pueda ser integrados a un marco de significados más amplios (Zlashevsky, 1996). En este sentido, se puede comprender una desfragmentación de las diferentes experiencias. Podemos presumir que, en relación con las experiencias y sus recuerdos, junto a los diferentes elementos que lo componen, quedan atrapados a un nivel de experiencia sin significado y, al no tener significados, no puede interrelacionarse con otros tipos de experiencias (Carr, 2004). Estas formas de experiencia sin significado, sin una narrativa que permita la ampliación de la explicación de eso que se experimenta como imagen o un recuerdo, podrían ser la base a las diferentes formas de padecimiento (White & Epston, 1993).

Los eventos significativos para el ser humano le son fácil ubicarlos y ordenarlos cronológicamente. La dimensión temporal: secuencia, tema, trama, relato, son los recursos con que los eventos, que se van relatando, están ligados por algún tipo de secuencia o de tema o

trama que permiten ir desarrollando una historia que es coherente para el sistema (White & Epston, 1993).

A lo anterior, el sistema que construye los significados está acotado a ciertos límites el marco al que se le hace referencia, en función a estos límites, los significados que se van construyendo son los que estructuran el sentido de la vida misma (Maturana, 1995). Somos las historias que contamos (Zlachevsky, 2004). Estas formas de construir y de atribuir significado a ciertos eventos de nuestra vida o experiencia de nuestras vidas no son conscientes y a la vez es un proceso que ocurre en el aquí y ahora (Zlashevsky, 1996).

Tanto la respetuosidad de la propuesta terapéutica como la aceptación del otro tienen la lógica de la epistemología y teorías que sustentan esta perspectiva. Desde el construccionismo social, y cualquiera otra perspectiva que siga o se oriente desde las propuestas de Heinz von Foerster, implica un cuestionamiento sobre la realidad y el observador. Al argumentar que el sistema humano no puede acceder a una realidad (von Glasersfeld, 1996), única y totalitaria (Ortiz, 2017), las nociones de verdad caen, como a la vez la noción de poder entra en duda.

Dentro de un rol entrenado de psicólogo, donde entendemos la psicología desde un paradigma, seguir esta perspectiva demanda cambiar todas las nociones de verdad que tanta “seguridad-certeza” entregan en una tarea tan hermosa pero compleja lo es la psicoterapia. Zlachevsky, plantea:” No sólo sostuvo que la interpretación de un evento está determinada por su contexto receptor sino también que aquellos acontecimientos que no pueden «pautarse» no son seleccionados para la supervivencia; para nosotros, tales acontecimientos no existen como hechos.”

III.2.3.3 Terapia breve estratégica centrada en la solución.

Steve de Shazer impulsó una perspectiva más basada en lo pragmático que teórico. En relación con sus influencias teóricas, éstas encuentran su vertiente en ideas del MRI, la filosofía de Wittgenstein y el pensamiento budista (de Shazer, 1985).

De Shazer desarrolla un modo de conllevar las tendencias manipuladoras de las terapias de corte estratégico con la premisa de que los clientes saben más sobre sus propias vidas y problemas (de Shazer, 1985). Bajo esta perspectiva ya no es relevante el establecer hipótesis atravesando directamente el desarrollo de la observación (González & Camarena, 2017). Considera que el proceso terapéutico es *“Todo el proceso terapéutico es puramente un proceso curativo, donde no es importante determinar el problema, sino sencillamente encontrar las soluciones”*. Este modelo presupone la existencia de recursos, en la entrevista se crea una expectativa para un cambio a posterior que se basa en los recursos preconcebidos. El sistema terapéutico se construye con el objetivo de que la psicoterapia finalice lo antes posible, esto involucra recopilar los indicios que permitirían a ambas partes reconocer que el problema ha sido resuelto y a esto se le contribuye especial valor (González & Camarena, 2017).

Durante los últimos años la terapia breve centrada en las soluciones mantiene una influencia constante en diversos profesionales que la acogen (trabajadores sociales, psicólogos, consejeros u orientadores familiares).

Se basa en la construcción de soluciones más que en la resolución de problemas. El enfoque terapéutico debe ser el futuro deseado del cliente en lugar de los problemas del pasado o los conflictos actuales (de Shazer, 1985). Se anima a la persona a aumentar la frecuencia de comportamientos útiles actuales. No hay problema que ocurra todo el tiempo (González & Camarena, 2017). Hay excepciones, es decir, momentos en los que el problema pudo haber

sucedido y no sucedió. Esta información puede ser utilizada por la persona y el profesional para co-construir soluciones.

Los profesionales ayudan a la persona a encontrar alternativas a los patrones actuales no deseados relacionados con la conducta, la cognición y la interacción que están dentro del repertorio de la persona, o bien pueden ser co-construidas en conjunto por los profesionales y las personas (de Shazer, 1985). A diferencia de las intervenciones de desarrollo de habilidades y la terapia de comportamiento, el modelo asume que ya existen comportamientos que son soluciones para la persona. Se afirma que los pequeños incrementos de cambio conllevan a grandes incrementos de cambio (de Shazer, 1985). Las soluciones de la persona no están necesariamente relacionadas directamente con los problemas identificados por ella misma o el profesional. Las habilidades de conversación que el profesional requiere para invitar a la persona a construir soluciones son diferentes a las habilidades necesarias para diagnosticar y tratar los problemas.

III.2.3.4 Teoría del conocimiento

En la Teoría Biológica del Conocimiento de Humberto Maturana y Francisco Varela, buscan desarrollar una concepción del sistema vivo que va más allá de las categorizaciones existentes en la década en que se desarrolló su teoría. Más allá de la categoría, plantean que aquello que distingue a los seres vivos del ambiente no vivo no es una lista de características específicas de los seres vivos, sino la organización de éstos. Dicha organización será la que define a los seres vivos. Para los autores, los seres vivos son aquellos sistemas que transcurren con conservación de su identidad organizacional, que es una organización autopoietica (Varela et al. 1974). Como autopoiesis se define aquella organización que se genera a sí misma, en cuanto a sus procesos y a sus constituyentes, en forma autonómica y con clausura operacional respecto al ambiente (Varela et al. 1974; Varela 1979). Aunque la discusión acabada de este vasto concepto se aleja

de las pretensiones de este ensayo, creo importante especificar que el concepto de clausura operacional no implica hermetismo de los seres vivos hacia el ambiente. Lo que sostiene es que es únicamente la dinámica estructural y organizacional de los seres vivos la que determina qué factores del ambiente participarán de sus procesos. Será desde el libro *De Máquinas y Seres Vivos*, Humberto Maturana y Francisco Varela desarrollan el concepto de Autopoiesis.

Parte de su desarrollo será plantear un concepto clave, Clausura y determinismo organizacional de los seres vivos. La definición anteriormente propuesta se hace cargo del determinismo estructural de los seres vivos, es decir, que todo cambio que experimente un ser vivo, aunque gatillado por el ambiente, está determinado por la dinámica propia del ser vivo. El ambiente, entonces, no determina ni condiciona ni estipula qué cambios experimentará un ser vivo, sólo los promueve (Maturana y Varela 1987). Este aspecto es fundamental para la comprensión de la teoría. A modo de ejemplo, un flujo de fotones no producirá el mismo efecto sobre una piedra o sobre la hoja de una planta o sobre la piel de un humano o sobre la pupila de un gato. No es entonces el ambiente el que condiciona los cambios observables en un sistema distinto, sino la estructura del sistema y, en caso de los sistemas vivos, la dinámica estructural de éstos. Desde esta perspectiva, los seres vivos son sistemas considerados cerrados en su forma de operar con el ambiente. Esta idea plantea que las redes circulares de producción de componentes, que son productos de procesos a través de sus interacciones con la misma red que los produjo y que especifica sus límites. Este proceso sigue manteniendo el constante intercambio de materia y energía con el exterior. Desde estos autores se logra considerar que los seres vivos son un tipo especial de máquinas (autopoiéticas), que se distinguen de las demás (heteropoiéticas) (Maturana & Varela, 1970)

En el mismo texto establecen que esta perspectiva es "mecanicista" y por ende determinista. Para estos autores se supera la explicación teleológica propia de los sistemas vivos, desde sus

observaciones las dinámicas de componentes que generan vida, ahora se explican, en términos de relaciones y no en términos de meta. El otro punto para considerar de importancia consiste en que los componentes de una máquina autopoietica no son objetos o elementos físicos estáticos o individuales, sino procesos (Parra, 2015).

Esto implica un cambio en la concepción de lo que es el ser humano (Varela, Thompson y Roch, 1997). Desde esta propuesta se expresa una perspectiva más amplia de "conocimiento". La cognición ya no es una "función" de la vida, sino que está viva en sí misma, independiente de su complejidad (Thompson y Roch, 1997). En este sentido el vivir es un proceso sincronizado con el aprender, la formula planteada se puede entender como "vivir es aprender" (Maturana & Varela, 1970). En este punto, crea un inevitable cortocircuito entre la teoría del conocimiento, la epistemología y la ciencia biológica misma. Tanto es así que Maturana. vendrá a hablar de "Biología del conocimiento" (Parra, 2005)

En el Árbol del conocimiento buscan revelar los fundamentos del proceso de aprendizaje humano siempre desde una perspectiva biológica. Sus propuestas llegan a plantear la cibernética de segundo orden (Thompson y Roch, 1997). Para los autores, el surgimiento del problema del conocimiento, no desde el punto de vista del sistema nervioso como lo habíamos colocado, sino desde el punto de vista de una vida orgánica global del ser del trabajo. En este sentido, se propusieron -los autores- a examinar los procedimientos que deben tener lugar en el cuerpo durante la cognición, considerando así la misma cognición como un fenómeno biológico (Maturana & Varela, 1970). En el mismo trabajo comienza a desarrollar las implicaciones que este enfoque implica en los fenómenos sociales, la conciencia y el lenguaje (Maturana & Varela, 1970). Esto implicaba considerar la deriva del lenguaje.

La teoría también ejerce influencia en la epistemología o teoría del conocimiento. Primero, genera evidencia experimental que apoya la idea de que la realidad es la construcción de un consenso de la comunidad o del contexto en el que actúa el sujeto (a través de experimentos en la fisiología de la visión). En esta etapa, el concepto de "objetividad" debe ser reemplazado por el concepto de "objetividad entre paréntesis" y "objetivismo" por el concepto de "constructivismo" (Thompson y Roch, 1997). Algunos críticos intentan reducir el constructivismo a una forma compleja de relatividad subjetiva (realidad dependiente del observador), o cualquier tipo de idealismo. De hecho, el constructivismo de Maturana no tiene nada que ver con el idealismo o la relatividad anteriores. No es un rechazo a la objetividad del conocimiento humano. Se trata más bien de devolver la objetividad a su contexto original, sacándola de la vieja metafísica objetivista (Maturana & Varela, 1970).

Definición del término aprendizaje. Los seres vivos están en constante interacción con el ambiente y con otros seres vivos, y se acoplan estructuralmente al ambiente y a los seres vivos con los que interactúan recurrentemente, coordinando sus ontogenias. Estas interacciones constituyen el dominio de interacciones del ser vivo. Dado un ser vivo expuesto a una experiencia, el acoplamiento estructural del ser vivo y ambiente generará conductas a describir una experiencia (Thompson y Roch, 1997). Estas conductas constituyen el dominio conductual del ser vivo. El dominio de interacciones y el dominio conductual son dominios asociados pero son dominios disjuntos ante un observador. No es posible para un observador predecir o aventurar con certeza cuál interacción con el ambiente estuvo o está relacionada causalmente y hasta qué punto con una conducta observada. Esto, dado que una interacción se relaciona con las conductas a través y durante toda la ontogenia del ser vivo, por lo que una conducta presente está relacionada con la biofísica presente y por ende con toda la ontogenia del ser vivo. Por ello, lo que un observador denomina conducta innata o instintiva, es aquella conducta para la cual el

observador no puede asociar ninguna relación con interacciones con el ambiente de un modo fundamental y que, en la falacia descriptiva, puedan parecerle determinantes. Para ilustrar este concepto propongo el siguiente ejemplo: es conocido que ciertos mamíferos superiores, al ser criados en cautiverio pueden perder o modificar muchas de sus conductas instintivas, incluidas las conductas reproductivas (Thompson y Roch, 1997). Así y todo, muchas especies logran reproducirse pero modificando en ocasiones dramáticamente su conducta. Esto deja en evidencia que la conducta instintiva o innata de los animales se debe a los cambios de su dinámica interna producto de la historia de interacciones con el ambiente. Si el ambiente cambia, las conductas llamadas instintivas también. Lo que ocurre es que un observador humano no es capaz de reconocer a priori qué factores del ambiente del animal cambiaron y supusieron un cambio en la conducta animal observable y describible por el humano. Por el contrario, lo que un observador denomina conductas aprendidas, son conductas para las cuales el observador puede distinguir fácilmente relaciones con interacciones previas de un ser vivo con el ambiente, asociando interacción y conducta de un modo unívoco del tipo causa-consecuencia. En las conductas aprendidas tiene especial importancia el lenguaje como interacción con el ambiente. En la falacia descriptiva, el lenguaje aparece como un instrumento de comunicación, pero explicando la comunicación como la transmisión de información, en la que la información es un determinante externo de conductas del ser vivo. Según la Teoría Biológica del Conocimiento, el lenguaje se genera en, y por el acoplamiento estructural de, dos seres lenguajeantes y sólo consigue la coordinación de éstos. Dado que el ambiente del ser vivo está en constante cambio, producto de sus interacciones con todos los seres vivos, ambiente y ser vivo transcurren a la deriva, o en una deriva ontogénica (Maturana 1982). Dicha deriva no tiene más causa final que el mantenimiento de sí misma, como acoplamiento estructural constante entre seres vivos y ambiente. El ser vivo se acopla estructuralmente al ambiente del modo que su dinámica

estructural presente determina. Esto implica que, según cada dinámica estructural, habrá una manera diferente de acoplarse estructuralmente al ambiente. Para el ser vivo como unidad autopoietica no hay maneras mejores o peores de acoplarse al ambiente, todo acoplamiento es correcto en cuanto no implica destrucción del ser vivo. Por esto, para la Biología del Conocimiento el aprender es la consecuencia inequívoca de la ontogenia de un ser vivo que cambia en forma congruente con el ambiente.

III.2.4 Nivel Intermedio.

La TSCN está dentro del marco del paradigma del constructivismo, donde toma como fundamentos principales la imposibilidad de acceder una realidad única y acepta la multiplicidad de tantas realidades como las personas experimenten, lo cual asume como principio que la verdad es parte de las coherencias propias de la explicación de los pacientes, consultantes o clientes y no como un fenómeno exógeno a determinar; se posiciona epistemológicamente desde el construccionismo social donde las formas de las relaciones entre los elementos de un sistema son el objeto de estudio, entendiendo que tal objeto, como: las conversaciones, explicaciones, sentidos y significados emergen en la continuidad de la interacción que desarrollan los sujetos en su cotidianeidad.

En su praxis, además, establece un dialogo constante con la filosofía de Heidegger donde la emergencia del "Dasein" junto con la teoría biológica del conocimiento de Maturana y Varela donde toma los postulados relacionados respecto al como los sistemas autopoieticos, en relación con su conocimiento, no es un fenómeno separado de su estructura biológica, estableciendo como eje fundamental que el hacer es un reflejo del conocimiento.

Lo anterior es la invitación a expandir el quehacer en la psicoterapia no sólo como una propuesta de técnicas y metodologías respecto a un problema en particular, sino que es una invitación, en palabras de Zlachevsky, “pensar la psicoterapia” (Zlachevsky, 1996).

La TSCN operan en relación con tres ejes fundamentales. El primero de ellos es su acepción de “sistémica”, ya que la comprensión del ser humano está inserto dentro de un conjunto de dinámicas relacionales en torno a una unidad compleja y dinámica que busca mantener una identidad.

Es narrativa porque comprende que estas formas de relación que se dan de forma cotidiana, en el aquí y en el ahora, a posterior implican el desarrollo de una explicación, una forma de encontrar una coherencia en torno a las experiencias vividas por los diferentes elementos-personas que interactúan dentro de un sistema, como una familia, por ejemplo. A la vez, dentro de la acepción narrativa, asume que las narraciones o explicaciones no son neutras emocionalmente, siempre emerge a la base una forma de emocionar que predispone a la acción *insitu* de las personas que están interactuando dentro de un contexto, además, por su ascendencia desde el constructivismo social, plantea que las mismas descripciones de hechos, relaciones o de u otro, se ven dominadas por formas de descripción que van insertándose en el sistema en torno a los efectos que los episodios ortogonales puedan tener en el sistema.

En este sentido, y con relación a lo que posteriormente se explicará como posición ontoepistemológica, se puede entender que lo que se ha comprendido como “*mente relacional*”, en una forma de establecer una relación con uno o varios otros dentro de contextos específicos donde se replican formas de descripción de fenómenos que pueden llegar a generar, a posterior, explicaciones “*cargadas de dolor*”.

Al ser una propuesta centrada en narrativas, implica comprender el cómo el lenguaje operaría desde esta perspectiva. El lenguaje no puede ser entendido desde una perspectiva Saussureana, donde el lenguaje es un sistema de transferencia de información desde un emisor a receptor.

Para la propuesta de las TSCN, el lenguaje no es entendido como un sistema o mecanismo de transferencia de datos, sino que el lenguaje es una forma de coordinación de acciones entre personas que interactúan (Zlachevsky, 2008). El lenguaje es considerado un proceso que emerge en el espacio relacional entre dos entidades de un sistema, lo que no solo queda relegado a lo verbal, sino a todo el conglomerado conductual que emerge en torno a la imbricación que hay entre el “*hacer*” y el “*conocer*” lo cual incluye lo “*no dicho*” (Maturana, 1997).

III.2.4.1. Las Preguntas ¿Por qué ahora? y ¿Desde cuándo?

Estas preguntas desde la propuesta de Zlachevsky, son centrales para comprender los motivos que impulsan a las personas asistir y participar en una terapia. Desde esta perspectiva, se asume que el psicólogo es una persona, que desde su existencia trata de entender “*la coherencia narrativa de la persona que consulta*” (p.56). Esto conlleva a identificar cuál es el dominio de existencia en el cual las conductas del sistema consultante aparecen narrativas cargadas de dolor. Esto va de la mano también con el poder identificar el dominio de existencia que le es útil al sistema, este ejercicio de distinción que va realizando el terapeuta debe considerar que el sistema consultante puede narrar sus experiencias en más de un dominio.

Esto es una tarea difícil, ya que, si no logra identificar el dominio de existencia en donde las conductas son más adaptativas para el sistema consultante, el terapeuta se encontrará con el problema que no podrá obtener toda la información que es necesaria para pensar y proponer

narrativas alternativas. Es a lo anterior que la autora propone dos preguntas: *¿El por qué ahora?* y *¿desde cuándo?*

La pregunta *¿Por qué ahora?*, permite al terapeuta identificar el acontecimiento o suceso que ha llevado a la persona a consultar, y la pregunta *¿desde cuándo?* entrega la posibilidad de que el terapeuta logre saber cómo los diferentes personajes se han posicionado en los dominios de existencia, particularmente en el dominio de existencia dónde está el dolor alojado. Esto conlleva a comprender el cómo las personas se explicaban los hechos que han experimentado y de qué forma fueron construyendo la historia que presentan en la intervención. esto también invita a entender qué rol ejecuta cada uno de los participantes inicia historia.

Es a lo anterior que el terapeuta debe lograr distinguir cuál es el dominio de existencia dónde deberíamos centrarnos para lograr una co-construcción con el sistema consultante, esto en virtud de la organización de significados que el sistema exprese con la lógica de poder entender sus explicaciones.

En este momento de la terapia es importante que el terapeuta también se vaya haciendo preguntas en relación con qué es lo que yo veo como terapeuta, qué es lo que les está pasando a estos sistemas ahora que los tiene atrapados en el dolor; otra pregunta importante es en qué dominio de existencia la forma de comportarse y de significar el mundo le está sirviendo y en qué dominio de existencia las conductas no están sirviendo para el sistema consultante.

Es a lo anterior que la pregunta *porque ahora* es la que pavimenta el camino al terapeuta para poder distinguir cuál es la amenaza organizacional del sistema de significados compartidos. Esto implica comprender sobre qué pasaría si el dolor no estuviera presente. Es a estas preguntas que el terapeuta tiene que respetar su ipseidad y su forma de entender al otro.

III.2.4.2. Sobre las Puntuaciones y Distinciones.

Para Zlachevsky (1996), la distinción que hace el observador es clave en el momento de realizar una explicación asociado a un fenómeno. Asume, basada en von Foerster que la percepción del fenómeno es dependiente del observador.

“Se descarta la idea de objetividad. Se intenta desarrollar una epistemología que empieza comprendiendo a los observadores, haciéndose cargo que de lo que alguien ve y describe es siempre visto por él.” (p.4)

Lo que el observador ve, es una forma de organización de sus experiencias, a un nivel perceptual, en primer lugar, el cual es manifestado por palabras que describen las “*cosas que le pasan*” (Maturana, 2014) a él, en tanto observador. Por lo cual, lo que describe el observador como un hecho “*externo*” son sus propias distinciones, esto en relación con lo que percibe como objeto contenido en una realidad. La operación de distinción es una propiedad del observador, lo cual, lo que percibe y da sentido, está en concordancia con su historia y experiencias que modularon su sistema nervioso, y por ende, su conocimiento.

El acto de distinción se da en un contexto-dominio en donde el sistema nervioso construye un algo con una configuración emocional particular, en donde se realiza el acto de separar el denominado objeto de un fondo, entendiendo el algo como una experiencia compleja, ver a alguien caminar, escuchar algo, percibir una discusión, responder a un acto, en otras palabras, las diferentes acciones humanas, las que posteriormente pueden ser descritas desde el lenguaje.

Según Zlachevsky (1998)

“Es con otros con quienes aprendimos a dar un significado a nuestras distinciones. Esta forma particular de significar el mundo está relacionada, no sólo con quienes convivimos en

interacción directa, sino que está determinada por la propuesta social en la que nos tocó desarrollarnos” (p.3)

Los objetos que “*vemos*” están asociados a un tipo de descripción basado en la tradición (Gergen, 2016), como a la vez los significados que le están asociados tienen un grado de valor afectivo determinado por los significados que las diferentes comunidades le han ido otorgando en la construcción del objeto (Gergen, 2011).

Los seres humanos “adquirimos roles”, los cuales, y con relación a los diferentes grados de conocimiento sobre lo que ese rol debe ejercer, vamos realizando nuestras conductas-relaciones (Heidegger, 1940). El sistema nervioso se va modulando en torno a acoplamientos que generamos con “otros” seres humanos, generando, como parte de esa modulación lo que entendemos como conocimiento (Maturana, 2018). Zlachevsky integra la idea de Maturana respecto a los dominios de existencia porque logra establecer la asociación entre Maturana y Heidegger en torno a que, en esos dominios de existencia, lo que se entienden como roles, son una forma de manifestación del para que el conocimiento adquirido por la experiencia permite la relación entre los seres que están acoplándose en un contexto determinado.

En función a las emociones experimentadas, posteriormente la experiencia se va describiendo y se van configurando una serie de significados en torno a esa relación. Los actos de distinción, por ende, son configuraciones perceptuales que permiten al ser concentrar su totalidad de existencia en un acto o cosa, centrando la atención en ello, y dejando en un segundo plano lo que no está dentro de esa significación. Constantemente, y en relación con los dominios de existencia que estemos experimentando y las dinámicas relacionales que emergen en tal dominio, generan en el acople este proceso perceptivo, a lo cual, posteriormente, el ser, en su necesidad de establecer coherencia entrara al dominio del lenguaje dando un conjunto de narrativas que le permite explicarse las experiencias de su vida. Maturana (2018), plantea:

“cada configuración de operaciones de distinciones que el observador ejecuta especifica un dominio de realidad como un dominio de coherencias operacionales de su praxis del vivir en la cual él o ella trae a la mano un tipo particular de comportamiento” (p. 27).

En este sentido, coherencia no es sinónimo de “bienestar” coherencia es la necesidad del ser de mantener una estabilidad en un conjunto de narraciones con las cuales se logra explicar su propia existencia, dentro de estos límites, que están determinados emocionalmente, si emerge una situación que se distingue y conlleva una emocionalidad en particular, que no está dentro de los conjuntos de creencias del ser, esa explicación quedara atrapada en la emoción dolorosa, lo cual funciona como *“un delimitador”*, ya que la explicación demanda la emergencia de tal emoción, entrando el ser a una circularidad, por lo cual posterior al evento no logra distinguir otras acciones más allá de las existentes en su explicación. En este sentido ha restringido el campo de distinción y de explicación, ha sesgado el campo de significados que se han desarrollado históricamente.

III.2.4.3. Lo Ontológico.

La ontología que integra Zlachevsky a su modelo permite generar una integración a gran escala de los puntos jerárquicos anteriores. Es a este nivel donde el ser humano se concretiza a través de la integración de todas las nociones teóricas abstractas descritas anteriormente. Es en este nivel donde el ser humano debe pensarse, reflexionarse y comprenderlo en torno a su condición de situado, contextualizado e histórico.

Vale indicar que ontología significa *“estudio del ser”*, la cual está compuesta por los prefijos griegos *“onto”*, que significa *“ser”* y *“logos”* que significa estudio; además la ontología es una dimensión de la filosofía centrada en el estudio del ser, su existencia y su realidad, *“tratando de*

determinar las categorías fundamentales y las relaciones del ser en cuanto ser” (Hofweber, 2009).

Para Zlachevsky (2015), plantea que, respecto a la ontología: *“da 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”* (p.34)

Vale indicar que, desde las TSCN, la ontología que adscribe, y desde donde comienza su pensamiento respecto al “ser”, está adscrita a los postulados del filósofo alemán Martín Heidegger (1951).

“El ser mismo relativamente al cual puede conducirse y se conduce siempre de alguna manera el “ser ahí”, lo llamamos “existencia”. Y porque la definición de la esencia de este ente no puede darse indicando un “qué” de contenido material, sino que su esencia reside en que no puede menos de ser en cada caso su ser como ser suyo, se ha elegido para designar este ente el término “ser ahí”, que es un término que expresa puramente el ser [...]

“Ser”, “Ser-Ahí” y “Dasein” pueden ser considerados como sinónimos. En este sentido el Dasein de Heidegger es la forma de comprender el existir humano. El Dasein no es una característica más del animal racional y no es un grado anterior al sujeto, no es una forma de explicar que el existir se desarrolla sobre el sujeto como una forma etérea, y tampoco es una condición de posibilidad entre la relación del sujeto con el existir.

Para Heidegger el “existir”, el “ser-ahí”, el “Dasein”, no está antes ni después del sujeto, no es un epifenómeno que integra al sujeto como un todo y “da” su condición de conocimiento o experiencia de “estar-ahí”. Para Heidegger el sujeto no existe. En contraposición lo que propone es el Dasein como una forma de emergencia de la totalidad del sujeto, el cual se encuentra

situado en un contexto, una historia, un lugar. En este sentido “el existir”, “el ser ahí”, el “Dasein” es la interpretación más adecuada que se puede hacer del ser humano.

“El “ser ahí” se comprende siempre a sí mismo partiendo de su existencia, de una posibilidad de ser él mismo o no él mismo. Estas posibilidades, o las ha elegido el “ser ahí” mismo, o éste ha caído en ellas o crecido en cada paso ya en ellas. La existencia se decide exclusivamente por obra del “ser ahí” mismo del caso en el modo de hacer o el omitir. La cuestión de la existencia nunca puede liquidarse sino por medio del existir mismo”

La esencia es el qué es de “algo”, y la existencia es el cómo, o sea, el modo. El qué es el ser humano, ha de ser leído en cómo es el ser humano. Es a lo anterior que a través de la descripción metódica de los modos de ser del existir logaremos entender qué es ese “ese existir”. En este sentido, “los modos de ser” no son las partes sobre lo que compone el “existir”, sino que es una pregunta por todos los aspectos que lo determinan de forma total, porque el humano es un quién, no un qué. El existir, por ende, es un concepto ontológico puro. Es un concepto que busca expresar el “ser” del ser humano. Pero qué es eso del “ser” del ser humano. Se puede dividir en dos aspectos.

En cada caso, en cada experiencia soy “mío”, no un “yo”, sino un “mío”, el “*Jemeinigkeit*”, el cual está asociado al “comportarse” y al “relacionarse”, los cuales están juntos, uno se comporta en relación con “cosas”, entendiendo cosa algo que está inserto en esa realidad, una botella, una persona. Esto implica que toda relación es una forma de comportamiento y todo comportamiento es una forma de relación.

A lo anterior, podemos asumir que “el existir”, “el Dasein” está constituido por su apertura. La apertura se entiende como una “iluminación” (González & Pereira 2018) ... cuando me comporto relacionando respecto a algo estoy iluminando en a ese algo con respecto al que me

estoy comportando. A lo anterior, podemos referir, que es el cuándo hago algo, la relación que establezca con las cosas guarda un sentido, las hago venir a mi presencia, en una situación en particular y el “sentido” serán las significaciones de todas las acciones que se dan en ese momento. Tanto los artefactos que traigo para hacer algo, las ideas, las narraciones, los gestos, las conductas, tienen un sentido, un significado asociado a esa experiencia “aquí y ahora”. Es en esa situación apertura, en relación con una porción del mundo que habitó” donde existió “llenándolo de sentido”.

III.2.4.4. El Modelo XYZ en los Dominios de Existencia.

La terapia sistémica centrada en narrativas se puede entender como una terapia en la cual la conversación es el eje fundamental de su operar. Paralelamente, esta forma de terapia se caracteriza por su humanidad, ya que busca ser cercana y se propone un modelo que permita sistematizar el conjunto de conversaciones que se desarrollan en el encuentro entre el sistema consultante y el terapeuta.

El modelo se denomina XYZ y está basado en el Dasein Heideggeriano. Los tres niveles no son procesos que ocurran de forma independiente o en paralelo, sino que se dan como una unidad, ya que son partes en cómo se manifiesta *el hacer* con relación a un ser y cómo opera dentro de un dominio de existencia.

El modelo XYZ es una forma didáctica de poder explicar la emergencia del *ser*, *el estar allí*, en función a las experiencias que el sistema consultante dice haber experimentado. En otras palabras, nos permite profundizar en el entendimiento de cómo esa persona experimenta o un *algo* que ocurrió en un *dominio existencial* en particular.

Permite entender que el ser se va desarrollando constantemente los diferentes dominios de existencia, en donde opera. Sin embargo, al ocurrir ese *algo* implica una *desorganización* del

sistema, en otras palabras, experimentan una emoción con una intensidad que el sistema no estaba preparado para experimentar. Esto es a lo que Humberto Maturana denominó “Episodios Ortogonales”, los cuales, el sistema consultante, puede explicar al terapeuta y ser definidos y experimentados como discrepantes.

A lo anterior y volviendo a la comprensión del Dasein el modelo XYZ plantea que el *sujeto* o *el ser* tiene un temple anímico, una capacidad de comprender las cosas y un discurso por lo cual, ante la emergencia de los episodios ortogonales, el *ser* tendrá la capacidad de poder explicar sus emociones y entregar un significado a los episodios experimentados.

A lo anterior la X entonces se refiere a la explicación que el terapeuta entiende de lo que el ser o sistema consultante ha vivido.

La Y es referida a la emoción básica que se trae al espacio terapéutico y que es la que está perturbando el existir de esa persona en un dominio en particular

La Z es el evento el momento en donde la existencia de ese ser se ve perturbada por las condiciones en donde el dominio se desarrolló y la emergencia de emociones en la cual generan en el paciente dolor.

III.2.5. Nivel Técnico.

El nivel técnico que no es más que las técnicas, insumos o herramientas específicas que utiliza el terapeuta en su operar. La TSCN va más allá de la reproducción sistemática de técnicas y teorías, convirtiéndose en una forma de pensar la psicoterapia más que en una determinada y única forma de hacer psicoterapia. Para este trabajo y en relación con sus fundamentos con ontoepistemológicos, no se utilizarán pruebas psicológicas, sin embargo, se establecerá desarrollará un sistema de trabajo basado en construcción de tablas que se adjuntarán

posteriormente en el anexo, estas tablas se diseñan con el objetivo de ayudar en la interpretación posterior de las narrativas, redes de significados y emociones emergentes en cada dominio.

III.3 Premisas Compartidas desde las TSCN.

La forma de hacer terapia estará basada en un sistema de creencias que, desde la perspectiva de la autora, y en concordancia con los planteamientos epistemológicos, se considera cada realidad de un sujeto es única e irrepetible; también se considerará la acción de que no existe una sola forma de hacer terapia o de comprender lo que la narrativa es. Es por ello por lo que desde este modelo se plantean un conjunto de premisas que nos permitirán guiarnos en el trabajo terapéutico. (Según Zlachevsky, 2004):

- El primer postulado está en relación con el ser humano y cómo éste habita en el lenguaje. El lenguaje es la morada del ser y esto implica que mediante él se va configurando y manifestando, en relación con las palabras y los significados que van emergiendo, en diferentes dominios en el “aquí y el ahora”.
- Todo sistema terapéutico se distingue por el desarrollo de un significado como creado, esto es el problema. Esto implica que, si un problema es creado por diferentes elementos, el problema en sí mismo no tiene una verdad absoluta y única perteneciente a una realidad externa.
- El tercer principio se centra en que el sistema consultante es el responsable de definir qué es lo que trae a consultar. Es desde el sistema y solamente él donde se define la queja, y el problema. Será desde el sistema donde se decide qué es lo que se quiere cambiar y o mantener, y en ese sentido, el sistema debe ser pensado como un sistema que tiene la propiedad de generar lenguaje y significados.

- En este sentido el terapeuta sistémico centrado en narrativas entiende que el único experto en la vida de quien consulta es el propio sistema consultante. En cuanto al fundamento de esta función se refiere al rol que el terapeuta debe desarrollar. Se puede comprender bajo la metáfora, de que el terapeuta “es un artista conversacional” cuya experticia estará centrada en el cómo va formulando las preguntas.
- El quinto punto está en relación con el poder transformador de una nueva narrativa. La autora se refiere a que las nuevas narrativas que vayan emergiendo son congruente con el sistema consultante y esto entrega la posibilidad de ir contando una historia de forma distinta. En este sentido se le permite al sistema consultante relatar hechos y acontecimientos basados en un nuevo significado y sentido.

III.4 Aporte de las TSCN Respecto a Otros Métodos Tradicionales.

Citando el artículo de Diaz, Gracia y Cáceres (2015) el “Estudio de la Terapia narrativa, una alternativa para el tratamiento del uso de drogas” en sus conclusiones, plantean respecto a las intervenciones narrativas:

“permite el acercamiento a los problemas no a partir de sus determinantes sino de sus significados. Se centra, así, en la deconstrucción y reconstrucción de los relatos que dan forma a la trama de nuestra existencia y en la remoción de los discursos estereotipados que contribuyen a la reproducción de situaciones problemáticas” (p. 1558).

Esto nos lleva a dirigir los esfuerzos en torno al sistema consultante, donde uno de sus integrantes está diagnosticado con alcoholismo crónico, síndrome de abstinencia, cirrosis hepática y encefalopatía; además, según su relato, se encontraría desahuciado.

Parte integral de este trabajo será llegar a comprender, mediante el modelo propuesto por la TSCN, diferentes sistemas significados, plasmados en relatos e historias, que son los fundamentos de los diferentes fenómenos que le llevan a experimentar dolor.

Por ende deberemos ir reflexionando sobre los diferentes significados que operan en el sistema consultante y cómo, a la vez, estos significados están relacionados con lo que el mismo sistema pudiese definir como su problemática.

La necesidad de invocar la TSCN en este tipo de trabajo estará en poder explicar el impacto en el tratamiento actual de R., y cómo los demás componentes del sistema relacional consultante pueden ir resignificando sus experiencias y con ello co-construir una historia que permitan salir del dolor actual en que están atrapados y puedan fortalecer su condición en post de una mejora en las relaciones en las formas de comprender su realidad.

IV. Objetivos.

IV.1 Objetivo General.

Describir el proceso de psicoterapia familiar en un caso de dependencia al alcohol con síndrome de abstinencia

IV.2 Objetivo Específicos.

1. Describir las narrativas que atrapan al sistema consultante en el dolor a través del modelo ontológico XYZ

2. Describir el proceso de intervención orientado a la co-construcción de la narrativa que atrapa al sistema consultante en el dolor

3. Reflexionar acerca de las implicancias y transformaciones de la narrativa en el contexto del abordaje de los significados asociados al síndrome de abstinencia.

V. Abordaje Metodológico

V.1. Fundamentos Ontoepistemológicos.

Dentro de la perspectiva epistemológica que hemos definido para esta investigación, en donde la constructividad se da en el espacio en donde dos o más personas interactúan, y en donde se desarrolla un acoplamiento estructural, será que el lenguaje es aquel fenómeno en donde emerge lo ontológico. En este sentido, los diferentes episodios y experiencias que los sujetos van viviendo en su devenir cotidiano, estos hechos no ocurren en una realidad externa al sujeto, sino que constantemente están sujetos a interpretación y reinterpretación desde el sujeto que los experimenta.

Por consiguiente, en la constructividad como supuesto ontológico, radica la idea de movimiento, de proceso, permitiendo ver los significados que emergen a medida que se va construyendo el mundo en el que habitamos. Esta postura, busca la comprensión del ser de lo humano morando en el lenguaje. Implica descartar la creencia de una sola respuesta correcta, invitando a la posibilidad de aceptar múltiples respuestas (Zlachevsky, 2015).

En relación con lo anterior, y en consideración a la investigación misma, y al conjunto de significados a los cuales el investigador tendrá acceso, es que se debe considerar que no existe una separación taxativa con sus significados propios, y ya que es él quien responde, la responsabilidad es un acto de alta relevancia desde esta perspectiva, ya que será desde el terapeuta desde donde se distingue la realidad.

Esto implica que en base a esta distinción, en la que el investigador no tendrá la posibilidad de tener un acceso a un mundo objetivo independiente de él mismo, será donde los elementos o definiciones sobre la validez externa quedan invalidadas, esto en función a criterios cuantificables.

En esta investigación se busca profundizar la idea respecto a una *objetividad entre paréntesis* (Maturana, 2014). Ese esta idea la que invita a considerar el observador como un ser biológico, con sus propias determinaciones estructurales, con su propia ontología y, es en esta unicidad y particularidad, en la cual al Ingresar a un sistema participa en la constitución de un conjunto de hechos los cuales tendrán una explicación.

Desde esta perspectiva tomamos la posición que el investigador no es ajeno a la realidad investiga, se parte de la premisa de que es parte integral de aquella misma realidad. Esto implica tomar una posición que no puede ser neutra, ya que el mismo investigador al Ingresar a un sistema pasa a ser un elemento constitutivo del mismo generando un cambio en el sistema haciendo un conjunto de cambios a nivel de estructura y elementos y la relación de los elementos, donde el discurso las creencias y las redes significados serán también parte de él.

Lo que buscamos es comprender los diferentes significados que pudiesen existir en las diferentes dinámicas que constituyen el alcoholismo, a la vez, su buscará hacer cambios en las narrativas que se puedan comprender y buscar las estrategias que para que el dolor que habita en tales narraciones pueda ser deconstruidas.

V.2 Naturaleza de la Investigación.

Para los fines de esta investigación, la cual se desarrolla en torno a la aplicación de una metodología psicoterapéutica desarrollada desde los fundamentos de la Terapia sistémica Centrada en Narrativas (Zlachevsky, 1994, 2002, 2004, 2006, 2010, 2013), se hace primordial explicar el proceso metodológico que se llevará a cabo siguiendo una metodología de investigación de corte cualitativo (Parra, 2005).

Las investigaciones de corte cualitativo son un campo amplio de estudio que emplean métodos como la observación, la entrevista, el análisis de documentos, dato tanto estructurados

como no estructurados, con el fin de poder encontrar puentes con los cuales el investigador pueda dar cuenta del conjunto de significados que sustentan la realidad o realidades que emergen desde una contexto definido con el objetivo de expandir el conocimiento respecto a una materia y además presentar diferentes perspectivas, de los casos analizados, sobre el cómo comprenden el mundo (Parra, 2005).

Vale considerar, respecto a estas metodologías, al ser trabajos de investigación situados, centrados en realidades descritas por personas que son pertenecientes a sus propios contextos, principalmente porque no van respondiendo a la verificación de hipótesis -cuya comprobación implican una generalización y homogeneización de un fenómeno en particular- se transforman en una fuente de descripciones y explicaciones ricas muy bien fundamentadas de procesos de contextos locales identificables (Parra, 2005). Hemos considerado los siguientes puntos para definir esta investigación como cualitativa:

Para la investigación cualitativa el mundo social está constituido de significados y símbolos. Además, vale considerar que los significados y símbolos están definidos desde el grupo de estudio, con una situación de ser parte de un contexto y donde los participantes están situados históricamente (Concha, 2007). Es por ello por lo que la investigación cualitativa apunta a la intersubjetividad y subjetividad, en contra punto a las bases definitorias de la investigación cuantitativa que apunta a lo objetivo.

El enfoque cualitativo por definición busca comprender la realidad que se investiga, a lo cual presenta las siguientes características: no busca corroborar hipótesis; examina diversas realidades subjetivas; utiliza técnicas de recolección de datos no estandarizados; no está basada en estadísticas; los resultados no se generalizan de forma probabilística (Concha, 2007).

Las principales características del método de investigación cualitativas es su carácter situado, ya que estimula la generación de conocimiento desde realidades particulares que permiten hacer una contraposición respecto a los discursos totalizadores sobre el cómo se manifiesta una problemática, en este sentido prioriza el discurso o formas de explicación de fenómenos que no han sido abordadas desde teorías y explicaciones generalistas, no situadas, y en muchos casos, totalizadoras (Concha, 2007).

Es holística lo que conlleva que no se puede explicar un fenómeno solo llevándolo a un método analítico para definir sus variables y establecer las relaciones y correlaciones entre estas variables, el fenómeno es un todo. Implica observar y comprender el fenómeno, tomado en consideración de que el investigador mismo pasa a ser parte del fenómeno que estudia (Garrido, 2006).

Presenta un marco de comprensión de los participantes respecto sus propias explicaciones, discursos y organizaciones que le son adaptativas dentro del contexto donde se desenvuelven, evitando el enjuiciamiento o prejuicios en relación con ciertas problemáticas que se estudiarán. En este sentido, los marcos de referencia en relación con el cómo los participantes desarrollan y llevan adelante sus interpretaciones, son parte del fenómeno mismo, evitando de esta forma que preconceptualizaciones, y por ello sesgos, se interpongan entre la naturalidad de la experiencia en el marco comprensivo del investigador (Garrido, 2006).

Implica que el investigador cualitativo debe tomar una actitud la cual conlleva que no hay nada sabido. Se le puede asociar con la objetividad entre paréntesis desarrollada por Maturana y Varela (1984), esto coloca una posición de validación a todos los puntos de vista de los actores que se desenvolverán en el marco de la investigación (Garrido, 2006).

Respecto a los diseños de investigación cualitativos, existen un conjunto de métodos que durante las últimas décadas han ido tomando preponderancia en el desarrollo de conocimiento (Garrido, 2006). Entre ellos tenemos: la teoría fundamentada, la etnografía, los enfoques narrativos, la investigación acción, enfoques fenomenológicos y estudios de casos.

Para nuestra investigación, el diseño de investigación será estudio de caso único.

V.3 Método de Análisis.

Los datos del proceso serán analizados desde una perspectiva hermenéutica. La hermenéutica es un sistema de interpretación, cuyo origen está en traducción de textos teológicos y, posteriormente, este tipo de análisis fue incluido dentro de las ciencias sociales, principalmente cuando se comienza a dar importancia del factor histórico como uno de los fundamentos para comprender la evolución y complejidad de las sociedades.

En específico seguiremos el método desarrollado por Mauricio Beuchot, en torno hermeneuta analógica, para la cual existen tres elementos que convergen en todo acto de interpretación. Un contexto, el autor y el lector (Beuchot, 2015). Desde esta perspectiva, se busca superar las diferentes tensiones que existen en la hermenéutica actual (Barceló, 2015). Según Beuchot (2015).

“De este modo, una hermenéutica analógica tendrá como actitud característica, o como virtud propia, evitar los extremos de una hermenéutica univocista y de una hermenéutica equivocista. La primera, que se coloca en el punto fijo de la univocidad, sólo acepta una única interpretación como válida y todas las demás las considera inválidas o inadecuadas. Ya que la hermenéutica supone que sólo puede aplicarse a un texto polisémico, una hermenéutica unívoca de hecho no podría existir, pero se da en los casos en los que se quiere reducir la polisemia a

un único sentido, como cuando algunos hablan de haber obtenido la interpretación, por ejemplo, de Platón” (p.136).

Lo anterior busca comprender que la distinción se ajusta a las diferencias ayudando a entregar una comprensión mayor a las diferencias en torno a como se desarrolla la triada entre el texto, el lector y el autor (Beuchot, 1994). En este sentido, se configura como una síntesis, una forma de mediar y dar sustento a la red interpretativa. Una de las importancias de la Hermenéutica Analógica es que integra la cuestión epistemológica sobre la relación que se da entre la información que se obtiene a otra persona al hablar y la experiencia misma que se genera al escuchar (Beuchot, 2015).

Para nuestros fines veremos como el autor el sistema consultante. En este sentido, al ser un sistema de relación, implica que cada una de las personas que conforman ese sistema se desarrollan y configuran relaciones con los otros integrantes de grupo familiar. En este sentido, buscamos comprender cómo a través del lenguaje, estas relaciones que emergen entre diferentes integrantes del sistema se van acoplando y con ello van emergiendo diferentes tipos de sentidos, de significados, emociones, sentimientos y actitudes en diferentes dominios de existencia, a cuyo único acceso será mediante el relato. (Zlachevsky, 2015).

El lector-interpretador que también tiene una intencionalidad en el momento de interpretar, o sea va añadiendo y proyecta significados propios de su sistema de creencias. El lector no siempre interpreta lo que el autor quiso decir ya que el ser humano es polisémico (Beuchot, 2015).

En este sentido nos referimos al terapeuta, quien estará haciendo un ejercicio constante de interpretación de los diferentes sistemas de significados que dan sentido a las dinámicas que se observen en cada dominio, como a la vez comprender como los eventos ortogonales afectaron

al ser de los consultantes (Maturana 1996). Además, será en relación con este punto, el dónde su buscar comprender los relatos y encontrar las narraciones y significaciones necesarias para ir desarrollando los correlatos con los diferentes integrantes del sistema consultante (Zlachevsky, 2002).

A lo anterior, la Hermenéutica Analógica ayudará a la investigación, principalmente a que este método plantea como razonamiento la búsqueda de lo relacional basados en la existencia de atributos semejantes en fenómenos y contextos diferentes. Estas diferencias se pueden presentar en diferentes diálogos. Será mediante la Hermenéutica Analógica es un instrumento de interpretaciones que evita los extremos de univocidad y equivocidad, sin permitir la emergencia de un relativismo infinito.

V.4 Estrategia de Investigación.

La estrategia de investigación se basa en el estudio de caso único, Stake (2007), planteaba al respecto, que *“el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (p.12)”*.

El estudio se realizó y en concordancia a la comprensión de los diferentes dominios de existencia que se daban en el grupo familiar en 2 niveles: el primero se dio a nivel individual, la segunda instancia se trabajó a nivel grupal.

- A nivel individual se trabajaron cuatro sesiones con T., F., y K., con R., se trabajaron 6 sesiones.
- A nivel grupal se trabajaron 3 sesiones
- Seguimiento se realizaron 3 sesiones.

Cada sesión se fue plasmando en los registros de intervención, los que se revisaban posteriormente, periódicamente, con la metodología de análisis basado en la hermenéutica analógica.

Respecto al diagrama siguiente, el trabajo se organizó en secuencias, las que estaban destinadas cumplir las etapas del estudio de caso. En primer lugar definir la problemática, comprender la historia del problema, posteriormente definir los episodios ortogonales. En relación con el sistema consultante que es un sistema de relaciones, se debía trabajar a nivel individual y grupal, para establecer la organización de los significados.

Posteriormente se definen los XYZ, en relación con los episodios ortogonales y dando pie a la co-construcción.

Respecto al conjunto de significados se utilizará la hermenéutica analógica. El diagrama siguiente muestra esquemáticamente el cómo desde la Hermenéutica se obtendrán significados; posteriormente las organizaciones de estos significados a través de los relatos; subsiguientemente llevando a nuevos relatos, la co-constructividad que explicábamos en el diagrama anterior, para lograr nuevos significados.

La forma de cambio, modificación y sistema de significaciones asociados a los cambios, se describirán en detalle, en la sección de este trabajo “desarrollo de esquemas XYZ. A lo anterior buscaremos caracterizar las diferentes formas de relación que emergen entre estos objetos del subsistema R., T., F., k., lo anterior es decir, en esta exploración se genera un devenir conversacional donde se exploran las siguientes temáticas en cada uno de los objetos:

- Qué describe de la relación → Narrativa
- Cómo se siente en función a esa relación → emoción asociada
- Porqué cree que hace lo que hace un otro → Significado hacia un otro

- Porqué cree que hace lo que hace respecto a sí-mismo→ Significado hacia el si-mismo
- Qué espera que haga→ Expectativa

Cómo R. se relaciona con T., F., K. esto en relación con las sesiones iniciales que constaron se desarrollaron con R.

En relación con la redacción de este trabajo, se considerarán las normas para la redacción de un caso clínico propuestas por Buela- Casal y Sierra (2002), como forma de llevar un orden, claridad y consistencia en la presentación del caso. De tal manera, se presentan 12 apartados para la descripción del caso:

1) identificación del paciente, 2) análisis del motivo de consulta, 3) historia del problema, 4) establecimiento de las metas del tratamiento, 5) análisis y descripción de las conductas problema, 6) estudio de los objetivos terapéuticos, 7) selección del tratamiento más adecuado, 8) selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase, 9) aplicación del tratamiento, 10) evaluación de la eficacia del tratamiento, 11) seguimiento y 12) observaciones (Adriazola, 2018).

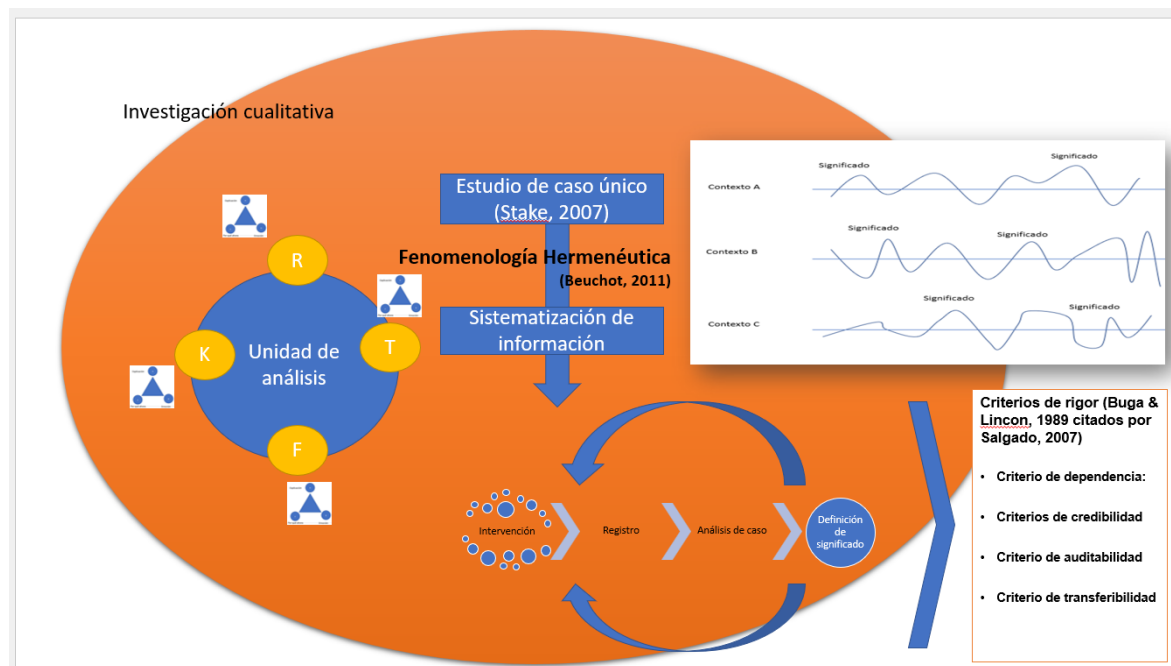
V.2. Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información

En esta investigación la importancia del lenguaje es primordial. Será a través del lenguaje donde se tendrá acceso a las narrativas, las cuales se irán “capturando” en un conjunto de tabla que ayudarán al análisis posterior, y con ello tener el fundamento para desarrollar las preguntas que buscarán llevar al sistema consultante a nuevas explicaciones sin dolor.

Además, se explorará las redes de significados que organizan tales narrativas, para posteriormente poder establecer una comparación entre las narrativas iniciales y narrativas posteriores donde existe una nueva forma de comprender los fenómenos alejados del dolor. Esto nos ayudará a establecer criterios sobre la evaluación de las co-construcciones mediante un

conjunto de tablas que permite una mejor comprensión del desenvolvimiento del sistema en las sesiones, tanto individuales como grupales. A esto se agregan cuadernos de campo y registros de intervención.

Diagrama de análisis de datos.

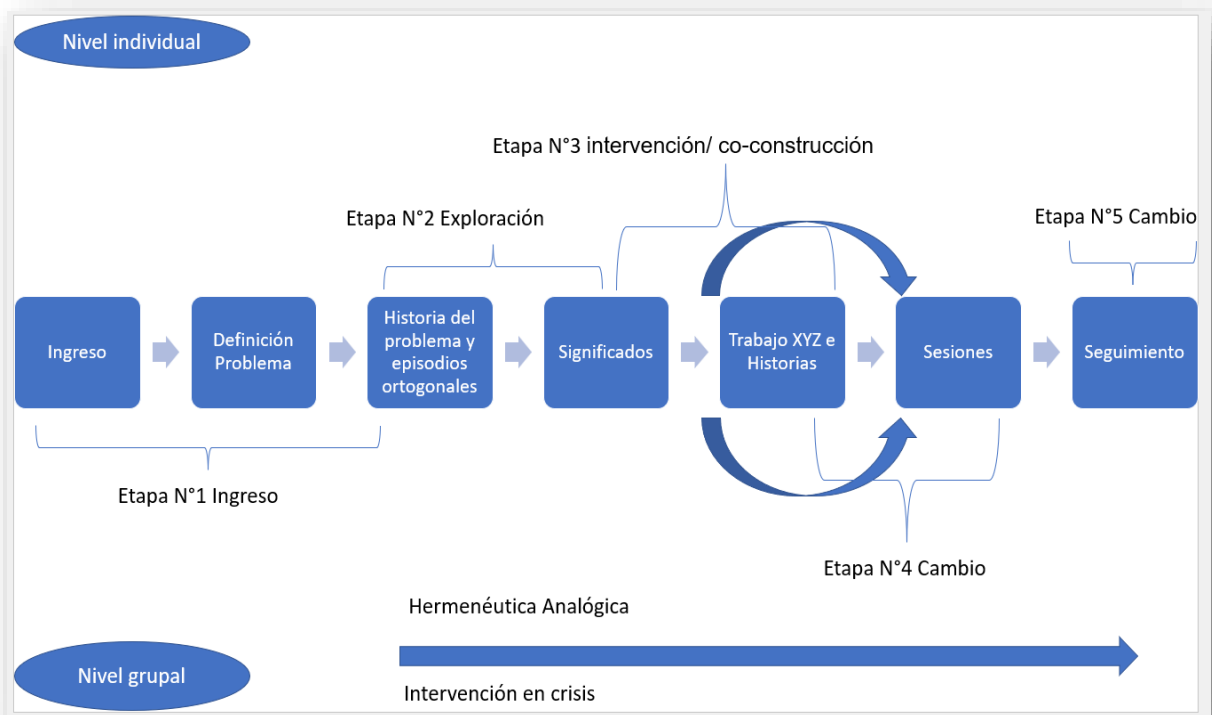


El diagrama anterior, se explica de la siguiente forma en torno al análisis de la información generada.

- En consideración la unidad de análisis, el trabajo divide en información venida desde el sistema individual -sujeto- y desde el sistema relacional -subsistema-.
- La información será estudiada y analizada, desde las dos dimensiones descritas anteriormente, desde la perspectiva de la fenomenología analógica.
- La información recopilada en las sesiones será entregada a través de análisis de casos a expertos que emitan la opinión en torno a los significados, definición de estos y límites de estos.

- d) La información será contrastada con definiciones que mismo sistema vaya desarrollando desde sus sistemas de significados.
- e) Esta información será usada en los procesos de intervención que se realicen semana a semana.

Esquema general de la intervención



V.3 Criterios de rigor en la investigación cualitativa.

En consideración al marco epistemológico y paradigmático, la estructura de investigación que propone la TSCN, y el marco de investigación cualitativa, con una estrategia de investigación basada en la hermenéutica analógica, no se puede expresar el grado de validez o confiabilidad del trabajo basado en criterios cuantitativos. Para asegurar la calidad de esta, en términos de generación de información validada desde el paradigma cualitativo, es que se aceptarán los

criterios de rigor establecido respecto a la tradición cualitativa estos son dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, propuestos por Guba & Lincoln (1989), en Salgado (2007).

- A. Criterio de dependencia: La cual se entiende como el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efecto en los mismos análisis generen resultados equivalentes (Salgado, 2007, pág. 74). En este sentido se ha establecido contacto con profesor guía, siguiendo las modificaciones a nivel técnico respecto a la intervención.

La dependencia o consistencia, en palabras de Hidalgo (2005), se comprende a que en el curso de la observación, quien investiga lleva adelante su trabajo con un contraste desarrollado con un agente interno o externo a la investigación. En nuestro caso para los análisis se desarrollaron en un contexto de supervisión, por lo que existieron supervisiones terapéuticas, donde se manifestaban las apreciaciones de los supervisores clínicos. En este sentido, damos cuenta del cumplimiento de este criterio.

- B. Criterios de credibilidad: Se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado” (Salgado, 2007, p.75). Para el cumplimiento de este apartado, toda la información vertida en la investigación como sus conclusiones fueron entregadas personalmente al sistema consultante, y será en el apartado referente al seguimiento del caso, donde se detallará la percepción de los resultados de este trabajo.

Es posible dar cuenta de este criterio en la medida en que el sistema estudiado y las otras personas que estuvieron en contacto con el proceso (supervisor), otorguen similares o

equivalentes significados en torno a los desarrollados por el investigador (terapeuta) mediante la co-construcción de sentido en torno a la definición del problema de la consultante y su posterior disolución. Tal como lo plantea Hidalgo (2005), es posible dar cuenta de este criterio la credibilidad 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, es decir, la co-construcción de un significado compartido. Lo anterior se logra, en acuerdo con la autora, con una involucración activa del investigador, una reflexión constante y teniendo una relación de empatía con el informante (Hidalgo, 2005).

C. Criterio de auditabilidad: Según Salgado (2007) “se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho”.

Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.

Para este trabajo, todos los registros de intervención quedarán adosados al informe final. Es posible dar cuenta de este criterio en la medida que el registro del investigador en base a notas de sesión sea textual respecto a lo narrado por la consultante. No obstante, es ingenuo ambicionar conclusiones iguales de otros terapeutas, ya que como se ha referido, el encuentro terapéutico tiene características únicas e irrepetibles y la interpretación del fenómeno, aunque sea el mismo, variará si es otro hermeneuta quien realiza el acto interpretativo. Sin embargo, también es posible dar cuenta de este criterio, al menos en parte, en la medida que se transparenta el procedimiento de análisis de los datos, que como se expondrá más adelante, corresponde a la hermenéutica analógica.

D. Criterio de transferibilidad: “se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones” (Salgado, 2007, p.75). Sin duda, la TSCN no busca la

universalidad teórica ni la extrapolación del abordaje de un proceso terapéutico a otros, tal como se ha dado cuenta en varias oportunidades. En consecuencia, Hidalgo (2005) refiere que en la investigación cualitativa, la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio.

Por lo que sí es posible dar cuenta en parte de este criterio, se buscará facilitar al lector una descripción detallada del proceso y de las características del fenómeno estudiado, en función de que sea este quien evalúe la transferibilidad de este contexto de estudio a otros. Bajo el modelo de las TSCN, no se busca establecer un estudio como un eje para futuras investigaciones. Se entiende cada proceso como único e irrepetible, sin embargo, es posible entregar la sistematización del trabajo en base a sus registros, apuntes y reflexiones que se fueron desarrollando a lo largo de la investigación.

V.4 Consideraciones Éticas (consentimiento informado).

Este trabajo de intervención se realizó con la autorización expresa por parte del sistema consultante, compuestos por: R., T., F. y K. Cuya autorización queda expresada en el consentimiento informado. a través de este documento, también, queda expresada la autorización de presentar los apuntes que reflejan sus narrativas como también la documentación médica referente a R.

Además, por solicitud expresa de los participantes de esta investigación, sus nombres, dirección u otros datos que pudiesen ser utilizados para su identificación fue solicitado fueran borrados. vale indicar que toda la documentación siguió la solicitud del sistema consultante. sin embargo, autorizan que la información que se trabajó en torno a esta intervención pueda ser publicada, analizada y presentadas a terceros.

Esta intervención se realizó cuidando la compatibilidad con los valores, creencias, intereses y preferencias de las diferentes personas que compusieron el sistema consultante.

Se respetaron todas sus decisiones, las que fueron autónomas, y la profundidad de las conversaciones se mantuvieron dentro del límite de las terapias considerando que existieron tanto a nivel individual como grupal.

En relación con el consentimiento informado se ha utilizado el formato entregado por la escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso y en general se han concentrado estos 3 puntos en el momento de explicar los contenidos al sistema consultante.

1.- La información que se brinda a las personas. Debe ser entregada en un lenguaje y forma que sea comprensible.

2.- La capacidad de los sujetos de entender la información.

3.- La voluntariedad con que las personas dan consentimiento.

Además, se explicita que todo el proceso de investigación se realizó siguiendo las estructuras del código ético del Colegio de Psicólogos de Chile, versión 1999.

VI. Descripción del Estudio de Caso

VI.1 Identificación del sistema consultante.

En relación con el marco teórico y metodológico de este trabajo de investigación, basado en las terapias sistemas centrada en narrativas (TSCN), trabajaremos con la unidad de análisis "Sistema de Relación" (Zlachevsky, 1996). En este sentido, se observarán, describirán y comprenderán, según Zlachevsky (1996) "*las pautas de interacción entre las diferentes personas*" (p.6), que interactúan dentro de una parte del sistema familiar global.

En nuestro trabajo, R., es una persona que está inserta en una red de significados que es compartida con otras personas dentro del grupo familiar, en este caso T., F. y K., los cuales estarán inserto en lo que se denominará unidad de análisis o sistema relacional. Vale indicar, que lo hemos denominado "unidad de análisis o sistema relacional" ya que hay un sistema dentro de otro sistema más global. Este subsistema compuesto por R., T., F., K., está inserto en un sistema total que está compuesto, además, por L., C., A., B., C.

La familia en la actualidad se ensamblado por la unión de la familia de R. y F. Los detalles del porque esta unión se explicar más adelante, pero es necesario hacer la referencia en este punto, para explicar porque se concentran los esfuerzos en R., T., F., y K y no en el grupo total. El sistema total familiar está compuesto por tres parejas, o subsistemas: R.-T., F.-C. y K.-L., que a la vez contienen otros subsistemas, vale indicar: F-C (A., B., C.); subsistema K-L (M) y el subsistema R-T (F y K), en otras palabras, son las familias de las hijas de la unión de R. con T., F. y K.

Esta forma de explicar y distinguir los subsistemas se hace necesaria, ya que el trabajo, al seguir como unidad de análisis "un sistema relacional" es necesario enmarca los roles o dominio de existencia donde se desarrollaban las narrativas que contenían el sistema la significación que

atrapaban a los objetos de los subsistemas en el dolor, esto se explicara más adelante. Para evitar confusiones cuando nos referiremos a sistemas nos estamos refiriendo al conjunto de R., T., F. y K y nos referiremos a subsistema al conjunto de relaciones e interacciones que emergen entre R y T como pareja (o matrimonio), como padre y madre con F., y K. y a la vez entre F., y K., como hijas de R y T o como hermanas.

Lo anteriormente explicado se define con relación a dos tres momentos previos de este trabajo, vale indicar: el motivo de ingreso, la definición del problema y la queja.

Al momento de decidir la unidad de análisis como el sistema relacional se hizo necesario establecer límites en el sentido sistémico en torno al cómo se van a ir describiendo las formas de relacionarse en torno a las narrativas, tanto en sus significados, explicaciones e interacciones.

En el marco general del sistema total, se volvía inviable cualquier tipo de intervención, por ejemplo: L, pareja de K no podía participar por motivos laborales del mismo modo que C, pareja de F.

Respecto a los otros objetos del sistema, por ejemplo, en el caso del subsistema F-L, o sea M, que cumple el rol hija y nieta solo cuenta con 3 años; en el caso del subsistema F-C, o sea A., B., y C, por decisión de los padres decidieron dejarlos fuera de toda intervención en virtud de las posibles temáticas que se abordarían.

Es a lo anterior, por lo tanto, que se trabajará y se irá estudiando el subsistema R., T., F., K., en donde los dominios de existencia se acotan, en una primera instancia, y según lo planteado anteriormente en torno al motivo de ingreso, problema y queja.

Para nuestro caso, los objetos del sistema estarán definidos por R., T., F., K. Tomando en consideración, que estas cuatro personas desarrollan a lo menos cuatro roles, vale decir: padres, pareja, en el caso de R y T y hermanas e hijas en el caso de F. y K. y en virtud que los sistemas

operan con un factor de jerarquía, límites y control (Zlachevsky, 1994), para esta investigación nos concentraremos en los subsistemas antes señalados y los cuales, en adelante comprenderemos como los dominios de existencia. A continuación, los integrantes del sistema de relaciones.

VI.1.1 Identificación de R.

Don R. es un hombre de 55 años, casado, nacido en el año de 1965, en la ciudad de El Salvador, tercera región de Atacama. Vive en su domicilio particular con su esposa, T (65) con quien se casó en diciembre del año 1987. Tiene dos hijas, ambas mayores de edad, a las que denominaremos F (32) y K (23).

En relación con sus estudios, estos los abandona a los 13 años. Alcanza a terminar octavo año básico, en un colegio de ciudad de Ovalle. Posteriormente comienza una serie de roles laborales, la mayoría trabajo rural, entre ellos: faenero, pionera, sereno, arriero. Parte de estas funciones las comienza a realizar apoyo a la situación económica de su familia, y apoyado por su hermano mayor C. Al respecto, R., plantea: *“cuando comencé a trabajar, cuando niño, me convidaban un vaso de vino lo viejos que cuidaban por ahí, Ud. sabe...un vaso, después otro y después todos los días y uno se iba a costumbrando”*.

Mantendrá estas formas de trabajo hasta cerca de los 22 años, que es el momento en que se enrola en un trabajo, relacionado a la minería, lo cual le lleva a trasladarse a varias ciudades, en relación con las instalaciones de casinos de faenas, con la función de ayudante de cocina. Desde este punto en adelante, las diferentes funciones laborales estarán relacionados al área de la cocina y preparación de alimentos, donde trabajó como chef por más de 30 años, llegando a ser *“Chef-jefe”*. Dentro de este periodo de tiempo, se especializó en su rubro, estudiando Técnico

Nivel superior en Cocina Internacional, mediante cursos que las empresas mineras iban desarrollando en función a sus programas de capacitaciones.

Presenta un nivel socioeconómico medio. Sus ingresos estuvieron asociados a remuneraciones por sus funciones de Chef-jefe de casino, encargado de casino y bodega en una empresa minera local, lugar donde trabajó por más de ocho años y, además, por los ingresos que desarrollaba por sus dos almacenes.

A nivel de salud, R. en la actualidad presenta el diagnóstico de Daño Hepático Crónico, Cirrosis hepática alcohólica, encefalopatía hepática (Grado 3, superada) y síndrome de abstinencia. Todo lo anterior por consumo de OH (Alcohol) crónico. Además cuenta con tratamiento farmacológico, el cual consta de: Omeprazol (1 comprimido/día), Propanolol (10 mgs/12 hrs.), Espironolactona (50 mgs/día), Furosemida (1 Comprimido/día), Losartán (50 mgs/12 hrs.), Rifaximina (400mgs/ cada 8 hrs.)

VI.1.2 Identificación de T

T. es una mujer de 65 años, nacida en la Región metropolitana, en la comuna de Maipú. Estudió hasta octavo básico. Es casada con don R. en segundas nupcias. De esta relación tiene dos hijas F (32) y K (23). Su primer matrimonio se vio quebrado trágicamente ante la muerte de su primer esposo por un homicidio posterior a un asalto, en año 1979. De este matrimonio tuvo dos hijas P (43) y M (45). Plantea *“yo quedé sola, lo vi tirado en la puerta y muerto y fue como volverse loca, estaba tan desesperada y me dijeron que estaba loca y me llevaron al peral”*.

Conoció a R. posterior su tratamiento psiquiátrico, el cual duró tres años, según a lo que refiere, en el recinto El Peral. Fue internada por solicitud familiar, posterior al episodio del homicidio, al desencadenar una *“depresión profunda y un trastorno ansioso”*, según lo que explica. La forma de conocer a don R. fue en circunstancia de trabajo, posterior a su alta, en

Santiago, donde trabajaba en labores de aseo para una empresa que prestaba servicios un conjunto de entidades, entre una de ellas, la empresa donde trabaja don R.

La relación se establece por la ayuda que don R, le comienza a dar cuando tenía problemas en ejecutar unas tareas en el lugar de cocina, era el contexto de trabajo donde se desenvolvía R. Estos problemas, en específico, eran de movimiento y eran producidos por una herida que había comenzado en “*El Peral*”. T., recuerda “*yo estuve hospitalizada como tres años en el Peral, hacía varias tareas, entre ellas era ayudar en las salas, una vez me entró una bacteria que tenía en la pierna y jamás me sanó, y él (R) se dio cuenta y me ayudaba a cargar las cajas o las cosas que debía mover para trabajar*”. La herida a la que se refiere era una “*ulcera venosa*”. T., además plantea: “*desde que lo conocí él se preocupó por mí. Me decía siempre, como está la pierna y yo le respondía que bien y así nos conocimos*”.

VI.1.3 Identificación de F.

F. es la hija mayor de la unión de don R. con doña T. Tiene en la actualidad 32 años y tiene tres hijos. Dos de ellos son de su pareja actual, don C (31). Sus hijos son B (13) y C (9); su hija mayor, A (15) es hija de otra pareja, persona que abandonó la relación al saber la existencia del embarazo. F, narra: “*quedé sola con el embarazo...mis papás apenas supieron me apoyaron, nunca hicieron problema, al contrario, ellos como papas son excelentes*”.

Su actual pareja, C (31)., con quien lleva una relación de 14 años, y a quién conoció en la población donde vivió su infancia doña F. F., nos cuenta: “*el C. era un cabro de este sector, yo lo había visto porque venía a comprar al negocio, pero estaba adicto a la pasta, lo hubiera visto, todo el día fumaba, hasta que lo conocí y de a poco lo fuimos sacando adelante*”. Posteriormente, agrega: “*La familia poco lo pescaba, acá lo comenzamos a alimentar prácticamente, a veces se escapaba y salía buscarlo, yo era chica...17, 18 años, pero no me rendí y salimos adelante*” en

otra oportunidad, agrega: *“ve esos instrumentos (se refiere a un violín que está en el patio) es de C., el, cuando estaba en la pasta le dio por aprender a tocar instrumentos, toca la guitarra, el bajo, y a los niños (sus hijos) siempre le está comprando instrumentos”*.

Vale indicar que, en la historia de doña F., existió un episodio de aborto, el cual se generó de forma espontánea. Este aborto corresponde a sería su cuarto hijo, y lo experimentaron a los 5 meses de gestación, en el año 2017. Recuerda: *“quedé muy mal porque no habíamos preparado para el nuevo hijo, iba a ser niño, un día comencé a sentirme mal y C me llevó al hospital, me dijeron que era un problema estomacal, después volvimos y de nuevo, pa ´la casa, al final resulto que estaba perdiendo mi guagua”*.

Doña F. trabaja en el hospital de Copiapó como administrativa en el área de estadísticas. Anteriormente había desarrollado estudios de técnico en metalurgia, en la universidad de Atacama, de los cuales egresó, pero nunca se tituló. Vivía de forma independiente con su pareja, pero ante los episodios de salud que su padre comenzó a experimentar, se cambian de domicilio, en primera instancia, para volver a vivir a la casa de su padre y ayudar en los cuidados. En el proceso de esta investigación, nuevamente se cambia de domicilio, el cual queda en frente de la dirección de don R., por lo cual relata *“quedamos frente a la casa de mi casa, así, en caso de emergencia, estoy al lado”*

VI.1.4 Identificación de K.

Doña K. es la hija menor de la unión entre don R y doña T. Tiene 23 años y es madre de una hija M., que tiene 3 años. K. tiene como pareja a don L (23), quien es el padre de su hija y trabaja en minería como ayudante de mantención en equipos pesados. Tienen una relación de convivencia desde hace tres años y viven en la misma dirección que don R. y doña T. Es estudiante de enfermería en el Instituto Inacap, va en segundo año y nos cuenta que: *“soy como*

“el conchito, la regalona”. “Yo soy la regalona de mi papá y de mi mamá, si dormí con ellos como hasta los doce años”. Trabaja en el negocio que se encuentra en el domicilio de don R. y es la encargada de recibir la mercadería, atender a los camiones de bebida y atender el negocio, aunque esta tarea la divide con su madre. Además, relata “también soy la niñera de la casa, desde que mi papá se enfermó y mi hermana se vino para ayudarnos, yo cuido a los niños de ella y a la mía. Como la F. trabaja y el C también, así que a veces...se me hace pesado, mi papá, los niños, mi mamá que a veces igual “Webea”.

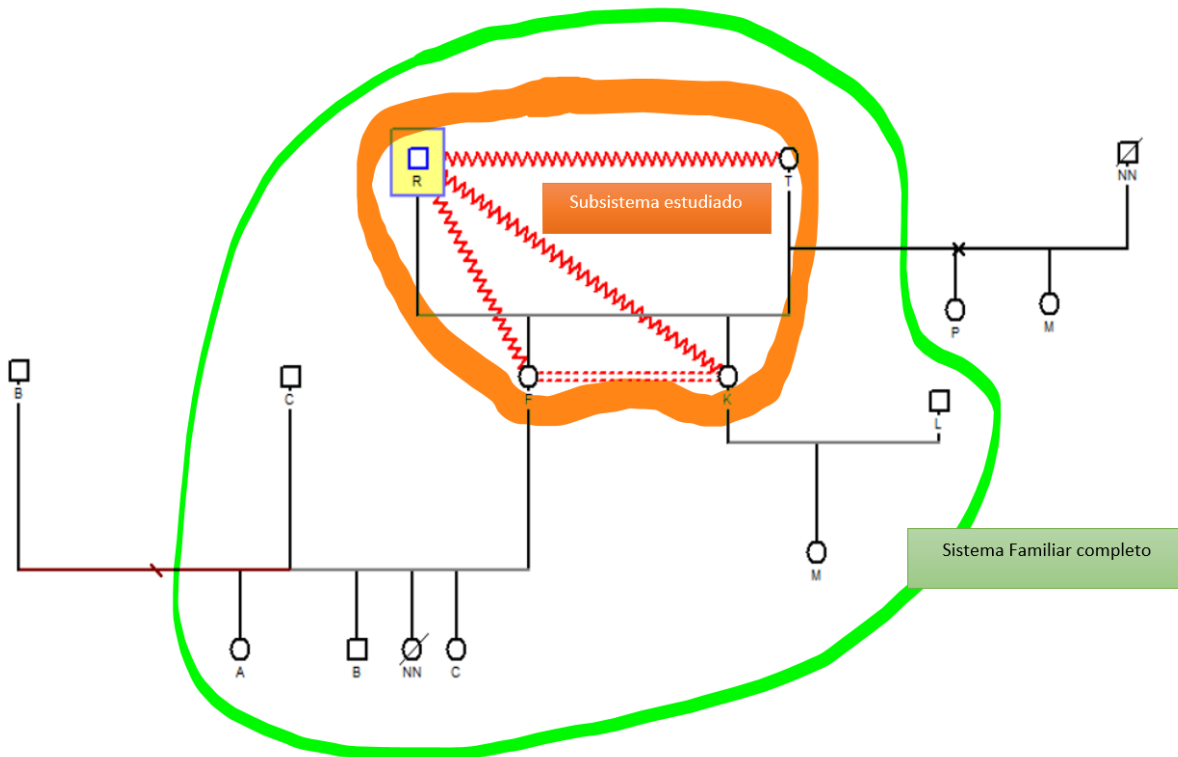
VI.2 Antecedentes Generales del Caso.

Desde un plano temporal del genograma anterior, y para comprender los diferentes movimientos familiares que se han realizado en el último tiempo, debemos indicar:

- El grupo familiar inicial, estaba compuesto por R., T., Ellos se unen y contraen matrimonio. En el caso de T. en segundas nupcias, quien se casa, varios años después de la muerte de su primer esposo y atravesar por un tratamiento psiquiátrico. Una vez que contrae matrimonio con R., tienen dos hijas: K. y F.
- F., que es la mayor crece y establece una relación de adolescencia, queda embarazada, y posteriormente es abandonada por B. y nace A. A es integrada al núcleo familiar R. T. K. F y A.
- Posteriormente F. conoce a C. teniendo dos hijos más y uno que no alcanzó a nacer, F. y C se van a vivir de forma independiente por decisión de ambos y en busca de generar su propia familia, siempre con el apoyo de R. y T.
- Subsiguientemente K, queda embarazada y tras el nacimiento, L. se va a vivir junto a K. al domicilio de don R. y T. El núcleo familiar queda compuesto por R., T., K., L.,

- Consecutivamente, tras los resultados entregados en el episodio de hospitalización de R., lo que se denominará episodio ortogonal N°1- y posterior al diagnóstico, F., decide con C volver a vivir al domicilio de R y T, arrendar su casa, y con ello ayudar en los gastos médicos que se vendrían en el futuro. El grupo queda compuesto por R., T., F., C., A., B., C., K., L y m

VI.2.1 Genograma Familiar



VI.3 Motivo de Consulta.

En una primera instancia la consultante inicial es F., hija mayor de R. Es ella quién establece el primer contacto, mediante llamado telefónico con quien suscribe y posterior a un aviso dado

en Facebook. F., relata en la primera entrevista: *“necesitamos atención para mi papá, él es alcohólico y le declararon cirrosis, y si no deja de tomar, morirá”*.

En consideración a los fundamentos de la terapia sistémica centrada en narrativas, se da a conocer los planteamientos de la intervención y se explica su lógica de funcionamiento, se describen las condiciones, explicando el contexto del trabajo y su “sentido de investigación” asociado al trabajo terapéutico.

Además, se explica que, en virtud del trabajo a desarrollar, es prioritario establecer un contacto inicial con R., y explicar que es desde él quien debe proponer cuáles son las problemáticas actuales. También se aclara que, en caso de que R., no quiera ser sometido a terapia, el trabajo no tendrá viabilidad y no se podrá desarrollar el trabajo terapéutico. Explicada esta situación, y ante la aprobación de F. y posteriormente C. T. y R, se hace una primera entrevista respecto al motivo de consulta.

El motivo de consulta es múltiple, por lo cual, según nuestra metodología centrada en la Hermenéutica Analógica, posterior a los análisis relacionados con esta etapa de intervención se evaluará un sistema de significación común entre las diferentes personas que componen el sistema. Sin embargo, el análisis presentado, en función a cada integrante para definir el motivo de consulta se consideraron dos dimensiones: las descripciones de las experiencias desde cada uno de los participantes y, con relación a sus descripciones, encontrar las analogías que puedan dar cuenta de un motivo común al grupo, esto se contrasta con una de las sesiones grupales.

VI.3.1 Motivo de Consulta Desde R.

Desde las TSCN el motivo de consulta es la forma en la que el consultante expresa su queja. En el contacto inicial con don R. manifiesta en la primera sesión y antes de cualquier intento de vínculo terapéutico, dice: *“soy alcohólico”* a lo cual, posteriormente agrega: *“lo único que quiero*

es mejorarme” y posteriormente dice “no quiero volverme loco”, posteriormente indica “sabe, yo quiero dejar de tomar...estoy desahuciado, sabe... Estuve hospitalizado y me dijeron...el doctor ... tres meses de vida me dieron”.

En base a estas afirmaciones se le consulta sobre qué es lo que cree y espera del trabajo terapéutico, a lo cual indica: *“Quiero que me dejen tranquilo, que no me pregunten hay tomado, que me crean cuando les digo que no he tomado...desde que volví me preguntan lo mismo...hay tomado...hay tomado”, a lo cual recalca “quiero salir luego de esto”, “quiero recuperar mi vida”*

Referente a los episodios del hospital, cuenta: *“estaba ahí, en la camilla, creo que siete días estuve, no sé bien, pero estaba la T., las niñas y entra y me dicen que tengo la cirrosis avanzada y que me iba a morir...quedé helado´ más encima me habían amarrado las manos y me decían “no te gustó tomar” y yo ahí sin poder moverme”.*

Con relación a qué significaba “helaó”, indica: *“helado, cómo...como...paralizado y angustiado, me dio miedo...tengo miedo, dejar a las niñas...a la T., sé que uno debe morirse, pero no tan pronto, no me quiero morir”.*

VI.3.2 Motivo de Consulta Desde T.

Respecto a lo señalado por T, comienza narrando que esta situación la tiene “destruida”, que no sabe cómo poder llevar adelante esto, porque está muy vieja y no tienen las fuerzas como para ayudar a R. a que vuelva a ser como antes. Plantea *“imagínese a mi edad, lo que nos pasó, a veces no sé cómo lo voy a hacer. Cuando nos avisaron, en el hospital, que se iba a morir, yo casi me desmayé, verlo ahí, amarrado, y las niñas llorando...no sabemos qué hacer”.*

Ante la palabra “destruida”, se le consulta su significado, relata *“yo no pensé que fuera a pasar por esto de nuevo, y R. siempre fue tan fuerte...un buen hombre...no pensé que estuviese tan mal...sabíamos que no estaba bien de salud...pero a pensar que se va a morir...destruida.*

Es cómo... No sé...es cómo no saber que hacer...estoy como perdida...muy triste, solo con ganas de llorar”.

Cuenta T., que ella misma es quién le suministraba el vino cuando él llegaba desde los turnos de su trabajo y siempre estaba preocupada de que no le faltara nada, pero que esto lo realizaba porque él era un hombre bueno. Refiere: *“me siento muy mal, yo misma lo esperaba cuando él llegaba de trabajar con vino...y lo veo a ahí, no sé qué hacer, y veo como se me muere”.*

Se le consulta sobre qué contexto, a lo que responde: *“a veces se pone como loco, me insulta, habla cosas, dice que ve cucarachas en la pared, que le traiga vino y me pongo tan mal”.* Se le consulta que es lo que siente el decir que era ella quién le preparaba las comidas y traía el vino, a lo cual dice: *“siento culpa, me siento muy culpable de que yo lo ayude a que esté así de mal”*

VI.3.3 Motivo de Consulta Desde F.

Respecto a los señalado por F. quién manifiesta que buscan ayuda en relación con el complejo cuadro de su padre, quién es alcohólico y se le ha declarado una cirrosis hepática junto con una encefalopatía hepática. También da cuenta de los episodios de “locura” que su padre experimenta. *“Necesito que pueda hacer alguna terapia, o decirnos si lo podemos llevar a un centro de rehabilitación, nosotros veremos cómo podemos pagarlo, pero necesitamos ayuda, estamos muy mal como familia, ya no sabemos que hacer”*

VI.3.4 Motivo de Consulta Desde K.

Respecto a los señalado por K. quien plantea estar con miedo a que su padre muera, y que no sabe qué hacer para poder controlar sus ganas de seguir tomando. Plantea que se siente muy mal, porque su papá “se ha puesto agresivo y violento” con ella, que le dice cosas que jamás le había dicho, y que a veces no lo reconoce, que se transforma en otro hombre. *“Quiero que mi*

papá se recupere, no quiero que se muera así. Nosotras hacemos todo por cuidarlo, no dejamos que salga, lo llevamos al baño, el cocinamos, lo llevaos al médico, hasta lo bañamos y se enoja y me insulta. Yo quiero que sea como antes”

Los cuatro motivos de consulta fueron estudiados por saturación, llegando a dos motivos de consulta que representa al sistema consultante.

- a) El primero de ellos está en relación con el síndrome de abstinencia. El sistema consultante experimenta las manifestaciones del síndrome de abstinencia desde una perspectiva angustiante, les conlleva alto niveles de stress, y los moviliza a generar una serie de acciones de control que implican el encierro de R. Llevándolos a experimentar nuevos niveles de estrés relacionados a las formas en que R. solicita salir (para beber) hasta que se duerme, ya sea por efectos de los medicamentos, y desgaste físico natural. Por lo tanto, el primer motivo de consulta está orientado a poder entender el síndrome de abstinencia, establecer las estrategias más adecuadas y coordinarse en virtud de entregar el resguardo más adecuado a R. cuando comienza este proceso.
- b) El segundo motivo de consulta está con relación a emociones de angustia y ansiedad por parte del sistema, esto con relación a lo ocurrido en el hospital. Posterior de la hospitalización y la emergencia del diagnóstico, se desarrollan un conjunto de explicaciones hacia el hecho que llevo a desarrollar relaciones entre los diferentes componentes del sistema

En este sentido la queja se va desarrollando en función a la descripción de los problemas y contexto en donde se desarrollan las conductas conflictivas. El acontecimiento en donde lo diferentes objetos del subsistema narran una historia similar tiene que ver con el cómo

enfrentarse con el síndrome de abstinencia. La queja, por lo tanto, se refleja a través de los siguientes relatos de los diferentes objetos del subsistema:

R. *“necesito poder controlarme, cuando me dan esas ganas de tomar...sé que no puedo tomar, sé que me voy a morir, y cuando me vienen las ganas...no sé cómo controlarlas”*

T. *“yo no quiero verlo así, tan mal, en el suelo, a veces no se puede parar, y se pone tan agresivo, y todo para salir a tomar, yo no sé qué hacer estoy desesperada” y se agrega “quisiera ser más fuerte, no sé qué hacer, cuando a veces se vuelve loco, trato de agarrarlo y no puedo”*

F. *“Me siento impotente, a veces busco que hacer, busco en internet y no sé qué hacer. En trabajo a veces pregunto, me explican, pero llego acá y no resulta nada y reto a mi papá, me he puesto pesada, hasta chora, y no hay caso y quedo de brazos cruzados y llego del trabajo y lo veo tirado en la cama...curado de nuevo y me voy a tierra”*

K. *“Me siento cansada, estresada, yo soy la que lo cuido todo el día y veo a los niños (se refiere a su hija a los hijos de su hermana que han quedado al cuidado de ella cuando F. y C. salen a trabajar) y a mi mamá, que igual ya está viejita, y me da pena no poder ayudar”* Posteriormente plantea: *“a mi papá trato de tomarlo de los brazos y me saca de encima, le doy su comida y me la rechaza y a veces me insulta, me mira feo, como si le hubiera hecho algo, y me siento tan culpable...a veces creo que me culpa de todo lo que le está pasando”*

VI.4 Historia del Problema. El ¿Por qué Ahora? y el ¿Desde Cuándo?

Para un entendimiento mejor del cómo se comprende la historia del problema, considerando que el problema no es parte de un discurso único, como en el caso de una intervención a un sistema individual, sino que es múltiple, creemos, que es necesario establecer un orden con relación al cómo van contando lo que fue el desarrollo los acontecimientos, esto desde las diferentes perspectivas de los objetos del sistema. El orden es de características ordinales, en el

sentido que presentan una secuencia de los hechos, de los cuales, las explicaciones que cada elemento del sistema desarrolla, además nos permite explicar el cómo se definieron los episodios o eventos ortogonales.

Posterior a la hospitalización del mes de agosto, R. decide dejar de tomar definitivamente. A principio del mes de septiembre comienza con un cuadro de abstinencias, esto le conlleva a desarrollar una serie de conductas a las cuales, el subsistema relacional, distingue como “conductas de locos” según T., “mi papá está en las últimas” según K. y “parece que se volvió loco” según F. El por qué ahora, respecto a la emocionalidad que los diferentes objetos desarrollan está centrado en la ansiedad, la angustia, la desesperación y la desesperanza que le conlleva enfrentarse con estos episodios, para lo cual el sistema consultante busca “*controlar la situación para de esta forma ayudar a nuestro papá*”, frase que refleja el sentir de los objetos T., F., y K., frase realizada por F.

VI.4.1 El Por qué Ahora.

El “por qué ahora” en este caso, respecto al cómo fue evolucionando el subsistema relacional, en donde está inserto R., se comprende desde la emergencia posterior a los hechos del hospital, es en este momento donde las problemáticas son interpretadas y explicadas con relación al “*alcoholismo*” de R. En este sentido, el “porque ahora”, el momento ontológico de distinción de un conjunto de conductas que se comienzan a percibir como dolorosas, implicaba que la terapia iba a estar abordada desde las necesidades del subsistema en relación con las necesidades de beber de R., las cuales se vieron momentáneamente suspendidas, particularmente en el mes de agosto, esto en virtud de que R. había dejado de beber. Posteriormente, cuando comienzan las conductas a las que el T., refiere como “de loco” se dan cuando comienza a desarrollarse la abstinencia de R. que es donde se manifiesta el gran problema desde el subsistema relacional, es en este momento cuando ellos pierden el control de

la situación, emergencia los conflictos de por la responsabilización, emerge la culpa, y por ende el dolor se asienta en estos episodios, donde las explicaciones posteriores, son narraciones cargadas de culpa, dolor, desesperanza.

Lo anterior implica pensar que es este el episodio en donde se inserta la noción de alcohólico y posteriormente de alcoholismo. Posterior a este evento es donde comienzan a emerger narrativas asociadas al cuestionamiento de los hechos realizados por más de 40 años, en especial el hecho de beber constantemente. Era altamente probable que la cantidad de alcohol que se ingirió R. generará una condición patológica, una enfermedad u otra condición médicas. A R. se le consulta ¿Pero, y si no hubiera generado una condición patológica, una cirrosis o una encefalopatía? ¿Qué hubiera pasado? R. “sabe, hubiera seguido tomando” Posteriormente, R. reflexiona:

“Yo tomé por 40 años, todos los días tomé, y me dormía...pero nunca fui malo, ni le pegué a las niñas o a la T., trabajaba por turno y cuando llegaba siempre me esperaban con comida y siempre había vino, no tomo cerveza ni pisco, sólo vino. Lo demás (otros tragos) jamás me gustaron”. Luego de un silencio prolongado, dice: “Yo no era de esos que andaban curao por la calle, dando pena...ni que anduviera metido en cahuines o que anduviera pegándole a mi mujer...tomaba en mi casa...pero siempre tomaba...tomaba todos los días...2,3,4 litros de vino tomaban, siempre tomaba...pero vea en lo que terminé...en un alcohólico”.

Dentro de la historia del problema, vale indicar que hay un segundo fenómeno, que en total de la intervención no se puede sustraer, el síndrome de abstinencia. Los efectos de la abstinencia se desarrollan a lo menos en dos etapas según los relatos que van emergiendo en el desarrollo de la problemática que se trabajará en este estudio. En este sentido, K. relata:

" mi papá está como loco, no sé porque mi papá hace eso "... mi papá nunca me había insultado y ahora me dices cosas terribles".

Esto está asociado por la emergencia del síndrome de abstinencia. R. aproximadamente en mes de mayo a principios de julio hace el intento de dejar de beber, pero no lo logra y consume vino de forma regular. Sólo, y es posterior al primer episodio de salud, denominado "el episodio de la ducha" es donde siente la necesidad de dejar de beber totalmente. Cuando ocurre el "episodio de la feria" y posteriormente es hospitalizado, es cuando F. y C. comienza a ver las conductas propias del síndrome de abstinencia, en tercera fase, las cuales son asociadas, como dice T.: "se volvió loco". En este sentido, se desarrolla una nueva historia, contradictoria en muchos aspectos de las narrativas anteriores, particularmente con las narrativas existentes a los hechos anteriores de la hospitalización.

Respecto al instauración de la narrativa "mi papá es un alcohólico" o "soy un alcohólico" implica que esta aparece desde los episodios experimentados en el hospital, donde se conjugan dos procesos, a lo menos: la manifestación concreta de los síntomas asociados a la Cirrosis hepática crónica, el daño hepático crónico y posteriormente al síndrome de abstinencia y las narraciones de los profesionales de la salud. Respecto a las narrativas de los profesionales los reflexionamos desde dos niveles.

El primer nivel lo asociamos al diagnóstico y posterior aviso de "desahucio" y,

el segundo nivel lo asociamos a las acciones despectivas que experimentaron R. y sus hijas F. y C.

VI.4.2 El Desde Cuándo.

Los procesos episodios anteriores conllevan la emergencia de una nueva narrativa. Esta nueva narrativa pierde la condición de ser experiencial, de ser emergida naturalmente desde las

dinámicas familiares, ya sea por diferentes rituales familiares que desarrollaron por años, o el sentido somnífero que R. otorga al beber vino. Estas narrativas pasan a un segundo plano, pasan a ser subyugadas por una nueva narrativa, venida desde personas especialista en el área de salud, que traen la validación social específica que han fundamentado un diagnóstico médico, el “Cirrosis hepática crónica, el daño hepático crónico por OH”. Vale indicar que acá no se está cuestionando bajo ningún punto de vista la existencia de la Cirrosis hepática crónica o el daño hepático crónico, tampoco se está cuestionando la asociación de esta condición patológica con el consumo de alcohol, sino se está buscando comprender el cómo el término alcohólico, a nivel lingüístico se sobrepone al termino “bueno para tomar”, como una narrativa da paso a la una narrativa dominante y como esta narrativa dominante reestructura, modifica y despoja el conjunto de experiencias que en este caso la familia de R. habían vivido durante toda su existencia como familia.

La conducta de la ingesta estuvo presente décadas, pero es sólo en el momento de la frase “*no le gustó tomar*” donde emergencia emociones como la vergüenza y la rabia, y con ello posteriores cuestionamientos sobre el consumo, por parte de R. y cuestionamientos sobre el porqué no se “activaron” antes como hijas, esto respecto a F. y C.

Esto implica que el desgaste propio de la condición médica, como los desmayos, por ejemplo, que ocurrieron en un sistema centrado en un conjunto de narrativas este no se vio modificado hasta la imposición de una nueva narrativa, de mucho mayor impacto, asociado a los niveles de poder de quienes se dictan tales narrativas.

VI.4.2.1 Episodio ortogonal Hospital

Para su comprensión, es necesario explicar el cómo se fueron desarrollando las circunstancias por las cuales R., queda hospitalizado. Es necesario desarrollar un preámbulo para comprender mejor los episodios ortogonales.

El episodio de la ducha: El primer incidente narrado, se genera en la ducha del hogar de R. En momentos que se está duchando, pierde la conciencia y, como consecuencia, se da un golpe asociado al momento de caer. Si bien el episodio encendió las alertas, los integrantes familiares, esto no tuvo el peso necesario como para modificar las dinámicas familiares.

El sistema familiar siguió funcionando y operando regularmente. Evidentemente ya había una atención, a palabras de F. *“una sospecha de que mi papá, el problema estaba más allá de solo tomar”* existía un grado de ansiedad respecto a lo que le estaba pasando a R., particularmente de K. *“yo sabía que ya no solo era algo relacionado con tomar, había daño, lo veía y sabía que ya estaba enfermo, le decía, pero no me hacían caso* (Esto en referencia a T., R., F.)...*y no me pescaron porque como soy la más chica pensaban, no sé...que estaba alharaqueando”*, sin embargo, aún pesaba la palabra R, ya que él es quien decide no asistir al médico. T., refiere *“Si sabíamos que ya algo estaba mal, una vez R. dejó de tomar y le pasó lo mismo de ahora, pero él es quien manda en la casa y están reperiado con las niñas y los niños* (En referencia C., y L.) *simplemente no quería ir.”*

El episodio de la feria: en el segundo episodio, que se desarrolla en los momentos en que R. y T. salen a hacer las compras que hacen de forma cotidiana, en una feria cercana a su domicilio. R., sufre un colapso generalizado de su organismo, lo cual le llevó a ser hospitalizado de forma urgente en el hospital regional, San José del Carmen.

Es en este episodio cuando es hospitalizado, se observa que es en este episodio donde encontramos que las diferentes narrativas y explicaciones se modifican en función a un conjunto de acciones de R. en el pasado. Vale indicar que, hasta este punto, las narrativas y explicaciones sobre los diferentes acontecimientos se modifican.

R.” De lo que me acuerdo, estaba en la feria, estábamos comprando naranja...parece...y me dio como un mareo...una sensación de...cómo que el cuerpo sucumbió y de ahí no me acuerdo más...después...no sé cuánto pasó...no sé si fueron días...no sé...estaba en una sala, desperté y estaba amarrado, las manos las tenía amarrada...estaba con esas batas...y me quería tapar porque estaba desnudo debajo de esa bata y comencé a llamar a alguien, me doy cuenta que llega una enfermera, le digo que me suelten, que no me iré, que necesito taparme y me dice eso de que “no le gustó tomar” “me sentí tan humillado, impotente...no podía ni siquiera taparme” “después miraba al techo y pensaba cómo había llegado a eso...yo siempre fui un hombre de familia, todo por ellos y en dónde los tenía...y de ahí llegó el doctor con esa bomba...que estaba desahuciado, que me iba a morir...sentí como una cachetada” “más encima yo escuchaba a los otros que estaba en la pieza que decían...mira este cayó por el copete”

T.” Cuando se desmayó, lo tomaron de la feria, unos conocidos y los sentaron hasta que llegó la ambulancia, ya había llegado la K. así que ella lo acompañó, yo no quise ir...pensaba...no sé...estaba como estatua...decía...se va a morir, del hospital no va a salir y llamé a la K. para avisarle a la F., yo sentí que de ahí no saldría.

F. “Yo estaba trabajando, si esto paso cerca de las once de la mañana. Me avisa mi mamá y pedí permiso, y como trabajo ahí mismo, no me demore en llegar a la urgencia. Alcancé a ver cuándo lo entraron por la urgencia, venía amarillo y movía la cabeza...como que trataba de levantarla. Me quedo esperando a la K. y cuando llega subimos, ya había pasado mucho rato...subimos donde lo tenían y lo vimos...estaba amarrado a la cama...nunca pensé verlo

así...sentía pena o vergüenza...no sé... ¿miedo...pensaba que mi papá de esa no salía, y lo único que hice...me preparé, pensé en mis niñas, en mi mamá y me preparé...pensaba que de ahí no salía”.

K. *“Cuando llegué a la sala y vi a mi papá, me puse a llorar y me quedé afuera de la sala para que no me viera, después llega el doctor y esperaba que dijera que mi papa tenía esperanzas y nos dice, está desahuciado, no le quedan más de tres meses y ahí...me dio algo...se me apretó el pecho y sentí remordimiento, pena, rabia...es difícil saber que me pasó”.*

En este episodio ortogonal, y con relación a los significados, se pueden analizar dos perspectivas:

Asociado a R., es en el momento que logra recuperar la conciencia y encuentra sus manos amarradas y comienza a demandar que lo soltaran, a lo cual la enfermera le hace el comentario *“Es que en hospital me dijeron que yo ya estaba alcohólico... el doctor... y la enfermera me dijo: no le gustó tomar...usted es un alcohólico”*. Es desde este comentario que le realizan a R. donde emergen en el posterior relato de él una serie de narrativas asociadas a emociones concretas, como la vergüenza. Es desde este punto, reflexiona: *“Estar ahí, en esa cama, sin ropa, con las manos amarradas, aturdido, entra el doctor y me dice: “usted está desahuciado, le quedan dos meses de vida” nunca había sentido tan humillado...”*

Asociado grupo familiar, a las narrativas de F. y K. relacionadas al hecho de ver a R. acostado en esa cama de hospital, con las *“manos amarradas”*, donde F. plantea que su papá estaba *“con los ojos perdidos”* y piensa que *“pensaba que estaba desesperado... que se encuentra desesperado, como si se hubiera vuelto loco”* a lo que después dice: *“me pasó algo extraño, pero comencé a darme cuenta de sus ojos amarillos, de su estómago...”* Posteriormente, este hecho una de las narrativas donde se detecta culpabilidad, particularmente

en K. quien se culpa de no haber podido darse cuenta antes siendo que ella estudia materias relacionadas a esta problemática. K.” *yo decía...pero como tan tonta...no saber...si era verlo ahí y darse cuenta de lo mal que estaba y que por qué no nos dimos cuenta antes...si era claro que estaba alcohólico hacía tiempo*”.

Lo anterior implica pensar que es este el episodio ortogonal en donde se inserta la noción de alcohólico y posteriormente de alcoholismo. Posterior a este evento es donde comienzan a emerger narrativas asociadas al cuestionamiento de los hechos realizados por más de 40 años, en especial el hecho de beber constantemente.

Era altamente probable que la cantidad de alcohol que se ingirió R. generará una condición patológica, una enfermedad u otra condición médicas. A R. se le consulta ¿Pero, y si no hubiera generado una condición patológica, una cirrosis o una encefalopatía? ¿Qué hubiera pasado? R. responde “*sabe, hubiera seguido tomando*” Posteriormente, R. reflexiona: “*Yo tomé por 40 años, todos los días tomé, y me dormía...pero nunca fui malo, ni le pegué a las niñas o a la T., trabajaba por turno y cuando llegaba siempre me esperaban con comida y siempre había vino, no tomo cerveza ni pisco, sólo vino. Lo demás (otros tragos) jamás me gustaron*”. Luego de un silencio prolongado, dice: “*Yo no era de esos que andaban curao por la calle, dando pena...ni que anduviera metido en cahuines o que anduviera pegándole a mi mujer...tomaba en mi casa...pero siempre tomaba...tomaba todos los días...2,3,4 litros de vino tomaban, siempre tomaba...pero vea en lo que terminé...en un alcohólico*”.

VI.4.2.2 Episodio ortogonal 2 (respecto al síndrome de abstinencia)

Dentro de la historia del problema, vale indicar que hay un segundo fenómeno, que no se puede sustraer, el síndrome de abstinencia. Los efectos de la abstinencia se desarrollan a lo menos en dos etapas según los relatos que van emergiendo en el desarrollo de la problemática

que se trabajará en este estudio. En dos etapas porque hubo un episodio anterior a la hospitalización, el cual es un episódico, ya que R., vuelve a tomar vino, lo que le conlleva una profundización de los trastornos ya descritos. En una segunda oportunidad se desarrollan post hospitalización y posterior a la decisión de R., de dejar de beber totalmente, condicionado por su experiencia intrahospitalario y ante la posibilidad real de muerte. En este sentido, K. relata: " *mi papá está como loco, no sé porque mi papá hace eso "... mi papá nunca me había insultado y ahora me dices cosas Terribles*". Ambos relatos están dentro de un contexto de manifestación de sintomatología asociada al proceso de abstinencia.

Esto está asociado por la emergencia del síndrome de abstinencia. R. aproximadamente en el mes de mayo y hasta principios de julio hace el intento de dejar de beber, pero no lo logra y vuelve a consumir vino de forma regular. Sólo, y es posterior al primer episodio de salud, denominado "el episodio del hospital" es donde siente la necesidad de dejar de beber totalmente. Posterior a ser dado de altas R., F. y K. comienza a percibir las conductas propias del síndrome de abstinencia, las cuales son asociadas, como dice T.: "se volvió loco". En este sentido, se desarrolla una nueva historia, contradictoria en muchos aspectos de las narrativas anteriores, particularmente con las narrativas existentes a los hechos anteriores de la hospitalización.

Esto implica definir que los episodios ortogonales posteriores a la hospitalización se conceptualizan en general como parte de las manifestaciones psicológicas, físicas y emocionales propias del síndrome de abstinencia, las cuales, ya posterior a la decisión real de dejar de beber por parte de R., estas se hacen más frecuentes. Estos episodios ortogonales, que son de frecuencia, intensidad, reacciones por parte de R., y del subsistema variada, implica que podemos establecer un momento concreto, que tiene tendencia a repetirse. Esto nos colocó en una paradoja, ya que mientras R., pusiera más empeño en controlar "las ganas de tomar" la reacción biológica del organismo sería buscar el consumo.

Las diferentes circunstancias que emergen del episodio del hospital conllevan la emergencia de una nueva narrativa. Esta nueva narrativa pierde la condición de ser experiencial, de ser emergida naturalmente desde las dinámicas familiares, ya sea por diferentes rituales familiares que desarrollaron por años, o el sentido somnífero que R. otorga al beber vino. Estas narrativas pasan a un segundo plano, pasan a ser subyugadas por una nueva narrativa, venida desde personas especialista en el área de salud, que traen la validación social específica que han fundamentado un diagnóstico médico, el "*Cirrosis hepática crónica, el daño hepático crónico por OH*".

Vale indicar que acá no se está cuestionando bajo ningún punto de vista la existencia de la Cirrosis hepática crónica o el daño hepático crónico, tampoco se está cuestionando la asociación de esta condición patológica con el consumo de alcohol, sino se está buscando comprender el cómo el término alcohólico, a nivel lingüístico se sobrepone al termino "bueno para tomar", como una narrativa da paso a la una narrativa dominante y como esta narrativa dominante reestructura, modifica y despoja el conjunto de experiencias que en este caso la familia de R. habían vivido durante toda su existencia como familia.

La conducta de la ingesta estuvo presente décadas, pero es sólo en el momento de la frase "*no le gustó tomar*" donde emergencia emociones como la vergüenza y la rabia, y con ello posteriores cuestionamientos sobre el consumo, por parte de R. y cuestionamientos sobre el porqué no se "activaron" antes como hijas, esto respecto a F. y C. Esto implica que el desgaste propio de la condición médica, como los desmayos, por ejemplo, que ocurrieron en un sistema centrado en un conjunto de narrativas este no se vio modificado hasta la imposición de una nueva narrativa, de mucho mayor impacto, asociado a los niveles de poder de quienes se dictan tales narrativas.

En virtud del análisis presentado, tanto en la definición del motivo de consulta como en las narrativas problemáticas, se establece, por lo tanto, que es relación a los episodios ortogonales definidos en dos instancias primarias: el episodio del hospital y los episodios que emergen desde las manifestaciones del síndrome abstinencia serán los contextos desde los cuales se definirán los XY para el tratamiento a desarrollar.

VI.5 Análisis y Descripción de las Conductas Problema

Para comprender las conductas problemas que, para los fines de nuestro trabajo, y siguiendo a Zlachevzky, desde las perspectivas de las TSCN, las conductas problemas serán entendidas como narrativas que atrapan el dolor, será prioritario acceder a los significados (X) asociados al sufrimiento en los problemas que han sido co-construidas en la unidad de análisis, esto quiere decir, los tipos de conversaciones, explicaciones y de emocionalidad que se desarrollan en las interacciones de los diferentes objetos del sistema.

En este sentido, y estando de acuerdo con Maturana (1998), cuando plantea: *“Cuando dos o más organismos interactúan recursivamente como sistemas estructurales plásticos, cada uno siendo medio para la realización de la autopoiesis del otro, el resultado es un acoplamiento estructural ontogénico mutuo”* (p.80) y Ruiz (2005) quien plantea *“como una red de secuencias de conductas entrelazadas que se gatillan [desencadenan] mutuamente que son indistinguibles de lo que él o ella llamarían un dominio consensual”*, asumiremos que, dentro de las relaciones, donde el lenguaje, mediante las narraciones, permite la identidad del sistema relacional, no es distinguible para los individuos insertos en tal sistema. En otras palabras, el subsistema R. T. F. C. están inserto en una red de significados que mantienen la coherencia de las formas de comunicarse en la actualidad, lo cual, no les permite distinguir más allá de los límites que se han desarrollado en ese subsistema.

Esto que podríamos denominar un “continuum” de la experiencia por parte del subsistema que experimenta las dinámicas relacionales y las circunstancias de vida, se observa que las explicaciones se centran desde episodios compartidos de experiencias, que permite que los sujetos que están insertos en el subsistema expliquen de describan los significados que experimentaron-desarrollan en tales episodios. Esta es la importancia de los episodios ortogonales. La Co-construcción de los episodios ortogonales con el subsistema dieron como resultado dos episodios los hemos denominado: Episodio ortogonal Hospital y Episodio Ortogonal respecto al síndrome de abstinencia.

VI.6 Esquemas XYZ

VI.6.1 Esquemas XYZ de R con relación al Hospital

En relación con R. En relación con el episodio ortogonal Hospital:

Problema XYZ N°: 1	
Dominio existencial:	Persona
Explicación X:	“creo que no podré dejar de tomar y me moriré”
Emoción Y:	Angustia
Por qué ahora Z:	Recaídas en proceso de recuperación

Problema XYZ N°: 2	
Dominio existencial:	Hombre-persona
Explicación X:	“Me siento tan humillado...poca cosa cuando pienso que estuve ahí, amarrado...y eso no me deja ir al hospital ahora”
Emoción Y:	Vergüenza
Por qué ahora Z:	Asistencia a tratamiento hospitalario

VI.6.2 Esquemas XYZ de R con relación a los episodios de abstinencia

Problema XYZ N°: 3	
Dominio existencial:	Hombre
Explicación X:	“siento que viene algo, unas ganas que vienen desde acá (se refiere al estómago y al pecho) y después no sé qué pasa...sé que me pongo como loco y eso me da miedo, es el miedo a volver a tomar, cada vez que tomo, me pongo como loco y sé que pongo una pata en la tumba”
Emoción Y:	Angustia
Por qué ahora Z:	Episodios de violencia verbal, alucinaciones y descontrol.

VI.6.3 Esquemas XYZ de T con relación a los episodios de abstinencia

Problema XYZ N°: 4	
Dominio existencial:	Esposa
Explicación X:	“yo no quiero verlo así, tan mal...agresivo él no es así...quiero que todo esto termine...no quiero que se vuelva loca o peor, que se muera”
Emoción Y:	Angustia
Por qué ahora Z:	Episodios violencia verbal, alucinaciones descontrol por parte de R.,

VI.6.4 Esquemas XYZ de F con relación a los episodios de abstinencia

Problema XYZ N°: 5	
Dominio existencial:	Hija
Explicación X:	“Mi papá está como loco, a veces no lo reconozco...a veces digo, démosle vino no más si ya está muy mal...pero me siento muy mal, pero ya no sé quién es”
Emoción Y:	Miedo
Por qué ahora Z:	No sabe reaccionar ante los episodios violencia verbal, alucinaciones descontrol por parte de R.,

VI.6.5 Esquemas XYZ de K con relación a los episodios de abstinencia

Problema XYZ N°: 6	Respecto al síndrome de abstinencia (Sistema relacional)
Dominio existencial:	Hija
Explicación X:	“No quiero que mi papá esté así, me insulta y me hace sentir terrible...si yo lo único que hago es tratar de ayudarlo”
Emoción Y:	Culpa
Por qué ahora Z:	Episodios violencia verbal, alucinaciones descontrol por parte de R.,

VI.7 Selección del Tratamiento más Indicado.

Para este trabajo seguimos los fundamentos ontoepistémicos de las Terapias sistémicas centradas en narrativas, cuya impulsora es la psicóloga Ana María Zlachevsky. Buscamos ir un paso más allá de la codificación clínica y el concentrarse en terapias paliativas respecto a al

fenómeno del alcoholismo. Mediante un acercamiento respetuoso y genuino buscamos desarrollar una intervención centrada en la comprensión de los diferentes significados que se encuentran detrás del sistema consultante. Entendemos desde esta mirada que, el aparato estructural que significa el tratamiento, tanto alineado desde la OMS, y seguido por MINSAL y SENDA, siguen un paradigma, tanto en el cómo comprenden al sujeto como han de desarrollar las prácticas terapéuticas y médicas. Tomamos la posición epistemológica sobre aceptar al otro como un mundo abierto, novedoso, complejo y experto en su propia existencia.

Dentro de esta perspectiva, la aceptación está dentro de las expectativas, esto en virtud en que el sistema consultante no se le niega su existencia, en el sentido de no cuestionar sus creencias, permite sacarlo desde una lógica de patologización de sus conductas, actuales y pasadas, y el da espacio a contar su historia, aquella que pensamos queda subyugada por el discurso dominante que se desarrolla en virtud de condición médica.

Es la TSCN como abordaje psicoterapéutico, tiene la particularidad de establecer en forma constante un respeto hacia otro. A no establecer una realidad predefinida, la verdad no es posesión de uno u otro integrante del espacio terapéutico, tampoco busca establece buscar leyes generales. Su objetivo es la búsqueda constante de las potencias y particularidades de cada uno de los consultantes, la superación de sus narrativas cargadas de dolor mediante la co-construcción de nuevas narrativas con emergencia de otras emociones, que no sean asociada por el dolor por el consultante. En este sentido, la terapia queda abierta a la comprensión profunda de la persona trascendiendo los etiquetamientos y liberando a la persona del cuestionamiento, la culpa y la ansiedad de su problemática.

VI.8 Sobre la Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los Resultados.

Resaltada la importancia del lenguaje, sus narrativas, redes de significados y creencias que emergen junto a él, así como la intención de mantener coherencia con los sustentos onto-epistemológicos que rigen esta tesis, es que la evaluación de los resultados se centra en las narrativas, significados y creencias propias que emergen en el sistema consultante. Por consiguiente, se realiza una evaluación comparativa entre las narrativas existentes previas al proceso terapéutico, y las narrativas co-creadas a posteriori de la terapia. Esto no quiere decir que la transformación de las narrativas generadas durante el proceso, no tengan relevancia, sino por el contrario, el espacio entre y desde las sesiones, sirve también como medio evaluativo de los resultados, de los cambios que surgen, en torno a las explicaciones co-construidas de los cuatro problemas planteados en este trabajo, así como el cambio en los relatos de la emoción a la base de cada explicación. A lo anterior seguiremos la siguiente secuencia:

- Se entiende la etapa ingreso, está compuesta por el motivo de ingreso, definición del problema, definición de los episodios ortogonales, y objetivos intervenidos.
- La otra etapa, denominada de exploración, son sesiones donde emergen las diferentes historias de los componentes del sistema, los significados.
- Etapa de intervención comienza la co-construcción con los sistemas de significados ya explorados, se construye nueva historia.
- Cambio son las sesiones grupales donde se profundiza en el cambio narrativo y se establecen las relaciones directas en el sistema consultante, son las sesiones directas respecto a una intervención familiar.

- Seguimiento se evalúan las narraciones, si se han mantenido, si se han modificado, si hay modificación emocional.

VI.9 Aplicación de los tratamientos

Antes de comenzar con los trabajos de los esquemas XYZ, se describirá como se definió la unidad de análisis, posteriormente se expondrá como se fueron desarrollando los relatos para comprender el sistema de significados del sistema consultante a nivel individual y de sistema que fueron construyendo las narrativas con dolor.

VI.9.1 Cómo se define la unidad de análisis.

Vale indicar que el estudio se había considerado para realizarlo sólo con R. La unidad de análisis a estudiar iba a estar centrado en las diferentes narrativas, explicaciones y emociones que R. indicara como dolorosas. Sin embargo, nos encontramos con la problemática referente a tratamiento farmacológico y al proceso de desintoxicación.

Respecto a los procesos asociados tratamiento farmacológico, existía el problema de un diagnóstico médico el cual indicaba de cirrosis, daño hepático y síndrome de abstinencia. A R., el cual tenía tratamiento farmacológico Cirrosis hepática crónica, el daño hepático crónico por OH. No había tratamiento psicológico asociado. Nos encontramos con dos problemas:

- La farmacología asociada al control de síndrome de abstinencia podía afectar el proceso.
- Las acciones que se desataban en la manifestación de la abstinencia.

Ambos fueron solucionados bajo dos procesos, considerar la unidad de análisis como un sistema de relación, considerar la variable tiempo en la intervención, esto en consideración que, para trabajar narrativas con R., debía presentar condiciones óptimas, y en virtud de estar con un

grado e inestabilidad producto abstinencia, estas sesiones se realizar en episodios “lucidos de R.”

Además, a lo anterior, se consideró en virtud de que la demanda de atención no sólo de F. y posteriormente de R., sino también de K y doña T fueron agregadas. En este sentido nos encontramos que una parte del grupo familiar actual “sentían” la necesidad de terapia. Esto referido al sistema definido anteriormente (R., T., F. y K)

En otras palabras, dentro del sistema familiar actual, compuesto por dos grupos familiares ensamblados, el primero compuesto por R, doña T., K., L., M junto al grupo de F., C., A., B., y C. con forman un nuevo sistema familiar, desde donde emergen cuatro objetos del sistema que interactúan y donde los relatos atrapados por el dolor alojan.

Es a lo anterior que nuestra unidad de análisis es un sistema. Como todo sistema está compuesto por un conjunto de objetos (Zlachevsky, 1999) y estos interactúan a través de un conjunto de sistemas comunicacionales, los cuales son entendidos como sus atributos desde los cuales emergen formas de relaciones que son los que mantienen la identidad del sistema”. (Zlachevsky, 1999).

A la vez, dentro de un sistema familiar, existen subsistemas que lo componen. Para el poder definir cuál será el sistema para trabajar se establecerá como criterio los dominios existenciales en torno a la consulta.

Respecto a la organización de significados se describen el cómo el sistema fue narrando los hechos que fueron desencadenando los episodios ortogonales. Posteriormente se describen los significados asociados.

VI.9.2. Red de Significados relacionados en El beber, El trabajo, El comer y la Retribución.

V.9.2.1. El comer y el buen vino.

Una de las descripciones que se repitieron entre los diferentes elementos del sistema, en relación con las conversaciones generadas en el espacio terapéutico, tanto a nivel individual como grupal, era los relatos sobre, lo que hemos denominado “llegada”.

Durante años R. trabajó en sistemas de turnos, que le exigía estar fuera de su casa por varios días. Independiente de la frecuencia o cantidad de días en los que se encontraba fuera de su casa, las narraciones cuentan una historia sobre un tipo de rito que la familia instauró en función al cuándo don R. llegaba a su casa, posterior a los turnos del trabajo. En este rito, había funciones desarrolladas por roles específicos: la madre cocinaba y daba las condiciones para cuando don R. llegaba de faena. Parte de la comida siempre implicaba el vino, la bebida alcohólica favorita de don R. quien siempre bebía hasta dormirse.

R: *“siempre llegaba de la pega, me sentaba y veía como conversaban, bailaban las niñas. Yo me quedaba en la mesa, viendo y tomando, hasta que ya estaba listo y me iba a dormir”*

Las hijas, doña F. y doña K. eran las que iban a comprar el vino, en el supermercado, o en la botillería más cercana, era el momento de *“traerle el vino a su papá”*, según doña F.

K. refiere: *“era yo la que esperaba la llegada de mi papá e iba a comprarle vino”*

Doña T. explica: *“él siempre nos traía todo, era trabajador entonces lo esperábamos, si a veces hasta venían sus hermanos. Siempre tranquilo, no hacía escándalo...nada...sólo se dormía”*. Comían, reían, hasta don R. un hombre que se autodefine como *“callado”* hablaba y se reía, hasta que se quedaba dormido.

Este era el inicio de sus actividades de familia, cuando R. regresaba a su casa. La familia sabía, en palabras de F. que R. era “bueno para tomar” y lo consentían, sentían que era una forma de retribuirles.

F. refiere: *“el único vicio que tenía era el vino y el cigarro, pero jamás levanto la voz o hizo algo malo, si...se curaba, pero nada más, siempre él estaba ahí, así que era una forma de devolverle el cariño”*.

V.9.2.2 La enfermedad

Hacia un tiempo que R. ya no era el mismo, según lo narrado por F. *“Yo sabía que a mi papá algo le estaba pasando, tomaba todos los días, lo único que hacía era tomar y dormir. Lo veíamos más hinchado y siempre estaba en el baño, vomitando, pero le decíamos...papá vamos al doctor y él nos decía...No, si estoy bien”*. Estaba “encerrado en sí mismo”, según doña T, y sentían -los otros integrantes del sistema- que algo ocultaba.

Según K *“si sabíamos que mi papá estaba enfermo, pero es tan reporfiado, se hacia el tonto y nosotras igual que no hicimos nada. Yo le decía...yapo papá, anda al doctor y él me decía: no me pasa nada...y yo le hacía caso, aunque sabía que me estaba mintiendo”*.

R. plantea que él sabía que algo le pasaba, sentía dolores, mareos, había comidas que me estaban haciendo mal, pero no iba a ir al doctor porque sabía que algo me pasaba, y *“uno siempre tiene la esperanza que lo malo pase”*.

En el mes de diciembre del año 2019 fallece la madre de R. y es en esos momentos donde decide no tomar más. R, dice: *“Le prometí a mi mamá que no iba a seguir tomando, pero no pude”*.

Comienza un problema de sueño, al bajar las cantidades de vino, comienza a estar más tiempo despierto, llegando a estar dos días sin dormir, hasta que se vio en la “necesidad de beber” para retomar el descanso.

R., recuerda: *“un tiempo, antes de caer en el hospital, que estuve más tiempo...fueron como dos semanas...más o menos, pero me puse muy violento, las ganas me comían (ganas de tomar)...un día iba al baño y perdí el equilibrio y vino el L., el pololo de la K. y me tomó de las manos...así (Hace el gesto de cómo fue tomado por lo brazos, inmovilizándolo) y sabe...me descontrolé, lo empujé y le tiré un combo...hasta le dije un par de garabatos...sale de aquí conchatumare le dije...pero no me acuerdo bien...y eso nunca lo había hecho...me sentí muy raro...mucha rabia...y salí...y me compré unas botellas de vino y me las tomé como si fueran agua”*.

Posterior a ese relato, R. recuerda: *“después de eso quedé curao...así (chasquea los dedos) de la nada...quedé botado en la plaza (una plazoleta de la población) hasta me oriné...sabe...al otro día la vergüenza no me la podía y me sentía mal...sentía culpa...un remordimiento terrible...pero busqué tomar de nuevo...y lo hice”*.

V.9.2.3. El colapso en la ducha

Para el mes de julio, ocurre el primer colapso. R. en su ducha, se desploma golpeándose el antebrazo. *“entre a la ducha porque me iba a bañar, y sabe...se me fue todo, como que se me dio vuelta y de ahí no me acuerdo...hasta que escuchaba a la T. que me decía...vamos al hospital”*. De este hecho no recuerda mayores detalles, y es T. quien tuvo que levantarlo de la ducha y llevarlo a la cama. R. decide no ir al hospital, a pesar de las demandas de F. y C, sin embargo, aún tiene poder de decisión y esto conlleva a que la familia respete lo que dice.

T, recuerda *“escuche cuando se cayó y gritó: T.! Yo lo fui a ver y estaba ahí, tirado. Llamé a la F. para que me viniera ayudar, ya que la K. y yo no lo podíamos. La K. le hizo una de esas cosas que estudia y se recuperó (Don R.).*

R dijo: *ya estoy bien, estoy bien, se levantó como pudo, le dijimos, te llevaremos al hospital, y no quiso”.*

V.9.2.4. La feria y posteriormente el hospital y la idea de la muerte:

Será en la feria donde cae desmayado y ya no es envuelto a la casa, sino que es derivado al hospital. Es en este episodio donde despierta en la sala de urgencias, amarrado y demandando que le explicasen porqué *“estaba amarrado”*. En estos episodios ve a F. y C. llorando y es cuando las enfermeras le dicen que *“no le gustó tomar, ahí tiene”*. Posteriormente será en esta parte donde el médico entrega el desahucio a don R, quien recuerda: *“no me acuerdo bien...pero desperté. O ya estaba despierto. No sé bien...pero estaba en una sala. Casi desnudo...con esa camisa que le ponen a uno...y me quería tapar porque había más gente ahí adentro y estaba amarrado de las muñecas. Trataba de zafar y la enfermera...prepotente la mujer me dice. No le gustó tomar...ahora se aguanta...y sabe... Ahí me quebré...verme ahí”* a lo cual después plantea: *“me sentí humillado...como que por todo lo que había luchado en la vida se había ido a la cresta...más encima veo a las niñas llorando y no sabía qué hacer”*. Luego agrega: *“hasta que llega el doctor, me acuerdo...Y me dice...sin anestesia...esta desahuciado, no hay remedio...a lo más le quedan tres meses.”*

A este episodio, F. relata: *“yo veía a mi papá ahí, amarrado a esa cama. Lo trataban mal, le decían borracho, alcohólico hasta que tuve que ir a pelear y decirles que no estaba solo...imagínese que yo trabajo ahí, como serán con otras personas”*.

A lo anterior, K. relata: *“es verdad, y todo era porque mi papá no se dejaba poner una inyección...lo trataron tan mal...y ahí quedamos esperando al doctor...no llegaba nunca. Y cuando llegó... dice que está desahuciado...no supe cómo reaccionar y me abracé a la K. y me puse a llorar...estar ahí...y diciéndome que mi papito se iba a morir...no se lo doy a nadie”*.

Posteriormente dice *“para mí fue como una condena...a mi papá lo estaban condenando...porque como ni va a haber nada que hacer y por eso sentí tanta culpa...me decía...Pero como tan penca...no haber hecho algo antes...cómo no haberle dicho y haberlo tomado a la fuerza antes”*. A lo cual se le consulta sobre que significa para ella la “condena”, a lo cual responde: *“Sipo... es como que todo ya está hecho y no hay salida...mi papá desahuciado...alcohólico...no puede tomar todos los medicamentos porque tiene el hígado destrozado...qué vamos a hacer...es como si todo ya estuviera listo...hecho”*

V.9.2.5. El desarrollo del síndrome de abstinencia.

Posterior a los siete días que estuvo don R. hospitalizado, y al ser dado de alta, R. regresa a su casa y comienza con el tratamiento farmacológico para su cirrosis hepática y encefalopatía. Comenta R.: *“Un día me pasó algo muy penca, y no sé cómo contarlo...a veces estoy en la casa y sabe...me voy a negro... El otro día...no sé cómo llegué a la plazoleta...y desperté con los pantalones abajo...meado entero...me había caído me acuerdo de que estaba lleno de tierra...ahí llegaron mis yernos a buscarme y estaba como perdido. Me dijo la T. que la había empujado y había salido a comprar vino...de algo me acuerdo...pero hay ratos que no...no sé por qué será”*.

Agrega *“yo me dije...no voy a tomar más...pero a veces salgo con la T. a la feria...y pasamos por la botillería que está abajo, y me llega el olor a vino y sabe que me da como algo en la guata y las ganas son insoportables...trato de venirme a la casa altiro, pero las ganas no me dejan*

tranquilo...pienso y pienso y el corazón es como que se me va a salir y busco en la casa algo para tomar...y como no me dan...me da rabia...a veces es como una furia...insulto a las niñas, las amenazo y salgo a comprar". A lo cual K. replica: "sabe...nos trata muy mal...hasta me ha dicho maraca culiá...yo quedé remal...jamás me había dicho nada y ahora cómo me trata y le digo...pero papá... qué te he hecho yo para que me trates así, yo no te he hecho nada...y es cómo si no pescara y se va".

A lo anterior, doña T. cuenta que "está como loco...o sea nos dice cosas que nunca nos había dicho...maraca...puta...nos insulta...me saca la madre...a veces no sé qué está diciendo" se le consulta su opinión sobre qué cree qué está pasando, relata: "No...pero sabemos que algo malo porque es con rabia y la única forma que se le quite es tomando...después que toma llega, se duerme y despierta todo perdido... le digo que lo que hace es malo, porque...imagínese cómo nos sentimos". Y cómo se siente, se le consulta, referente a T.: "muy mal...es una pena tremenda porque como si lo hubieran cambiado. Siempre fue un hombre muy bueno y ahora lo vemos y es como tan diferente...nos insulta...dice cosas incoherentes...que ve bichos...que le pases una plata...y le digo...qué plata, sino tenemos plata...el otro día hablaba con alguien y estaba hablando a la pared...y ahí hasta me dio miedo".

Respecto a estos episodios, F. plantea: "mi papá, hay veces que no lo reconozco, es otra persona" ante la consulta qué es lo que no reconoce, dice "pone una cara de loco, lo ojos se le pierden, se cae y busca salir, su único amor (amor es usado como sinónimo de objetivo) es salir a tomar...a veces sale y encuentra a angustiados que andan por acá (el sector donde viven hay problemas sociales asociados al consumo de pasta base) y les pide que le vayan a comprar a vino y le traen esas botellas o cajas y se las toma muy rápido" Agrega: "en el hospital, no avisaron que iba a tener conductas agresivas por el tema que estaba dejando de tomar, nos mostraron un gráfico y nos dijeron que teníamos que estar tranquilas, que si dejaba pasar unos meses se iba

a ir pasando, pero estando con él (con don R.) es otra cosa, las cosas que nos dice... "hueona", "conchatumare", "maraca"... esas palabras nunca se las había escuchado... yo creo que mi papá por la encefalopatía se volvió loco y no sé qué es peor... que esté alcohólico o que esté loco".

V.10.3 El sistema de significados y narrativas construidas.

Los sistemas de significados y creencias son múltiples en el sistema estudiado. Es en este punto uno de los más problemáticos, esto en virtud en que los sistemas de creencias sean propios del sistema a consultante y no un sesgo del terapeuta. Para definir estos sistemas de creencias se trabajó bajo la saturación de la descripción, esto quiere decir, se establecieron los contextos en dónde comienza a cambiar el sistema de creencias respecto al vino y comienzan a aparecer los relatos donde se encuentra el dolor. Este trabajo se hizo con los elementos del subsistema consultante, tanto con R., T., F., y K.

El sistema de significado de este sistema consultante, en aspectos relacionados a las problemáticas definidas, se centran en 4 áreas principalmente, ellas son:

V.10.3.1 Significados respecto "al alcoholismo":

F. refiere: "Sabíamos que mi papá era bueno pa' tomar, siempre lo veíamos. Pero de ahí a ser alcohólico, bueno, ahora lo sabemos, pero él era buen papá, trabajador, nunca nos faltó nada. Nunca nos pegó o insultó".

Para doña F, el significado de sus explicaciones es el siguiente: "Lo que pasa, entiendo, el alcoholismo lo padecen personas sin logros, con problemas en sus vidas, maltratadores, personas sin voluntad".

Doña T. plantea: "si...si siempre tomó, y tomó mucho...pero nunca faltó a su trabajo o nos faltó algo, siempre fue cuidador, sabíamos que era su vicio, que era bueno para tomar, pero de ahí a que estaba alcohólico, digo yo, pero cómo, si nunca dejó de trabajar". El significado que

otorga a esta explicación es: *“es que yo siempre había visto que las personas que llegan a ser alcohólica, porque esto es cómo una enfermedad, son violentas, agresivas, les pegan a sus hijos, o no se bañan, pero él no, yo creo que le hizo mal, pero ser alcohólico, o quien esté alcohólico...me cuesta creerlo”*.

K. dice: *“a nosotras -se refiere a sus estudios de enfermería- nos explican, nos dicen que hace una persona para ser alcohólica, lo sabemos, pero mi papá...costaba pensar que fuera uno. Uno sabe que son personas que dejan de trabajar, o no hacen nada, que dejan de bañarse o siempre andan robando, o tirados en la calle, sucios o maltratan. A mi papá jamás lo vimos así”*.

Respecto al significado que asocia a esta explicación, K. refiere: *“que le puedo decir...me equivoqué...estaba pérdida con lo que sabía...durante años pensaba que con eso le demostraba lo mucho que lo quiero...porque nosotros no somos...así como se dice...de piel...pero si somos de juntarnos, comer, hacer asados y tomar cervezas...mientras lo hacíamos feliz, creo yo, lo estaba matando”*.

V.10.3.2 Significados asociados el rol de hijas y esposa.

F. y C. se han culpabilizado del hecho que R. haya sido diagnosticado con cirrosis, encefalopatía y han asumido que, en rol de hijas, debieron actuar en los momentos que tenían dudas y no haber hecho caso a su padre, quien no quería comenzar tratamiento alguno. En forma paralela se cuestionan sobre su actuar y por qué no reaccionaron antes, esto los lleva a sentir culpa y remordimiento.

F, dice *“me siento tan mal, tan culpable, es una pena tremenda no haber actuado antes, a veces es rabia, sabíamos que estaba mal, pero no hicimos nada, y ahora, cuando nos dicen que está por morir, es una pena muy grande”*.

K. explica *“me arrepiento de todo, de ir a comprar, de cuando lo esperábamos, yo no hubiera querido hacerle algo malo, si es mi papá. Tampoco lo sabíamos, pero ahora que no han dicho que se va a morir, no sabemos que hacer”*.

A lo anterior, T. cuenta que *“me siento muy mal...es como un pesar, una culpa el no haberlo ayudado antes, siento que...no se...que lo traicioné, a veces pienso...y si lo dejamos no más, que termine tomando tranquilo, pero después pienso que eso es dejarlo morir y a veces ya no sé qué pensar...lloró todo el día”*

V.10.3.4 Significado sobre el vino.

Para R., el vino había cumplido varios roles dentro de su vida, entre ellos, le otorgaba el sueño diariamente. Al definirse como una persona solitaria *“yo siempre he sido una persona solitaria, sin amigos, para nada bueno para salir, mientras tomaba vino era el espacio donde podía pensar, recordar y relajarme”*.

R. planteaba: *“sí sabe, quizás usted va a decir que estoy loco, pero el vino no era sólo una cosa que se tomaba (hace el gesto de beber con la mano) ...No. Era...cómo le puedo decir...era cómo el lugar, el rato...el momento”*.

R. reconoce que *“existe una necesidad que siente en el cuerpo de tomar”*, igual narra que habrá cosas que extrañará cuando los haya superado, lo que él denomina *“Estar alcohólico”*, y justamente esos esos espacios donde él podía hablar, disfrutar su vino, y luego ir a descansar. *“En algún momento tomé de intruso, como todo cabro chico. Después tomaba porque me gustaba, compartía con los compañeros y debíamos tomar para soportar eso que veíamos...después tomaba para dormir, para estar tranquilo, era como que me calmaba, sabe...y pensaba”*

En este sentido, se puede considerar que la red de explicaciones asociados al hecho de “*tomar vino*”, posterior a los episodios del mes de junio y julio, que tienen una expresión máxima cuando R. es hospitalizado, son modificados drásticamente. Dentro de las narrativas del sistema familiar encontramos que el hecho de “*tomar vino*” se encontraba instaurado a lo menos a dos niveles de significado.

El primero desde las figuras de F. y K. y de T. se comprendía éste “beber” como parte una retribución. Cada vez que R. bajaba desde su trabajo, en el cual se encontraba durante varios días, dependiendo del sistema de turno que estuviese ejecutando, a su regreso siempre, según relato, se encontraba con una escena donde su familia le preparaba una cena y, por añadidura, le tenían su vino. Esto está en relación con un significado de retribución, de agradecimiento, un significado también festivo, y esto no está bajo interpretación, sino en base al relato de F, cuando dice: “*toda la vida mi mamá le preparaba sus comidas cuando llegaba mi papá del trabajo. La K. que era la más chica era la que iba a comprar en la tarde antes de que llegara, hasta yo a veces le traía cuando lo veníamos a ver, nunca había sido un problema*”.

A lo anterior, T., relata “*yo siempre quería tenerlo bien, si era un hombre muy trabajador, un buen papá y es mi compañero, yo estaba atenta a que tuviera contento*”

El siguiente significado, y qué es directo del consultante, es que el consumo de vino le permitía relajarse, descansar y observar a su familia, a este punto don R. refiere: “*Si siempre que llegaba, nos poníamos a comer y a veces se ponían a bailar o a contar historias y yo me la mesa me ponía a pensar, y ahí me quedaba...cuando tomaba vino, me relajaba*”.

El vino también cumplía una función somnífera, el consultante plantea que históricamente tuvo problemas para conciliar el sueño y que el vino le ayudó en este ejercicio de poder dormir profundamente. Don R. planteaba a este respecto: “*cuando tenía que dormir, por lo general*

siempre tuve problemas, desde joven. Uno trata de dormir, pero no se puede...es como si se vinieran todas esas imágenes a la cabeza. Tomar vino me ayudaba a dormir”.

V.10.2.5 Significados sobre la locura.

Dentro del sistema relacional, las conversaciones que más dolor cargan son las asociadas al tema de la abstinencia, por ejemplo *“no sabemos que hacer, se pone como loco”* en el caso de F., o en el caso de K. *“ mi papá está como loco, no sé porque mi papá hace eso”* en otra ocasión, replica *“ mi papá nunca me había insultado y ahora me dices cosas Terribles”.*

T., dice: *“ya con todo esto, lo que ha pasado, yo creo que se acabó y deberemos esperar...”*. Al consultar a T., por sobre a qué se refiere con la palabra *“esperar”*, su respuesta es: *“a que se muera, si es como que se nos fue, ya no es él, y trato de decirle, de hablarle, pero no hace caso, no entiende y recae y toma...y si no toma, se vuelve loco, lo viera usted”.*

Esta dinámica y según las explicaciones entregadas, se estableció y mantuvo durante años un tipo de significado asociados al hecho de beber que se puede sintetizar de la siguiente forma: Beber significaba retribución, comunión, agradecimiento, respeto hacia la figura del padre, esto desde T., F., y K. y descanso, relajamiento, posibilidad de descanso por parte de R. Por ejemplo, en los relatos de ambas hijas plantean, a diferentes edades, ellas eran las personas que iban al supermercado o botillería más cercana para comprar el vino de su padre. Esto concuerda con lo planteado por T., quién se esmeraba preparar la comida para esperar a su esposo. Existía un rito marcado dentro de esta familia.

Ante las narrativas previas a los acontecimientos de julio, no existía un cuestionamiento hacia las cantidades de vino que consumía R. Asociaban, el grupo familiar, con algunos grados de preocupación, que el consumo podría traer consecuencias, pero esto no implicaba una necesidad de resguardar las conductas que R. desarrollaba en torno a su consumo. Hay que

agregar que, si bien existieron episodios que cargaron una connotación de tristeza, como la muerte del hijo de F. y la muerte de la madre de R, sin embargo, estos acontecimientos tristes, desde la experiencia tanto del consultante como de su grupo familiar, no conlleva un cambio en las dinámicas familiares cotidianas. En otras palabras, había un sistema funcional, con roles definidos, plásticos y adaptables, que se mantienen cohesionados entre las pérdidas y como también ante la salida de la hija mayor quien forma su propia familia, independizándose. Todo esto, con un hombre “bueno para tomar”.

VI.10 Establecimiento de las metas del tratamiento.

VI.10.1 Metas con Sistema.

Vale indicar que cada meta que van organizando el trabajo terapéutico son co-construcciones, cuyo objetivo metodológico es entregará los espacios para que emergerán nuevas narrativas que permitan a los integrantes del subsistema desarrollar explicaciones les permitan alejarse del dolor. Lo anterior se buscará que los integrantes del sistema desarrollen una reflexión sobre sus sistemas de creencias alojadas en una red de significados que se han mantenido en la identidad del subsistema. Esta red de significados es variada y están relacionados con su concepción respecto al vino, a la locura, al síndrome de abstinencia.

Será necesario deconstruir las narrativas existentes de las redes de significados anteriores al trabajo de intervención y también será necesario comprender como a través de la descripción de los eventos ortogonales pudiesen haber emergido nuevos significados o profundizar el sentido de los ya existentes, esto en función a poder encontrar los espacios en donde el subsistema encuentre alivio, aceptación y validación.

Para ello, y en congruencia con el modelo, es que el foco de intervención se centra en disolver las emociones de definidas en las exploraciones de definición de los esquemas XYZ,

culpa, miedo, rabia y angustia que emergen en los eventos, narrativas y dominios de existencia descritas en el apartado anterior a través del esquema terapéutico.

VI.10.2 Metas con R.

Respecto a las metas del tratamiento la persona de R. buscaremos traer historias de la propia vida de R en la cual se auto perciba y describa entorno a un conjunto de emociones que permitan reestructurar las narraciones actuales y conlleve una motivación renovada hacia su vida que le permita llevar adelante las diferentes acciones quién necesita para poder efectuar su tratamiento.

VI.10.3 Metas con T.

Respecto a las metas del tratamiento de la persona de T., exploraremos sus historias, realizando un ejercicio análogo a lo que se trabajará con R. De estas historias relatadas por T., y definiendo los dominios de existencia desde los cuales emerjan estas historias, se buscará poder distinguir herramientas con las cuales pueda ir reconstruyendo una actitud que le permita sobrellevar de mejor forma lo que ella codifica como la "locura de R."

VI.10.4 Metas con F.

Respecto a F., el trabajo es similar. en función al conjunto de significados que se pudieron definir en las etapas anteriores de este trabajo se buscará construir un nuevo relato que permita una comprensión más amplia a los fenómenos que R está experimentando con relación a su abstinencia.

VI.10.5 Metas con K.

Respecto a K., el trabajo seguirá los mismos lineamientos planteados anteriormente. Esto es decir, se buscará generar nuevas historias en las cuales el sistema pueda identificar

fortalezas, desde otros dominios y experiencias de vida, y traerlas hacia el dominio que se encuentra afectado en la actualidad.

En otras palabras lo que buscamos respecto a las metas de la intervención es que los diferentes personajes y con relación a sus propias experiencias de vida puedan ir asociando y concatenando fortalezas que se encuentran en las narrativas de historias pretéritas y puedan reflexionar que en función a una etapa anterior tuvieron las competencias para llevar adelante el cuidado de personas que se encontraban con grados de abstinencia.

VII. Intervención.

VII.1. Esquema, Intervención y desarrollo XYZ N°1.

VII.1.1. Persona del subsistema: R.

Problema XYZ N°: 1	
Dominio existencial:	Hombre-persona
Explicación X:	“creo que no podré dejar de tomar y moriré”
Emoción Y:	Angustia
Por qué ahora Z:	Cuando recae y vuelve a tomar vino, en sus crisis de abstinencia, posterior a su recuperación asume que no podrá dejar de beber.

El desarrollo del primer XYZ, se inició haciendo las consultas sobre cuánto había tomado en los últimos días. R., plantea que él había dejado de tomar en los días previos a sus crisis en la feria, anterior a ser hospitalizado. Se le consulta, entonces, porque pensaba que no podría dejar de tomar, si en realidad ya lo había hecho. Esto conllevó un largo silencio en la sesión, plantea “pero me dan ganas igual”. A esto se le consulta si ha bebido antes que le den las ganas, “antes de irse a negro”. Es tajante en decir que “No”, que es cuándo está en la casa, y “no está haciendo nada” ... “me vienen las ganas” y “se va a negro” posteriormente sabe que ha tomado, por el sabor en su boca, la “tranquilidad” que siente y lo que le comentan T., K., F. y el sistema familiar global. Ante esto, el terapeuta reflexiona, si no está tomando en los momentos que está tranquilo, sólo toma cuando las ganas le vencen, a lo cual replica “claro”, si no tuviera esas ganas, ya no tendría el problema de “quedar tirado en cualquier parte”. Se da un espacio de co-construcción:

T: ¿usted sabe lo que es el síndrome de abstinencia?

R: “sí, es cuando uno deja de tomar, pero no puede”.

T. ¿es cuándo no pueden o están luchando por dejarlo?”

R., guarda silencio. Al tiempo replica, “*es cuando uno está luchando... pero sigo tomando, y no quiero tomar más*”.

T. Son cuarenta años R. tomando, todos los días, cuatro litros de vino, constantemente, cuantas veces le han dado ganas de tomar

R. “*la verdad, es que todos los días quiero tomar, pero hay veces solamente en las que no puedo*”.

T. O sea, ya no está tomando todos los días.

R. “*hace rato que no tomo, me dan ganas y a veces me la ganan, pero tomar...libre...no*”

La reflexión se desarrollaba en la posibilidad de poder construir un correlato centrado en que R., había dejado de tomar, que el relato en donde estaba el dolor. Desde la posición el terapeuta, lo que estaba distinguiendo era que R., había logrado distanciar el consumo del vino, bajo los términos en los cuales él bebió durante toda su vida, sin embargo, esta situación no la distinguía. Es en función a la emergencia del SAA, el momento de la crisis propio de la abstinencia cuando R., se ve impedido de poder controlar su ansiedad y recaía.

En el trabajo es acá donde se puede distinguir el efecto del discurso dominante generado desde el episodio ortogonal Hospital. R., según los planteado por él, por T., F., Y K. hacia un tiempo que tenía la intención de dejar el vino, incluso hizo una promesa a su madre, la cual “trató de cumplir”, pero recaía. Lo que no se distinguía dentro del sistema era que R., había comenzado el proceso de desintoxicación, antes inclusive de los episodios de la feria y de la ducha. En el

hospital ingresa un hombre colapsado a nivel orgánico, la Cirrosis y la encefalopatía se manifestaron con su sintomatología de forma intensa, sin embargo, la forma en cómo se desarrollaron las conversaciones fue en categorizar a R., como alcohólico, la lectura fue, esto pasa por beber y no está dejando de tomar y el cuerpo está colapsando por la abstinencia, esto independiente de la cirrosis y la encefalopatía, que si bien son de alta gravedad, las concepciones, historias, prejuicios de R., y el sistema familiar, están a segundo nivel, lo doloroso es que R. estaba padeciendo estas circunstancias por ser alcohólico.

La reflexión no estaba funcionando, estaban las condiciones médicas propias de la encefalopatía más los efectos del tratamiento farmacológico. Las sesiones se distanciaban en el tiempo en virtud de las crisis, las cuales en primera instancia eran con una frecuencia semanal. Sin embargo, en las sesiones que, si se ejecutaron y estaban las condiciones de R., para trabajar, se comienza a explorar en las historias de vida de R., y con ello traer elementos de otros dominios que pudiesen ser aplicados en su lucha “por estas ganas” que lo vencían y le generan la explicación centrada en la desesperanza. Se exploraron varias historias de R.,

Su vida laboral, su rol de “Chef jefe”, sus negocios, su vida de emprendedor, sus gustos. En estas conversaciones manifiesta sus gustos, las que podemos agrupar como “música andina de izquierda de los 70” y “películas de crítica social (Hombre mirando al sudeste, por ejemplo)”.

El significado de R., respecto al somnífero del vino está asociado con el párrafo anterior. Una de las historias que emergieron fue la del “Cuervo”. R., cuenta la historia de su juventud, cuando perteneció a un grupo de acción armada que luchó contra la dictadura, el cuervo era su nombre clave, y cuenta una serie de acciones que desarrolló con un grupo de personas en lo que él denomina “la lucha armada contra Pinochet”. Explica sobre sus conocimientos en manejo de armas y la disciplina que tuvo para participar de estas acciones, esto aproximadamente entre los 17 y 20 años, anterior a conocer a T.

Respecto a la consulta sobre el vino, entendiendo que era un hombre disciplinado, se consulta como cae en el consumo, dice “siempre había tomado vino, desde chico”, pero en el grupo no se tomaba”. “después que me salí me costaba dormir, aún me cuesta dormir, se me vienen cosas a la cabeza”. Estas “cosas a la cabeza” está con relación a una historia que comenta sobre unos compañeros de lucha, que fueron “explotados” en una mina que se encuentra cercana a la ciudad de Copiapó.

T. que característica era las principales que tenía el cuervo:

R. “era un luchador”, “disciplinado” “no tenía miedo”.

En este sentido teníamos dos significados que podíamos traer el dominio de existencia hombre, con relación a sus “ganas de tomar”, las cuales, no se lograban configurar. Por las mismas condiciones cognitivas, el efecto de los fármacos se volvió complejo poder elaborar unas narrativas sobre esta experiencia. Se hace un ejercicio sobre una conversación de R., con el cuervo.

T. Qué es lo que ordenaría el cuervo a R., hoy en la actualidad.

R. “que luce”.

La emergencia de la historia de “el cuervo”, ayudo de forma importante a las necesidades del XYZ inicial, por qué. En esta historia, que estuvo relegada durante años, ya que R., no ha constado esta historia a su familia, se resguardaba una serie de características relacionadas con la disciplina, el esfuerzo, el sentido de lucha, superar la adversidad, significados que fueron trasladados a su historia actual de “alcoholismo”.

Y en relación con el alcoholismo, re-reflexión sobre las concepciones que hay en la literatura respecto al alcohol y al alcohólico, las cuales no están cercanas a las características de R., En una sesión se reflexiona sobre el sentido de beber que él tuvo en un momento de su vida, el

“somniafero”, que siempre estuvo de la mano con el resguardo de la historia de “el cuervo” la cual “no cuento a nadie por resguardo a mi familia”, donde vemos de nuevo el sentido de “protección de R., ”Las historias de connotación asociada a la desesperanza dieron paso a las historias de lucha, de disciplina.

El cambio de R con relación a este XYZ será en relación aquí en una primera instancia R solicita en las sesiones seguir conversando respecto a sus actividades políticas. Dígame “Cuervo” fue la solicitud que estableció en algunas de las sesiones. A lo cual se le consulta el porqué de esta solicitud.

R, plantea *“me hace bien darme cuenta de qué puedo ser ordenado, que yo fui un hombre fuerte, y que hasta que no me muera daré batalla”*

T. Y puede volver a serlo?

R. *“a pesar de que me siento lento y a veces las ganas de tomar vino me ganan, decidí salir adelante, y quizás no me sale, pero no me moriré solo en una cama”.*

T. y eso, qué significa

R. “que no me vencerá”

T. que es aquello que no lo vencerá

R. *“esas ganas de tomar, esa angustia de pensar en tomar”*

T. ¿y cómo luchará?

R. *“Creo que es moviéndome, haciendo cosas, las cosas que me gustan...cocinar por ejemplo”*

Posteriormente, en la siguiente visita que hace el terapeuta R., solicita:

R. *“quiero lo que usted me ofreció, que salgamos, estoy lento y no camino bien, pero creo que me hará bien... podemos salir”*.

Esta solicitud de R., está en función a poder generar intervenciones fuera del domicilio, en algunas sesiones particularmente en las cuales estaba explorando los sistemas de significado, había salido la propuesta por parte del terapeuta. esta propuesta era en una primera instancia salir a la plaza de la ciudad de Copiapó.

Posteriormente y cuando se comienzan a desarrollar las sesiones de terreno con el sistema R., comienza a plantear sus ideas sobre lo que hará posterior al tratamiento.

R.” *se han ido bajando las crisis, antes eran todos los días, ahora hace como una semana que no me ha pasado nada”,* posteriormente, reflexiona *“el otro día estaba con la T., y sacó cuentas, ya me debería haber muerto, y aquí estamos”*.

En las sesiones posteriores, al respecto, dice:” *sabe conversé con las niñas y quiero trabajar, estoy pensando en poder levantar un negocio de sushi, sabe no son difíciles de hacer, tengo problemas todavía en las manos, pero el otro día ayudé a la T., a pelar las verduras para el almuerzo”*.

Una de las acciones que te realiza en días posteriores es una llamada telefónica que realiza al terapeuta. R., Solicita si el terapeuta puede ir a visitarlo, que hay algo que quiere mostrarle. Al día siguiente se hace la visita, y R., solicita a T., una manzana y un cuchillo. Y solicita el terapeuta que lo observe, lo que realiza R es una figura, un pájaro, con la manzana.

R., comenta *“Ve de a poquito me estoy recuperando, estoy recuperando mis manos, una de las cosas que pensé no iba a ser más son estas figuras con las frutas, cuando trabajaba en la minería siempre hacía estas figuras y a mis jefes les gustaba mucho, y a mí me gusta mucho hacerlas”*.

VII.2 Esquema, Intervención y desarrollo XYZ N°2.

VII.1.2. Persona del subsistema: R.

Problema XYZ N°: 2	
Dominio existencial:	Hombre-persona
Explicación X:	“Me siento tan humillado...poca cosa cuando pienso que estuve ahí, amarrado”
Emoción Y:	Vergüenza
Por qué ahora Z:	Debe asistir a tratamiento en el hospital en forma regular.

Del episodio ortogonal del hospital, la vergüenza es la emoción para disolver. El problema se presenta con relación a los controles que debe realizar R. Esta persona, que en sus historias comenta que era un luchador, padre de familia, esposo, quien había llevado adelante su hogar, unos negocios, quedó con una emoción de vergüenza, la que era discrepante, ya que no estaba acostumbrado a experimentarla. La palabra humillación para R. era *“lo peor que le pueden hacer a una persona”* y se refiere *“es de exponer, decir que uno es alcohólico, frente a otras personas”*. La exposición social para R., era un problema, *“nadie debe saber lo que pasa a una familia a una persona”*, para lo cual el recuerdo de este episodio *“estaba ahí, amarrado en una cama, cuando me dicen que estaba desahuciado”* el reflexiona *“por último me lo hubieran dicho estando solo”*. En este sentido se desarrolla un tipo de condicionamiento en reacción a las visitas posteriores. *“cuando debo ir al hospital, a los tratamientos, me da vergüenza”*.

Posteriormente, plantea: *“Me da vergüenza estar ahí”*. Qué es lo más le da vergüenza, se le consulta, *“que estén las niñas”* (siempre van juntas K. y F.). R., posterior al episodio del hospital, no había generado espacio, K., F., tampoco, en torno a poder conversar, expresar los sentimientos en relación con el episodio del hospital. En este dominio de existencia, R., se había quedado en la descripción de los hechos y en las creencias que sus hijas se avergonzaban de él. La vergüenza de R., era porque pensaba que sus hijas sentían vergüenza de él.

Esto se suma, que la vergüenza para R., tenía un efecto en las conductas de R, lo bloqueaban. R plantea: *“llegó y me quemo, no sé qué decir”*. Esto era un problema a nivel de tratamiento médico, ya que R., no estaba logrando describir sus síntomas en virtud de los tratamientos que estaba recibiendo.

La forma en la cual la emoción de vergüenza se diluyó estuvo en función a una sesión grupal, del conjunto que se desarrollaron. en la deriva conversacional que se desarrolló en esa sesión, sí conversó sobre las formas familiares que tenían, previo a los episodios descrito en los párrafos anteriores, de celebrar las llegadas de R desde su trabajo. en esta sesión desde K., genera un cuestionamiento a R., le dice que ella lo quiere, que toda la vida ella lo ha visto como un gran padre, y que ella es capaz de hacer cualquier cosa para que él se recupere. Pero que sin embargo ella siente que el las abandonó porque dejó de luchar.

Posteriormente en las sesiones siguientes R., plantea una reflexión:

R: *“yo sé que en mi casa me quieren, siempre lo he sabido, y las niñas me van a ver dando la pelea”*

T: y usted que ha hecho para apoyar esa pelea, se le consulta

R. *“le pedí a la F., que me sacara una hora particular, la hora del hospital, falta mucho”*

T: ¿y no le va a dar vergüenza?

R: *“no lo sé, la verdad ni se porque me daba vergüenza, si al final lo que estaba allí era yo acabado”.*

T: y ahora, ya no se siente acabado, ¿cómo se siente?

R: *“se acuerda cuando le conté que había visto esa película... esa película... hombre mirando para un lado (Se refiere a Hombre mirando al sudeste)”.*

T. Si, la he visto...qué piensa de esa película

R. *“se acuerda del Dr. que le decía al principal que estaba loco...el doctor estaba más loco que el loco” “yo pensaba a cuántas personas le ha pasado lo mismo que a mí, cuando me amarrado en la cama, pensaba lo que usted me había dicho... yo no estaba tomando, ya había dejado de tomar” ...” yo no me daba cuenta pero estaba luchando”*

T: ¿Y cómo es esa lucha?

R: *“son como dos personas, una que quiere tomar y la otra no, en el hospital estaba desesperado por tomar pero no lo sabía”*

T. Entonces...que es lo que sabe ahora.

R: *“que sí que luchó con las ganas de tomar y las aguanto, pero como en toda “lucha armada” a veces se cae, y al día siguiente hay que volver a organizarse” ...*

T: ¿Y eso, tiene algún significado?

R: *“lo que pienso, es lo que usted me decía, cuando estoy más loco no es que esté loco, me estoy limpiando, pero el cuerpo me pide y me pide, y siento que se la estoy ganando” ...” ya no es vergüenza lo que siento, lo que siento ahora son ganas de ir al doctor o al hospital da lo mismo me quiero mejorar”.*

T. Y ahora...que siente?

R. *“Mire...le voy a decir, siento una angustia, algo en la guata que me aprieta, pero es otra cosa...no se si me entiende...siento algo así como una ansiedad...pero ya no he tanto por tomar...igual a veces me dan...pero estas son para más adelante, para cuando esté sano”*

T. es cómo...tienes ganas de verse sano...

R. *“Si, pienso en ponerme sano y me da algo, así como los cabros chicos esperan la pascual”.*

T. *¿Está ansioso de verse sano?*

R. *Creo que si*

Lo que se generó en estas sesiones además de otras, es que se comenzó a configurar la metáfora con la cual se llevó y dirigió el trabajo con los XYZ de los otros integrantes del sistema. de las reflexiones que presentaba R nace la historia en la cual se distancia de la concepción médica del cuadro de abstinencia, logra distanciarse de la historia en la cual se describe como locura, y comienza a emerger lo que se denominó “el hombre que lucha” que en el fondo era la síntesis de poder comprender los síndromes de abstinencia desde otra perspectiva, ya no como la consecuencia del alcoholismo sino como la manifestación de la desintoxicación. El concepto de lucha que se trae a los episodios ortogonales propios de la terapia, son parte de un conjunto de narrativas que R sepultó, con un significado de protección respecto a su familia, es más solicitó que la familia no tuviera conocimiento de “El cuervo”. Sin embargo eran en estas historias en las cuales aparecía el hombre que lucha a diferentes niveles, ideológicos, políticos, y también de lucha directa y callejera en los años de dictadura.

La emoción de la vergüenza que era altamente discrepante en R se fue disolviendo en el proceso de como construcción y también de reflexión en torno a la situación actual que R., estaba experimentando. la disolución de esta emoción conllevó a poder adquirir ese conocimiento por

parte del terapeuta sobre esta metáfora que fue fundamental para el trabajo sistémico asociado a las reacciones de los integrantes del sistema hacia las conductas consecuencia del síndrome de abstinencia. este es el momento donde el discurso dominante, la concepción del alcohólico y la del loco comienzan a relegarse y dan espacio al hombre que lucha en primer lugar como una autopercepción de R en los dominios existenciales en torno al hombre y también la percepción que comienza a desarrollarse posteriormente en T., K., y F. respecto a R. en conclusión respecto a este XYZ, podemos plantear que la vergüenza y las narraciones asociados a ella dan paso a la motivación y al cambio de la concepción global del caso, R., ya no es un alcohólico acabado, sino que es un hombre que siempre luchó por su familia, que tomó mucho, al punto de enfermar de cirrosis y encefalopatía, pero que dará la lucha para su recuperación.

VII.3 Esquema, Intervención y desarrollo XYZ N°3.

VII.1.3. Persona del subsistema: R.

Problema XYZ N°: 3	
Dominio existencial:	Hombre-persona
Explicación X:	“siento que viene algo, unas ganas que vienen desde acá (se refiere al estómago y al pecho) y después no sé qué pasa...sé que me pongo como loco y eso me da miedo, es el miedo a volver a tomar, cada vez que tomo, me pongo como loco y sé que pongo una pata en la tumba”
Emoción Y:	Angustia
Por qué ahora Z:	Porque presenta conductas como violencia verbal, alucinaciones y descontrol, y no tiene conciencia de sus actos.

Este XYZ se desarrolla en un contexto de intervención, en una conversación que se desarrolla en una de las sesiones individuales con R. En esta conversación se conversa sobre la muerte. R., reflexiona: “puede ser que la muerte sea así, se sienta como algo que viene. ¿Lo han operado alguna vez? Es cómo cuando viene anestesia así...y uno se va.... Esto es similar, es como si de repente al viene y me voy”.

Ese algo eran las ganas incontrolables de tomar vino, nos encontrábamos en la situación que estábamos en pleno proceso de desintoxicación y por ende las crisis del síndrome de abstinencia inclusive en su grado delirium tremens se desarrollaban frecuentemente. era complejo poder establecer un conjunto de historias para disolver una sensación un impulso el cual estaba acondicionado por aspectos biológicos. Además, nos encontrábamos con la problemática de que el tratamiento farmacológico para poder controlar estos niveles de impulso se encontraba fragmentado en función a la condición hepática de R.

Lo que se realizó fue conceptualizar el impulso esto ayudó aquí R cuando sintiera la emergencia del impulso pudiera avisar a los integrantes de su familia. Sin embargo, la capacidad lingüística de R se encontraba mermada no tenía la velocidad suficiente para dar una descripción rápida de lo que estaba experimentando en un momento en particular. lo que se trabajó fue en colocarle un nombre, este nombre permitió que R., avisaba a sus familiares con esta palabra clave. La palabra fue CNI.

R. “Estuve pensando en lo que me dijo el otro día, sobre eso que le pasaba cuando me dice que le da tiritón en las manos” ...” Cuando me vuelvo “loco”, “he estado pensando que quizás estoy loco y no alcohólico”. (Se ríe)

T. Qué le parece si le ponemos nombre

R. Cómo. No entiendo

T. A eso que le pasa, cuando se va a negro, pongámosle nombre

T. Cómo...disculpe...pero no le entiendo...se refiere al diagnóstico que tengo...encefalitis
(encefalopatía hepática)

T. No. No me refiero al dg. Hay veces que siente que algo viene, verdad

R. Si

T. Y sabe que se pone tiritón, le dan estas ganas de tomar

R. Si

T. Hasta ahí sabe que puede controlar esas ganas

R. Si

T. Pero cuando llega a negro, no se acuerda más...y después, es como si despierta y le dicen lo que ha pasado, verdad.

R. Si

T. A ese espacio negro, pongámosle un nombre...

R. Como cual, dígame.

T. A ver. Cuando viene eso (le apunto a la guata) que le hace sentir

R. Me siento. Es como una angustia, miedo...como varias cosas que no sé cómo decirle

T. Piense en algo que le haya hecho sentir algo así, y lo venció...

R. La CNI

T. CNI, y eso, es el nombre de alguien

R. NO. Eso significa Central nacional de inteligencia...CNI.

T. Bueno, entonces cuando venga eso, que ahora se llamará CNI usted hará algo. A la CNI se le recibe o se le ataca

R. Se le ataca

T. Cómo se le ataca...

R. Con lo que tengamos, estrategia, balazos o piedras

T. Pero eso era antes, ahora como la atacaremos

R. Si pudiera a balazos, pero no se puede,

T. buscaremos la forma de atacarla.

Los espacios en negro, la falta de relato total encuentra una figura, metafórica, pero con un gran sentido y significación para R. donde se puede condensar esa experiencia en un significado, CNI. Lo que se busca es traer un concepto cercano, desde el cual emergen una serie acciones del pasado para que el paciente logre reconocer un conjunto de sensaciones de alta intensidad en un significado que cumpla análogamente las condiciones de reconocimiento.

Además, la metáfora de R. luchando con la CNI es un reflejo de R. luchando con “las ganas de tomar”, este es el esfuerzo de llevar a un nivel concreto un fenómeno que se desarrolla a nivel abstracto. Fue el colocar un significado propio por sobre el discurso dominante. En este sentido el síndrome de abstinencia si bien ha sido categorizados y estudiado en la literatura científica, desde la perspectiva de las TSCN, se podría comprender que, si bien la emergencia de las conductas son parte de un dominio biológico, las explicaciones y los sujetos entregan a tales fenómenos pudiesen estar sometidos a un discurso social dominante.

En sesiones posteriores a R., se le consulta: ¿ah venido la CNI? R., responde...”si, como dos veces esta semana” Que hicieron, se le consulta. “me llevaron al agro, y caminé por todo el

agro, después me senté porque me cansé, no sé cuánto rato estuve en el agro, pero fue harto” y Qué pasó con el CNI. R., responde: “mire, las ganas no se me quitaron con la caminata, pero sí me ayudó a no recaer, no termine tirado en el suelo lleno de vino, sí me cansé mucho”.

Ese sentido ir a poder entregar un sustantivo a este proceso, esto quiere decir una narrativa en la cual la sensación fuera distinguible y conceptualizada en una imagen que pare sistema consultante fuera válida. Esto implicó explorar y las diferentes narrativas de R. algún elemento o historia o recuerdo que pudiese cumplir con estas características.

CNI tenía un significado preciso en la experiencia del sistema consultante, el trabajo terapéutico fue asociar las experiencias experimentadas en el síndrome de abstinencia a las creencias que el guardaba en su memoria respecto a esta institución. Y el ejercicio terapéutico de traer las competencias de un dominio a otro fue la de ir reconociendo estas capacidades de su dominio actual como hombre alcohólico a las competencias que el describe de forma positiva y que estaban en el dominio de luchador social.

Este ejercicio lo que buscaba era que en un primer lugar temple nace el sistema consultante en detectar la sintomatología propia de las tenencias y posteriormente tomar una actitud planteada desde El Cuervo. Desde este momento en adelante y en las sesiones individuales se comienza a dejar de hablar del síndrome de abstinencia y R. y se comienza a utilizar la descripción de la dinámica el Cuervo contra la CNI.

VII.4 Esquema, Intervención y desarrollo XYZ N°4.

VII.1.4. Persona del subsistema: T.

Problema XYZ N°: 4	
Dominio existencial:	Esposa
Explicación X:	“yo no quiero verlo así, tan mal...agresivo él no es así...quiero que todo esto termine”
Emoción Y:	Desesperación
Por qué ahora Z:	No sabe reaccionar ante los episodios violencia verbal, alucinaciones descontrol por parte de R.,

La queja inicial de T., estaba centrada hacia ella misma. La forma en cómo se auto percibe, los pensamientos que establece con ella, y las emociones que distingue, en este sentido están en el dominio de existencia Mujer-persona. Las emociones y pensamientos que emergen en este dominio se representan con las siguientes narraciones:

- *“no puedo ayudarlo, no sé cómo” “me siento culpable yo era quién le daba el vino” “cómo no lo ayudé antes”,*
- *“imagínese a mi edad, lo que nos pasó, a veces no sé cómo lo voy a hacer”*
- *” verlo ahí, amarrado, y las niñas llorando...no sabemos qué hacer”.*
- *“yo no pensé que fuera a pasar por esto de nuevo, y R. siempre fue tan fuerte...un buen hombre...no pensé que estaba tan mal...sabíamos que no estaba bien de salud...pero a pensar que se va a morir”*

Los relatos anteriores, por analogía, se puede interpretar que:

- Se siente incapaz de ayudarlo
- No sabe qué hacer
- No pensó que sucedería de nuevo.

La creencia de incapacidad de poder ayudar a R., posterior al episodio de hospital le conlleva la emoción de culpa. Esta emoción se va entretrejiendo con otras dinámicas relacionales, particularmente con las desarrolladas con F., en donde, en torno a una discusión, siente que es culpabilizada por F., en torno a que era ella *“quién lo esperaba con vino”*, esto en el dominio de existencia Madre-hija.

Lo anterior, que se manifiesta en la sesión inicial, donde se establecían los motivos de ingreso, las quejas y la información inicial, conlleva a pregunta sobre “a qué se refería cuándo dijo: *“no pensaba que volvería a pasar”*”.

Esta pregunta abrió un espacio de conversación donde T., recuerda los episodios de su primer matrimonio, donde su marido muere en un episodio de asalto, por lo cual T., cae en un conjunto de sintomatología que le llevó a estar en “El Peral” por un periodo de tres años.

En síntesis, lo que se interpreta de este relato, es que ella tenía su matrimonio, donde tiene dos hijas, las cuales pasan al cuidado de sus familiares una vez que ella ingresa al Peral. Está tres años internada por los trastornos que padeció como consecuencia del episodio vivido. En este periodo, comienza su trabajo de recuperación. Una de las acciones que realiza, como auto terapia, fue buscar actividades de apoyo a las enfermeras y técnicos del lugar *“para salir un poco de todo eso, creer que me había vuelto loca, yo no estaba loca, así que me puse a trabajar, era la que repartía los cigarros, o ayudaba en la cocina”*. Según T., esto le ayudó a *“pensar en otra cosa”* y salir adelante. *“Me levantaba, estaba pendiente de que faltaba, trataba estar ocupada”*

todo el día, sabía que iba a salir, estar en ese lado pensar es lo más malo, ver a las personas mal, a veces gritaban, y todo eso que pasa ahí, así que me llené de actividades”

La siguiente queja, en la cual se configura nuestro XYZ a trabajar, el dominio afectado es el de esposa. En este dominio está la explicación x: *“yo no quiero verlo así, tan mal...agresivo él no es así...quiero que todo esto termine”* el z está en las acciones, relaciones, y conflictos que emergen de las acciones de R., T., interpreta que R., está como *“loco”, “no lo reconoce”, “no sabe por qué hace lo que hace”*. El contexto donde se desarrollan estas explicaciones son post-SAA.

Vale indicar, para una claridad en la ilustración, que para nuestro trabajo hemos explicitado que existen dos episodios ortogonales, el segundo episodio, que hemos denominado *“la locura de R.”* es una metáfora para comprender los síntomas y signos que aparecen en el síndrome de abstinencia. La agresividad, las conductas violentas, los relatos cargados de insultos, la necesidad de beber, son acciones que emergen dentro de una frecuencia, *“propia del estado de desintoxicación del sujeto”* (López et al, 2021, p.12). Usamos la conceptualización la *“Locura de R.”*, para fines de descripción y explicación, sin embargo, en términos de la aplicación de la TSCN el termino por el terapeuta no fue utilizado, a no ser para hacer consultas sobre el significado de cada uno de los sistemas.

Ahora bien, en las sesiones de intervención nos encontrábamos con T., que tenía una narrativa centrada en la culpabilidad por *“no saber qué hacer”*, lo cual se refería en esencial a cómo reaccionar o que hacer cuando R., se ponía como loco, o sea, en las emergencias de la sintomatología del SAA T., no sabía reaccionar y colocaba en R., una serie de intencionalidades que no eran venidas desde R., sino que eran interpretaciones de T.

Para comprender el apartado anterior es necesario recordar que R., describía que había algo que le “dominaba”, le controlaba, que de hecho es uno de los XYZ que se trabajará con R.

En los episodios ortogonales relacionados con el SAA, los cuales tiene una frecuencia, entendiendo que cada evento es diferente entre sí, desde la Hermenéutica analógica, podemos interpretar que, de los diferentes episodios de crisis de R., a nivel relacional de T., con R., en su dominio relacional Esposos, se daba está regularidad, que se puede describir de la siguiente forma.

R. experimenta el síndrome, pero no sabe qué es lo que pasa, solamente logra distinguir que algo lo comienza a dominar (la ansiedad por beber) y aparecen una serie de conductas propias del síndrome; T., percibe estos cambios y comienza a darse explicaciones asociadas a R., como: “se está volviendo loco” “no sé qué hacer” y trata de controlarlo, no lo logra y posteriormente se atribuye la responsabilidad, el no poder hacer nada centrada en una emoción de culpógena que se profundiza en relación con las explicaciones que se entrega T., en relación al otro episodio ortogonal, el desarrollado en el hospital.

La deriva conversacional nos lleva a una serie de eventos en la vida de T., como hemos venido explicando, dentro de esta serie de eventos que T., describe en torno a su vida, el principal tiene que ver su experiencia en el Peral. Siguiendo a De Shazer, nos planteamos sobre qué circunstancias, ideas y creencias tenía R., en torno a su experiencia en tal lugar y cómo esas experiencias, las formas de interpretarlas propias de T., podían ayudar a co-construir otro relato que disolviera la culpa sobre el “no saber que hacer” en torno a los episodios de SAA. Un de los relatos que se exploraron fue: “con el tiempo sabía que los internos iban a dar problemas, así que les avisaba a las enfermeras o me ponía a conversar con ellos (los usuarios)”.

Con relación a este relato, se despliegan una serie de preguntas para que T., desplegara sus narrativas en torno a estas narrativas parte de un episodio de su vida. “Qué hizo cuando se daba cuenta que los pacientes se ponían inquietos, qué sentía una vez que hablaba con las enfermeras, cómo aprendió a darse cuenta de los cambios de los pacientes, qué reacción tenían los pacientes”

“Yo con el tiempo sabia como se iban a poner, algunos eran terribles, gritaban, lloraban, insultaban, estaban enfermos, así que yo los miraba, hablaba con ellos y con el tiempo sabía que algo iba a pasar...decía...ah, ya el Pérez está poniéndose mal, la Georgina está poniéndose malita...así que iba rapidito donde la enfermera y eso ayudaba a ponerle atención y los cuidaban más.”

Otra de las historias que se trabajó con T., fue una referente a las veces que había visto a R., “agresivo” o “violento”. El relato decía: *una vez íbamos por la calle y R., entra a un negocio a comprar cigarros y quedo afuera mientras lo espero. En eso se me acerca un hombre y me pidió plata, yo no tenía, y como le iba a pasar si era un hombre joven que podía estar trabajando, le dije que No...se enojó y me dijo...vieja cagá. Y me dio miedo. En eso llega R., y me dice que te pasó, y le cuento que había pasado. R., se enojó, y me dijo...Espérame aquí...y se fue detrás del tipo, cruzó la calle, y lo pilla...lo zamarreó algo le dijo...estaba lejos...y se vino...venía enojado...le dije que paso. Me dice...que le iba a decir, lo asiste...nadie te puede decir nada...ni yo te digo nada para que venga un conchesumadre y te asuste”. T., al terminar la historia, se sonríe.*

Se le consulta sobre qué siente, dice: *“no sé, pero es bonito recordar eso”*. Por qué, se le consulta. Porque R., siempre fue muy *“cuidador, protector de nosotros, atento”*.

Para T., el “ser” cuidador de R., era interpretado como una preocupación constante de R., para con ella. Y esta preocupación constante estaba relacionada con las acciones diarias de R., levantarse, irse al trabajo, estar pendiente del colegio, del pago de las deudas, estar atento a su mamá, a sus hermanos, de ella, de la comida, etc., de todo. *“Toda su vida luchó mucho, era un hombre muy fuerte”*

Un significado que se abordó con T. fue el referente a la locura. En variadas referencias tanto a en las historias de vida de T., en el Peral como las experiencias más próximas relacionadas con el episodio ortogonal relacionado a las acciones de R., asociados a la sintomatología del SAA. El significado de T., asociado a la locura se encuentra en una pregunta que se realiza sobre que pensaba ella que era la locura, dice:

T. *“La locura...es cuando dicen o hacen cosas que no son normales, se ponen malos, golpean, insultan y dicen ver cosas que no están ahí”*

Terapeuta: y qué es lo que tiene R., en relación con los pacientes del Peral.

T. “Nada”.

Terapeuta: ¿usted me ha dicho que R. “está” como loco, no cree que sea lo mismo?

T. *“No” ...” porque R., se enfermó después de tomar, o sea, se pone como loco, pero loco nunca ha sido...son las ganas de tomar lo que lo tienen así, es el alcoholismo”.*

Terapeuta: ¿Pero R. sigue tomando?

T. *“No. O sea, recae...es cuando se pone más loco cuando recae y toma y se calma...estos varios días sin tomar, se va recuperando y vuelve de nuevo a ponerse como loco”*

Terapeuta: Cuál es entonces la diferencia de R., con los del Peral.

T. *“es que él está luchando, trata de dejar de tomar, y a veces no puede...y recae, pero está luchando”.*

VII.5 Esquema, Intervención y desarrollo XYZ N°5.

VII.1.5. Persona del subsistema: F.

Problema XYZ N°: 5	
Dominio existencial:	Hija
Explicación X:	“Mi papá está como loco, a veces no lo reconozco...a veces digo, démosle vino no más si ya está muy mal...pero me siento muy mal, pero ya no sé quién es”
Emoción Y:	Miedo
Por qué ahora Z:	No sabe reaccionar ante los episodios violencia verbal, alucinaciones descontrol por parte de R.,

Respecto al motivo de consulta de F., *“Necesito que pueda hacer alguna terapia, o decirnos si lo podemos llevar a un centro de rehabilitación, nosotros veremos cómo podemos pagarlo, pero necesitamos ayuda, estamos muy mal como familia, ya no sabemos que hacer”.* Implicaba dos complejidades en torno al desarrollo de las TSCN.

La primera era que la necesidad de la intervención no era de F., como sistema consultante, sino que lo extrapolaba en R. Esto nos colocaba en una disyuntiva metodológica, ya que la demanda de trabajo de intervención no era hacia su persona, sino que hacia su padre.

La segunda, ya una vez que F., acepta el trabajo con relación al proceso de intervención desde las TSCN, implicó poder definir la problemática en relación con lo que el sistema decía que era un problema, y no inducir por parte del terapeuta. El trabajo partió haciendo el ejercicio

saber los significados de F., respecto a “necesidad de terapia” y “llevarlo a un centro de rehabilitación”.

En este sentido, inicialmente, F., significaba los procesos de terapia como un conjunto de acciones que deben llevar a su padre a un resultado esperado, que dejara de beber. Y, en caso de no ser logrado, llevarlo a un centro que pudiera lograr estos objetivos.

En ambas respuestas y haciendo el ejercicio de analogía, se llega a una conversación centrada en el control. F., entendía la intervención como control de las conductas de R., y la vez, en un conjunto de conversaciones se comprende que el Control está presente en varios dominios de existencia de F., por ejemplo:

“mi trabajo se basa en llevar el ingreso de los datos que se realizan día por día por pacientes que llegan al hospital, o sea, si no ingreso un dato, dejo a una persona sin hora, sin medicamentos o sin exámenes”

“Trato de mantener el orden todo, la casa, me voy en la mañana y le doy la indicación a los niños, al C, y los llamo y veo que estén en orden” (Esto en relación con una conversación en donde contaba sus dinámicas relacionales en su hogar antes del traslado a casa de su padre para cuidarlo)

“Todo el día llamo a la K., y a mi mamá para saber cómo está mi papá y llegó en la noche y está ya dormido y a veces le digo a la T., o a la K., que cómo se les escapa, si mi papá no puede tomar”

Estas tres frases que se desarrollaron en la sesión inicial donde se comienza a dilucidar el problema, por analogía se puede interpretar que existe en F., una tendencia a organizar las narraciones respecto a su experiencia respecto al “control”, “el orden”, “el saber qué está

pasando". Esto sucede en variados dominios de existencia: ella como trabajadora, Madre de familia, Hija y hermana.

Se realiza una conversación donde sale a la luz el control:

T: ¿qué significa para usted controlar?

F: *"es estar tranquila, saber qué cosas van a pasar me da tranquilidad" ... "desde chica he sido ordenada, me antepongo a las situaciones, aunque me digan que soy pesada, así es cómo fui criada, incluso cuando iba a la escuela, dejaba las cosas listas el domingo en la mañana"*

T. ¿en qué cosa cree usted que le ha servido en la vida ser ordenada?

F: *"Le contaré algo: cuando conocí al C., él era drogadicto, estaba hundido en la pasta base...usted lo hubiera visto, estaba flaco, en las esquinas...estaba tirado. Pero me acerqué porque la verdad nos conocíamos desde niños, somos de la misma población, y lo ayudamos, todos en la casa, mi papá, mi mamá, yo. Lo iba a buscar, le decía, salgamos de acá, iba a la plaza, al parque y siempre ahí, parecía paca...y eso le ayudo, fue saliendo, entró a trabajar, se metió en la música y salió"*

T: ¿Y en qué cree usted que lo ayudó?

F: *"El estar ahí, el vigilarlo, estar pendiente de lo que estaba haciendo o no y sacarle el mono de las manos cuando le veía."*

T: ¿y no le daba miedo?

F. *¿Miedo? No, o sea igual tenía cuidado si los angustiados son cuáticos, pero la verdad es que no, no me daba miedo. ¿Yo estaba ahí, y sabía qué hacer?*

T. Y que hacía...

F: *“Lo cuidaba, tenía cuidado de espantar a los que el daban pasta, iba a la casa de los que le daban y los paraba, si tengo mi carácter, y los espantaba...me acuerdo de que siempre le daba leche, le daba leche, sacaba del negocio y le daba leche de chocolate, de frutilla, de lo que fuera, pero siempre leche, y lo alimentaba, lo hice engordar”*

T. Lo cuidaba

F. *“Si...siempre lo cuidé...aún lo cuido”*

T: ¿Entonces, usted tiene experiencia en cuidar personas con problemas de consumo?

F: *“Se podría decir que sí”*

T. Sólo... *“¿se podría decir que sí? ¿En qué se diferencia los cuidados que ejerció con su pareja con los que realiza con su papá?”*

F: *“no sé...me cuesta decirlo...es qué se diferencia. No sé?”*

T. ¿quizás no se diferencia mucho, y usted está cuidando a su papá de la misma forma como cuido a C.?

F: *“pero. Cómo...si no puedo estar todo el día en la casa, llamo y trato de saber cómo va las cosas”*

T. Y qué más hace, por ejemplo, quién se preocupa de las horas médicas, o de las cuentas, de los papeleos médicos y de llevarlo a los controles?

F: *“yo...es que uno siempre asume que el cuidado es lo que hace mi mamá o la K, estar con él...no lo había visto así”*

Existe una correspondencia entre los significados de locura de F. con K., es a este nivel donde se dilucida una fracción de los significados compartidos dentro del sistema relacional. La significación de locura en torno a F., presentan las siguientes narrativas:

“La locura...bueno, es la perdida de todo, de cómo piensan lo que saben, es como si las personas fueran cambiadas por otros, se ponen agresivos y comienzan a ver cosas que no están ahí”.

“Mi papá está como loco, a veces no lo reconozco...a veces digo, démosle vino no más si ya está muy mal...pero me siento muy mal, pero ya no sé quién es”

Ante la afirmación, *“mi papá está como loco, a veces no lo reconozco”*, se le consulta,

T ¿qué es aquello que no reconoce? (Se trata de comprender cómo está distinguiendo estas dos versiones de R., qué es lo que está distinguido).

F. *“No, sé...lo que dice, la cara, verlo tan entregado, perdido.” Y que era lo que veía antes: “Mi papá era fuerte, un luchador de la vida era empático, siempre estaba apoyando, si mi papá no es un papá común, la K, le va a decir lo mismo...siempre apoyando...nosotras no sabíamos que era un garabato, una chucha, pero ahora lo escuchara, es como otra persona”*

T. Cuando usted me dice que se siente muy mal, a que se refiere, se le consulta.

F: *“Hay veces que digo, si ya mi papá está en las últimas, ya por qué no dejarlo que se muera tranquilo y me pillo diciéndome eso y me callo a mí misma que como voy a pensar eso de mi papá, para a veces extraño tato a mi papá antes de que enfermará”*

T. ¿Qué extraña?

F. *“Sus consejos, cuando llegaba de la pega, cuando se le ocurría hacer trabajos, sabe mi ama papa jamás ha sido bueno para hablar, pero siempre estaba ahí, se levantaba temprano, y si quedaba corto por algo, se levantaba de nuevo, y siempre daba la pelea...”*

T: La pelea, me puede conversar sobre eso

“Mi papá es un luchador, mi mamá igual, siempre se han enfrentado a las cosas, mi papá siempre se ha enfrentado a cosas y no nos decía, una vez quedó en la quiebra, lo estafaron y cree que nos dijo algo...nada, solo se las arregló, nosotros no nos dimos cuenta del problema que había...siempre era así...nos cuidaba de todo.”

Respecto a la analogía, podemos comprender que, para F., el significado de locura se asocia con la idea de pérdida de control y referente a la imagen de su padre, se asocia a la imagen de un hombre luchador, pero que ha perdido, por el cómo los percibe, lo cual le genera pena.

En relación con la co-construcción que se iban a desarrollar, era importante ver cómo podíamos reflexionar sobre los significados de locura, control y lucha que mantenía F., en relación con el cómo explica sus experiencias.

Si bien vamos XYZ: Dominio existencial: Hija; Explicación X: *“Mi papá está como loco, a veces no lo reconozco...a veces digo, démosle vino no más si ya está muy mal...pero me siento muy mal, pero ya no sé quién es”*; Emoción Y: Miedo; Por qué ahora Z: Porque no sé no sé cómo qué hacer cuando se descompensa (se refiere a las conductas del síndrome). Era necesario relatar el cómo se comprenden los dominios de existencia de F., asociados a Pareja, ya que es en esa interacción donde emergen relatos de acciones que en algún momento de la vida de K., fueron funcionales, e inclusive fueron beneficios para C., quien es su pareja actual, o sea, no es una persona que ayudó en algún momento de su vida, sino que es su compañero

actual, con quien ha tenido dos hijos, la apoyó y se hizo cargo del hijo mayor de K. y a la acompañó, sufrió y salieron adelante en el episodio del aborto espontáneo que sufrió F.

Sobre la frase "*Sobre el ya no sé quién es*", en el proceso de constructividad propiamente, es donde se comienza a trabajar la co-construcción en relación con las organizaciones de significado. En el dominio hija, la imagen del padre está diseccionada, por una parte, están los relatos del padre luchador, comprensivo y protector y por otra, la actual, está la explicación de un hombre "acabado", el cual, la interpretación de este terapeuta es: que tomé para que muera tranquilo y feliz.

Se hace una reflexión con F., la cual va en relación con que R., había dejado de tomar, pero cada cierto tiempo recae, es ahí que toma, se cura, y vuelve a estar varios días hasta que las ganas vuelven a aparecer y vuelve a tomar.

No será que lo que está viendo es un hombre que está luchando con las ganas de tomar, después de cuarenta años tomado, el cuerpo le debe demandar unas ganas terribles de tomar, sin embargo, hace algunos meses que ha dejado de tomar todos los días, a veces recae, es como si le venciera las ganas, pero al día siguiente se para y vuelve a luchar y ahí está, aún no ha muerto, y se sigue levantando, aguanta lo más que puede, y lo vence, y de nuevo empieza el ciclo.

T: Quizás lo que ve y no reconoce es la lucha de un hombre contra el alcohol. La desintoxicación es una lucha, una guerra muerte.

F: "*No lo había visto así...mi papá está luchando con el alcoholismo*"

F. En relación con su sistema de creencias y significados, sabíamos que el control tiene una significación articular en esta persona.

F. *“me dijo mi mamá que habían trabajado con mi papá y hay una estrategia para saber cuándo le vienen las ganas de tomar”*

T: Si, tenemos una palabra clave, es CNI.

F: *“ya nos pusimos de acuerdo con la K., así que hicimos una reunión familiar y nos pusimos de acuerdo que cuando mi papá diga la palabra, lo tenemos que sacar, para caminar, al agro, al parque, yo voy a ver el tema de los permisos y le daremos para adelante”.*

Posteriormente, F., plantea una reflexión, dice:

F: *“el otro día nos tocó ir al médico, encontraron mucho mejor a mi papá, nos dieron hora para hacer los exámenes y ver cómo va el hígado, si presenta alguna mejora es probable que cambien los medicamentos”...” mientras estábamos esperando yo lo miraba, ya no tiene la cara tan perdida, hasta la vuelta el color, y pensaba que sentiría cuando las ganas lo vencían, y sabe... medio emoción y me quebré, y mi papá me abrazó, y me dijo tranquila, ya va a pasar”...” se da cuenta, aún me cuida, me aconseja, en ese rato sentí que mi papá se va a recuperar, estoy segura de eso”.*

VII.6 Esquema, Intervención y desarrollo XYZ N°6.

VII.1.6. Persona del subsistema: K.

Problema XYZ N°: 6	Respecto al síndrome de abstinencia (Sistema relacional)
Dominio existencial:	Hija
Explicación X:	“No quiero que mi papá esté así, me insulta y me hace sentir terrible...si yo lo único que hago es tratar de ayudarlo”
Emoción Y:	Culpa
Por qué ahora Z:	Episodios violencia verbal, alucinaciones descontrol por parte de R.,

Respecto a los señalado como motivo de consulta por K. *“Quiero que mi papá se recupere, no quiero que se muera así. Nosotras hacemos todo por cuidarlo, no dejamos que salga, lo llevamos al baño, le cocinamos, lo llevamos al médico, hasta lo bañamos y se enoja y me insulta. Yo quiero que sea como antes”*. Se daba la condición de qué K, es estudiante de enfermería, por lo cual el grupo familiar, en general, tenía una tendencia a sobrecargar la responsabilidad del cuidado directo a R., esto trajo como consecuencia que ante los episodios de delirium tremens, fue K., quien buscaba controlar la situación, por ende, en plena manifestación del síndrome, toda la frustración, la rabia y el descontrol de R., era hacia K.

Es con K., donde se trabaja de forma más intensa en torno a la resignificación de los episodios de abstinencia ya que los insultos que generaba R. eran directamente hacia su persona. el cuestionamiento que aparecía de forma regular estaba en función del por qué *“mi padre me insulta, me dice cosas terribles, que jamás me había dicho”* a lo cual se asociada con las acciones que ella realizaba para ayudarlo. En este sentido se podían establecer conversaciones técnicas al respecto esto en relación con que K., estudiante de enfermería. De hecho *“yo durante todo este tiempo he estado leyendo y hablando con mis profesores y entiendo que el síndrome de abstinencia, sí mi papá logra soportar su problema del hígado, desaparecerán... pero cuándo”*. En estas sesiones, se comienza a establecer la construcción en virtud de reflexionar sobre que era el síndrome de abstinencia. En este sentido al conversar con K., si le dice, si no cree ella que la emergencia de los síntomas es consecuencia de la necesidad del cuerpo de consumir vino, una conducta que retuvo por 40 años.

K., reflexiona sobre esta pregunta, y plantea que ella sabe que las alucinaciones y los delirios son parte del síndrome, sin embargo, dice que igual *“le duelen los insultos”*. posterior a eso se le consulta si ella cree que es su papá quien realmente ejerce esos insultos. A lo cual comenta *“no*

lo quiero creer es triste para mí creer que mi papá en algún momento ha pensado eso de mí”. Se hace otra pregunta referente a si alguna vez en la vida su padre la había insultado de alguna forma similar. la respuesta es tajante, “jamás”.

VIII. Evaluación de la Eficacia del Tratamientos

En relación con la unidad de análisis que se trabajó en esta investigación y psicoterapia. podemos decir que dentro de la secuencia de acciones que se llevaron adelante en este trabajo, y particularmente en aquella que se predisponía a la exploración de los significados propios del sistema y de los individuos pertenecientes al sistema, permitió desplegar un conjunto de historias en las cuales estaban contenidas otras formas de emoción diferente en relación al significado en torno a aquellas que se habían presentado posterior a los eventos ortogonales y que habían generado dolor en los diferentes personas que componían la unidad de análisis.

En este sentido teníamos que unos de los problemas que generaba el episodio ortogonal número 2 era que se seguía manifestando en función a la frecuencia de las crisis de R. en otras palabras el episodio se replicaba lo que conllevaba una especie de atrapamiento constante, lo que generaba un patrón en el tiempo, por lo tanto, la disolución de las diferentes emociones que se problematizaron a través de los esquemas XYZ, estos podrían haber quedado superado en una sesión en particular, sin embargo ante la emergencia de las crisis, era altamente probable que las diferentes personas que componían la unidad de análisis volvieran a generar una explicación en donde de nuevo emergiera el dolor.

Por lo tanto, la secuencia de acciones conllevaba que ante la disolución del dolor respecto a un esquema XYZ de R. por ejemplo se tenía que establecer inmediatamente el trabajo con el otro integrante del sistema y así sucesivamente. en el fondo lo que buscamos era que la disolución del dolor a los diferentes personajes que componían el sistema se abrieran espacios

de conversación que pudiese asegurar la emergencia de las nuevas narrativas. Sin embargo, teníamos presente que la condición médica de R. podría empeorar en cualquier momento generando una nueva crisis y con ello un nuevo episodio ortogonal quizás más grave que los anteriores por lo cual el trabajo perdía cualquier eficacia. Vale recordar que R. según los relatos que entrega el sistema completo es que había sido desahuciado cuando fue hospitalizado.

Sin embargo, ante el proceso de desconstrucción, el permitir que aparecieran historias conllevó a comprender un conjunto de dominios existenciales de cada uno de los participantes, esto generó poder hacer el ejercicio de analogía y poder traer características de un dominio hacia otro. Además, en este trabajo en particular uno de los puntos más interesantes, es que tanto en la figura de T., K., y F., no distinguían que habían tenido experiencias previas respecto al cuidado de personas con consumos problemáticos. Podríamos usar una frase cibernética para comprender esta situación “no sabían que lo sabían”.

Es por ello por lo que si bien se estableció anteriormente las nuevas narrativas que emergen estas también tuvieron un reflejo en la dinámica global de la unidad de análisis, la necesidad de R., de retomar su tratamiento médico; la coordinación que genera F., respecto a la emergencia de las conductas propias del síndrome, a través de la palabra CNI, las acciones que la familia comienza a coordinar para aplacar las reacciones de R, como por ejemplo sacarlo al agro, se comienzan a desarrollar y a sincronizar, dentro del grupo familiar emergen otros tipos de coordinaciones, lo que conlleva un cambio en la actitud sobre las acciones de R y por ende el emerger de la esperanza de que sus actitudes retomaba en un sentido.

Otro punto importante a considerar es que posterior al tratamiento y al hacer el análisis de las formas de organización que el sistema presentaba, y si bien emergieron nuevas coordinaciones que permitieron llevar adelante el tratamiento farmacológico, neurológico y médico de R., es importante mencionar que el grupo familiar completo y particularmente al

sistema consultante, es que ellos siempre tuvieron una actitud de protección, de cuidado, vale considerar que F., se traslada con la familia completa del domicilio para ayudar en los cuidados. En este sentido la relevancia de la terapia sistémica centrada en narrativa es de alta connotación, ya que nos podemos referir que las acciones sobre el cuidado las ejecutaban, soportaban las reacciones ante el síndrome de abstinencia de R., llevaron adelante incluida la intervención psicológica todos los procesos propios de cada unidad del sistema, o sea, el negocio de su casa siguió funcionando, mantuvieron sus trabajos y estudios, siguieron con el cuidado de sus hijos, en otras palabras siguieron luchando. Sin embargo y en función a los episodios ortogonales son la emergencia de un conjunto de emociones discrepantes que a los diferentes participantes del sistema consultante les genera un efecto de mirada de túnel y es solamente posterior a disolver las narraciones que sostenían tales emociones se despliegan nuevas perspectivas lo que les permite coordinar nuevas acciones en beneficio de R. podemos decir que lo que necesitaban no era hacer nuevas acciones si no contarse una nueva historia.

VIII.1 Estado del Proceso y Seguimiento

El proceso intervención está terminado, sin embargo, se establecieron sesiones grupales, visitas domiciliarias no avisadas, y conversaciones telefónicas. Estos diferentes procedimientos ya en el mes de enero y marzo dieron cuenta de que los cambios a nivel narrativo, y con ello el cambio de los patrones conductuales en relación con el tratamiento de R, se habían modificado y se habían mantenido. Los índices biológicos de R., en diciembre habían mejorado, lo que conllevó un reforzamiento a la lógica de intervención que el sistema comprendió respecto a las terapias sistémicas centradas en narrativas. A continuación, mostraremos algunos apuntes de las narrativas actuales.

T. “allí está, se ha puesto más rabioso, a veces quiere salir o ponerse a cargar las jabas de bebida, y le digo R no te sobre esfuerces todavía estás en tratamiento hay que ir lento por las piedras”

K. “de a poquito ha retomado el negocio, aunque de a poco lo estoy dejando solo, ya está manejando mejor la calculadora, al principio tenía problemas porque no podía hacer bien las sumas las restas, pero la calculadora le ha ayudado mucho”

F., “viendo que mi papá estaba mejor nos fuimos de la casa, pero nos fuimos a una casa acá al frente somos vecinos, está todo más tranquilo y ver a mi papá conversando, haber pasado la Navidad, y que ahora hay que estar frenándolo porque quiere trabajar, me hace sentir bien, después de estos meses y pensar aquí en algún momento me estaba preparando para verlo muertos...” (Se corta porque se emociona).

R., “me he sentido bien, fui a la playa, camina en la arena, aunque todavía estoy lento y a veces me cuesta moverme, pero ya estoy cocinando” ...” el problema lo tengo con las comidas son muy malas y tienen prohibido una serie de cosas los aliños la sal, pero al fin, hay que seguir” ... “a tomar, le echo de menos, le echo de menos al vino...pero ya no para curarme, no le niego me dan ganas pero ya las puedo controlar, pero eso que hice tanto tiempo, sentarme, pensar y tomar vino lo extraño...fueron 40 años”.

VIII.2 Observaciones.

El hecho de trabajar un modelo de TSCN en un grupo familiar, demandó un esfuerzo paralelo, en el sentido de que la unidad de análisis al ser un sistema de relaciones implica un estudio de los elementos que componen el sistema, en una dimensión, y posterior el cómo esa unidad se manifiesta en grupo. Ambas dimensiones fueron estudiadas en una secuencia de sesiones que quedaron definidas en la metodología de trabajo de esta investigación. La

segmentación del trabajo en etapas: Ingreso, Exploración, Intervención, Cambio, Seguimiento y Reflexión nos ayudo es poder estructurar el trabajo, poder definir una secuencia de acciones en torno a las entrevistas e interpretaciones y, posteriormente, tener claridad sobre las organizaciones de significado que tanto a nivel personal como familiar existían en el período de trabajo, y con ello, poder tener una noción clara sobre las preguntas a desarrollar para generar un co-construcción siempre en base a los propias organizaciones de las personas que componen el sistema de relación.

Para este trabajo tuvimos que considerar un conjunto de fenómenos para desarrollar el esquema anterior: que la estructura de trabajo no se impusiera a las necesidades del sistema familiar, que no fuera una construcción univoca por parte del terapeuta, la fuerte volatilidad en los estados de ánimo del sistema consultante en virtud de la emergencia de las crisis de abstinencia de R., el profundo dolor desarrollado desde los episodios ortogonales.

Esta estructura de trabajo nos permitió poder claridad sobre los tipos de preguntas que se podían ir desarrollando, es por ello por lo que en las etapas hay dos a considerar: el Ingreso y la Exploración. Estas dos etapas fueron clave en el trabajo y logros que se fueron desarrollando posteriormente. Se construyo en conjunto con K., y T., con la posterior aprobación de R., y K. este esquema secuencial no permitía tener una mayor claridad con el conjunto de problemáticas, motivos de consulta y quejas se desarrollaban en las primeras sesiones, las cuales, eran individuales y multidimensionales.

Como se explicó en el trabajo, la unidad de análisis era un sistema de relación y no un individuo en particular. Al ser realidades diversas, la multiplicidad de problemas y quejas eran particulares. En este sentido la Hermenéutica analógica permitió dos puntos: comprender e interpretar y, segundo, interpretar en torno a límites. La necesidad de establecer límites en la interpretación analógica (Beuchot, 2016) y la integración de los dominios de intervención

permitían establecer acotamiento, no es relación a las manifestaciones de los consultantes, sino una idea clara sobre qué sentido otorgar a las preguntas del terapeuta.

Lo anterior, además entregó al sistema consultante una claridad sobre los pasos a seguir en el trabajo. Esto se debió desarrollar con relación a las demandas iniciales de K., quien estaba dispuesta pagar un tratamiento particular que implicara la salida del padre del hogar; esto, en conversaciones posteriores, es altamente probable se hubiera interpretado como una traición por parte de R., y hubiera profundizado las culpas de K y T. Lo anterior se comenta a nivel de probabilidad de cosas que hubieran podido pasar, esto en virtud de los altos niveles de angustia, miedo, ansiedad, rabia que manifestaban en torno, particularmente, a los episodios de R., y su abstinencia, los cuales al ser definido por el sistema consultante como la manifestación de la locura, generaban un nivel de “caos” y alta demanda de intervenciones que “permitirán controlar a R.”

La generación de una estructura, una secuencia de acciones permitió bajar las expectativas, disminuir al máximo el grado de improvisación y mantener un trabajo de intervención regulado a dos niveles: tanto con T., K., y K, un trabajo de secuencia y frecuencia estable, con cambio de horarios por circunstancias de controles médicos, llegada de camiones de bebidas y, R., con una plasticidad suficiente en virtud de poder trabajar en relación a sus tiempos, energía y disponibilidad que, en el tiempo se fue regulando.

En relación con la problemática a trabajar y los motivos de ingreso, se debieron considerar dos situaciones. La primera problemática, el alcoholismo. En función a definir la estrategia de intervención, nos encontramos con el problema que, ante del concepto de alcoholismo se genera una serie de predisposiciones teóricas, metodológicas y técnicas. Nos encontramos con dos discursos al momento de establecer los contactos iniciales, momento en que F., y R., cuentan el problema desde su perspectiva. El eje de la conversación era, por parte de F., “mi padre” es

alcohólico” y R., “soy alcohólico”, por ende, era fácil caer la trampa de definir una intervención “de ayuda a un alcohólico”. El segundo discurso estaba muy centrado en la idea de que R., se había vuelto loco. Respecto a R., las problemáticas eran mucho más acotadas, en una primera instancia y se fueron desplegando en torno a las sesiones.

¿Por qué nos referimos a “trampa”? Porque está la “tentación de la certidumbre” (Maturana, 1999), la necesidad de poder comprender un fenómeno desde los sistemas de significados del terapeuta (Zlachevsky, 2004), la “tradición” desde una perspectiva socioconstruccionista (Gergen, 2017).

Reconocemos que el problema de atender a una persona desde las TSCN con problemáticas en el dominio biológico lleva al terapeuta a cuestionarse sobre la viabilidad del proceso, en especial por las incidencias de los fármacos y el daño orgánico que tiene como consecuencias modificaciones en los procesos cognitivos superiores (Ronzani, 2017). Esto nos llevó por el camino de replantear el objeto de estudio y definir la unidad de análisis como sistema relacional, esto expandía inmediatamente el conjunto de narrativas asociadas a uno o varios problemas; además nos permitió dar el paso hacia el más allá respecto a prejuicios y frenos que la terminología psicológica ha establecido como visión científica sesgando el conocimiento del “ser”.

Lo anterior nos llevó a reflexionar, ¿era el alcohol la problemática principal? ¿cuál era el significado que tenía del alcoholismo, con relación a mi dominio de existencia psicólogo? ¿cuál era el significado que tenía del alcoholismo, en torno mi dominio de existencia hombre? ¿cuál era papel que jugaba en esta historia el síndrome de abstinencia por alcohol? ¿cuál es la diferencia que establezco entre alcohol, alcoholismo, alcohólico ¿Cuáles son las diferencias que establece el sistema consultante, a nivel individual o a nivel de sistema de relaciones?

Al concentrarse en el sistema de relación, el alcohol pierde en su concepto la potestad de ente y pasa a ser un discurso dentro de la organización viva de un ser. En la etapa de ingreso se da solución a esta problemática en la aplicación de la hermenéutica analógica y su complementariedad con los dominios de existencia. Este ejercicio ayuda a la escarificación en torno al modelo XYZ. Del conjunto variado de problemáticas que presentaba T., K., y F. Lo que se trabajó fue en definir los dominios de existencia en función a definir las problemáticas que iban narrando. No dimos cuenta que, en el ejercicio de la co-constructividad, la cual se trabajó en sesiones posteriores, este es un proceso natural del ser humano en función a una conversación. Entonces ¿Cómo establecer la problemática real del sistema sin una intervención mayor del terapeuta? Se estableció como criterio que las personas del sistema T., K., F. hablaran libremente de sus historias cargadas de dolor, lo que les aquejaba o atormentaba, existan problemas diferentes niveles: con sus parejas, hijos, trabajos, económicos, existenciales. El ejercicio de analogía se hacía en reacción a las historias que iban comentando, por ejemplo, en uno de estos ejercicios con T.

- Historia uno: “Es que a veces voy al hospital, y se me pasan por delante, y no digo nada”
- Historia dos: “Estoy esperando colectivo en O’Higgins y no pasa ni un colectivo, y me quedo esperando, abajo del sol, y es insoportable”
- Historia tres: “me fui a Carnes Kar, y me dieron mal el vuelto, pero no fui a reclamar”

Se le consulta, de estas tres historias, ¿siente que haya algo que se repite, algo en que se parecen? A lo cual responde, en lo callada. ¿Y qué significa para usted callada en relación a esto? se le consulta. T., responde: “Que no se hace respetar, que es como pava, porque debería hacer algo”.

Este sistema se utilizó repetidamente en las etapas de ingreso y exploración, fue la forma metodológica de ejecutar la hermenéutica analógica, además en este ejercicio se podían establecer los límites de la interpretación y junto con ello establecer claramente los personajes, relatos, emociones y sentidos que se generan en torno a los dominios de existencia. Además, permitió ir definiendo los episodios ortogonales con lo cual se pudieron definir los dominios de existencia a trabajar. Por lo tanto, con relación al ejercicio de definición de problemáticas por dominios y el establecimiento de los episodios ortogonales, se definieron los dominios a trabajar, los límites con los cuales se podía trabajar hermenéuticamente, y definir la problemática de forma individual en asociación con el problema de la unidad de análisis.

Era necesario definir cuáles eran los problemas trabajables. Se dio una condición que, en las entrevistas iniciales, el nivel de problemáticas era amplio, configurado desde diferentes dominios y temáticas. En relación con los dominios de existencia en lo que se va a trabajar, los problemas que se descartaron por motivos médicos fueron los asociados a las siguientes narrativas.

Vale indicar que el descarte de una problemática por sobre otra se produce por un aspecto técnico en relación con los dominios de trabajo y por un aspecto ético, ya que la intervención no podía afectar el tratamiento farmacológico en torno a la cirrosis y la encefalopatía. Esto no significó negar la narrativa del sistema consultante en los momentos de la co-construcción, pero se consideraron como parte del trabajo asociado con la organización de significados, la implicancia de los episodios ortogonales en las resignificaciones y como reflexiones finales.

Los problemas trabajables, entonces, estaban enmarcados dentro de los dominios de existencia, entre ellos, padre, madre, hija, hermana, siendo cualquier otro problema que pudiese emerger en las sesiones trabajable pero no accesible a este trabajo, a no ser que su importancia hubiera sido de tal impacto que hubiese readequado la investigación completa. Las problemáticas

en este sentido quedaron definidas en torno al consumo problemático de alcohol por parte de R., su síndrome de abstinencia alcohólica, en especial las conductas que eran definidas como de “loco” y, en relación con este conjunto, todas las narraciones, explicaciones y dolores atrapados en función a los episodios ortogonales. Desde la unidad de análisis, se puede sintetizar las problemáticas en el siguiente cuadro:

Otro proceso de distinción que se debió realizar en torno a la unidad de análisis eran los referentes a los sistemas de organización de significados. Este era uno de los puntos más importantes, ya que, en momento de trabajar con los XYZ de los diferentes componentes del sistema, el sistema de organización de los significados no se podía mezclar. La co-constructividad se iba a desarrollar en torno a estas organizaciones, por lo cual se e llevó adelante la diferenciación individual para luego analizar cuáles eran aquellas significaciones que se replicaban a nivel grupal.

Si bien teníamos dos episodios ortogonales definidos, el hospital y los asociados con el SAA, fue necesario a través de preguntas buscar otros sistemas de significados que dieron la pauta para poder establecer nuevas narrativas en el sistema estudiado e intervenido. Esto fue manifestando un conjunto de historias que guardaban asociados a la protección de R., la capacidad de lucha, la comunión familiar, el desarrollo de actividades de familia como una forma de retribución, el alcoholismo, la locura, el vino, las actividades familiares, la lucha, los roles de padres, entre otros.

Los diferentes sistemas de significado se fueron desarrollando en virtud de un conjunto de preguntas que seguían la siguiente secuencia de acción: La entrega de un relato, una explicación sobre sobre esos relatos, el significado que había en torno a ese relato.

Esto nos permitió establecer otra interpretación en torno cuales eran los significados que el sistema compartía. Se pudo observar que los significados a nivel unidad de análisis eran semejantes, esto permitió establecer conversaciones posteriores en donde la constructividad seguía acciones similares.

IX. Conclusiones.

Respecto al modelo de terapia sistémica centrado en narrativas, podemos concluir que es una alternativa válida a otros sistemas de intervención en casos de alta complejidad.

La estructura que se manifiesta en relación con los niveles jerárquicos permite establecer una visión completa sobre un fenómeno social como lo puede ser el alcoholismo y a la vez da espacio a no caer en predisposiciones conceptuales las cuales pueden llegar a ser prejuiciosas. Ante la reflexión de la no existencia de una verdad autónoma del sujeto implica reconsiderar los fundamentos por los cuales se establece una estrategia de intervención. Lo anterior permite al terapeuta librarse de la preconcepción conceptual y abre un campo de análisis enriquecido, con lo cual se pueden establecer estrategias de intervención en donde el sistema consultante las considera válidas no cuestionadoras y eficaces. A lo anterior la fuerza teórica entorno a lo relacional del ser vivo nos llevó a poder comprender un conjunto de problemáticas que están más allá del diagnóstico psicológico o médico. La superación de la concepción intrapsíquica y patológica nos permitió observar más allá de la problemática mostrándonos un sistema organizado, coherente, pero sin embargo atrapado en un conjunto de explicaciones en donde emergían las emociones asociadas al dolor.

Sin embargo, esta reflexión no se puede realizar solamente desde la praxis, la inserción de los paradigmas constructivistas y particularmente de las teorías asociadas al construccionismo social y la importancia de la masificación de este tipo de metodologías de intervención. En este

sentido, los discursos dominantes hacia fenómenos como el alcoholismo, por ejemplo, establecen metodologías que atacan la problemática, física objetiva, sin embargo, coloca un velo hacia las personas que están imbuidas en el drama humano.

En nuestro caso, la inserción de las terapias sistémicas centradas en narrativa permitió ampliar el rango de explicación es y posteriores conversaciones que ayudaron a reconfigurar el dolor en una actitud de lucha contra las significaciones que el sistema tenía respecto al alcoholismo.

En este sentido la concepción de los episodios ortogonales es de alta importancia, ya que desde ellos se logra comprender a través de las narrativas de los sujetos participantes el cómo un discurso emanado de un ente de poder genera un efecto atormentador en relación con los que experimentan tal evento ortogonal.

Desde esta perspectiva también se nos permitió hacer una distinción entre el concepto de conocimiento y de saber. El conocimiento, en este sentido, está operando constantemente y en las interrelaciones del sistema contenían una serie de configuraciones y coherencias con las cuales constantemente se esforzaban con relación a R., sin embargo el saber respecto alcoholismo, al síndrome de abstinencia, al diagnóstico conllevó a instaurar un conjunto de explicaciones nocivas en el sentido de poder lograr la recuperación de R. Esta noción epistemológica, al aplicarse en la praxis terapéutica, y en torno a la comprensión de las organizaciones de significado propia del sistema, es lo que nos permite distinguir qué tanto T., F., y K., tenían conocimiento y experiencia sobre cómo generar cuidados en personas con un grado de abstinencia importante. Habían tenido experiencia y generado aprendizaje sin embargo el nivel de saber que se impone en el episodio ortogonal del hospital limita la reflexión. Será recién a través de las terapias sistémicas centrada en narrativas, ya ante la estrategia mediante

las preguntas de expandir las historias de cada uno de los integrantes del sistema consultante, el momento que a través de la reflexión “descubren” que tienen tal conocimiento.

A lo anterior, este tipo de intervención nos lleva a reflexionar sobre las teorías que han tenido un fuerte impacto en el quehacer psicológico se han encontrado con la pregunta en torno al ser: psicoanálisis, reflexología, cognitivism, humanismo, entre otras, han partido de una noción en torno a qué es lo humano y cómo el ser se va constituyendo en torno a su desarrollo. Sin embargo, estas posiciones, al partir desde una epistemología en donde la realidad está “ahí afuera” fueron presa de la objetivación.

Este sentido, la objetivación, conllevó a que el método, como sistema para llegar a la objetividad, por ende a la verdad, tomará una importancia tal que, como consecuencias finales, dejó al ser humano fuera de la terapia. Con esto me refiero a que comenzó a hablar la prueba gráfica, el cálculo del CI, los mecanismos de defensa o los reflejos condicionados como a la vez las fallas neurofisiológicas o biológicas a nivel cerebral, dejando de lado a quien decía experimentar aquellas experiencias que sólo a él le perturbaban, le duelen.

Como una primera ventaja, se podría proponer, que el paciente retoma así, el rol de ser humano complejo y completo, que piensa y siente, con el derecho de tomar sus decisiones y hacer valer su verdad ante que ser parte de una justificación teórica elaborada a destiempo de su existencia; retoma una posición igualitaria con el terapeuta, el cual, con los modelos anteriormente nombrados, tenía siempre una posición jerárquica superior que le entrega un poder, tan mal utilizado un sinfín de veces.

Como segunda ventaja está en función a la libertad. Libertad de llegar a las profundidades que el paciente desee y no que el terapeuta demande o necesite. Esto tiene una implicancia

terapeuta no menor, permite que el sentido asociado a la narración del paciente sea la guía de la terapia sin necesidad de entrar a rincones de la experiencia que el paciente no quiera tocar.

Como tercera ventaja propicia el valor de las relaciones humanas como el acercamiento de dos personas expertas en diferentes dominios, donde la curiosidad potencia el vínculo alejándose del estereotipo del “juicio”. Ya no es necesario el modelo confesional sin sentido, ahora son dos personas que se encuentran y construyen un nuevo espacio, la transferencia es libre, no depende de las posiciones o roles basado en un poder, ahora son espontáneas y asociadas al vínculo, a la relación, a ese espacio circunscrito y conspicuo a las narraciones que nace entre inicio y el fin de la sesión.

En la comprensión del ser humano, desde una visión narrativa, es importante concebirlo desde su sistema de conocimiento que se autoorganiza, por ende, que tiene una ontología. Desde esta concepción uno de los puntos más importantes es considerar al ser humano un organismo autónomo.

Esto desde dos fundamentos básicos.

Epistemológicamente ya que se define que la percepción de la identidad personal no se recibe de forma pasiva desde una realidad externa, ordenada objetivamente, sino que esta percepción de si-mismo es el resultado de una construcción activa del mismo sujeto conocedor de una realidad, realidad que es ordenada en función a las estructuras que permiten construir las mismas percepciones bajo la determinación de su propia organización, el Dasein. En otras palabras, cada acción que se pueda sentir como una experiencia es parte de un proceso de construcción que está fundamentada desde los propios elementos, estructuras y organizaciones del sujeto que experimenta y que se desenvuelven en relación con una ontología.

El segundo fundamento para comprender la noción de sujeto está muy relacionado con el párrafo anterior. Para esto se debe considerar que el organismo humano que se desenvuelve dentro de un espacio que es percibido como una realidad, sea esto el caminar por la calle, la sala de clases, un estadio de fútbol, etc., considerando que cada acción que se realice en esos parámetros sería una experiencia, se debe considerar que todas las posibles presiones que se desarrollan y que pueden ir desarrollando cambios en el sistema de conocimiento (como un aprendizaje, por ejemplo), la asimilación de estas experiencias, como por ejemplo: ver un accidente en la calle que camino, un reto en la sala de clases, o celebrar un gol en el estadio, están subordinadas a la mantención del sí mismo, la cual es considerada como “ la invariante autoorganizativa fundamental”.

El sujeto humano, si bien es una organización biológica evolutiva, y experimenta cambios en toda su existencia, el sujeto como un todo mantiene su identidad percibida en función al tiempo de su existencia. Esto, básicamente, se fundamenta en que el organismo humano como una unidad autopoiética, desde lo cual se asume que la mantención de la autopercepción, el que encuentra sus elementos de construcción desde la identidad desarrollada ontológicamente, es un proceso continuo de autorrenovación y, con ello, asume que las perturbaciones a las que el sujeto se ve expuesto, los intercambios con el mundo, desde sentir la brisa del aire o asumir una hipótesis en relación a una observación de un hecho, estas percepciones, son integradas en niveles complejos cuyo orden, sentido y lógica será siempre funcionales a una constante auto referencialidad.

Por lo tanto, se llega a entender lo humano como un sistema de conocimiento autopoiéticos, por ende sistémico, procesual, autónomo y narrativo donde sus procesos de organización de su conducta, cognitiva o motora estaría en función a procesos tácitos modulados desde las experiencias tempranas en función a las emociones de base que dominan una acción u otra, un

Dasein. Desde esta perspectiva se hace un quiebre inclusive con nociones sobre la “libertad”, la “irracionalidad” o la “indeterminación” ya que, en su sentido más profundo, el ser humano es pensado como un organismo cerrado, que no permite estimulación alguna del entorno (en el sentido positivista del término).

Para entender el concepto de sí mismo, que es casi un sinónimo de Dasein, hay que estudiarlo como un proceso, proceso que simultáneamente es circular, autorreferente y que no permite influencia alguna del entorno. Dentro de su circularidad, lo más importante es entender su coherencia sistémica, esto es que los cambios propios del proceso involucrado en aquello que se entiende como la identidad personal, estará modulado desde sus propias estructuras y organizaciones y que, a la vez, aquello nuevo que emerge, tienen la condición de ser una emergencia nueva determinada desde la propia organización y estructuras que la precedieron y no de algún elemento exógeno.

La identidad personal es un proceso abstracto, complejo (del latín complexus), que se relaciona íntimamente con las imágenes explícitas que se desarrollan en torno a lo que se define como un “YO”. Estas imágenes por muy dinámicas y abstractas, incluso, incongruentes que sean, siempre se organizan dentro de unos límites tácitos, esto es, que la lógica existente detrás de su imagen, la organización que les da sentido o coherencia, están delimitados por un tipo de ordenamiento que están relacionados con las emociones.

En este sentido, desarrollar el concepto de sí mismo como un Dasein, como un sistema que implica a lo menos dos procesos de conocimiento en la organización de la identidad: los procesos tácitos y procesos implícitos.

La identidad personal está compuesta por un nivel tácito de organización la cual es un nivel superior de elaboración del conocimiento. Este sistema puede ser considerado básicamente

como un conjunto de esquemas emocionales jerárquicamente organizados y ordenados con sus consiguientes reglas profundas de donde se estructuran. Estas reglas profundas ordenan el conjunto de esquemas emocionales en circuitos recursivos diferenciados que oscilan entre límites oponentes de significados, desde los cuales se organiza el flujo de la experiencia en curso en patrones de procesamientos específicos.

El nivel estructural explícito a la vez es un conjunto de modelos que el organismo desarrolla en relación consigo mismo y de la realidad. Vale considerar que estos niveles explícitos están estructurados y organizados por el nivel tácito, por ende es factible considerar el nivel tácito como “inconsciente” y el nivel explícito como un proceso en donde procesos de la imaginación y del pensamiento consciente son parte inherente de la experiencia que se vive. En el nivel explícito emerge en conjunto con el logro de capacidades analíticas y de pensamiento reflexivo e hipotético. Básicamente el nivel explícito se condensa en formas de explicaciones o de imágenes en que los recuerdos propios del pasado, el presente percibido y el anticipar el futuro en una dimensión espacio-tiempo personal.

A lo anterior, la identidad personal, se entiende por lo tanto, como una autopercepción construida continuamente, a lo menos, por la incidencia de dos procesos amplios como lo son los niveles tácitos y explícitos que generan un conjunto de modelos representacionales que integran y ordenan un conjunto de creencias, memorias y procesos de pensamiento sobre sí mismo que son coherentes con dinámicas emocionales dominantes que se modulan ontológicamente. En otras palabras, la identidad personal, más que ser una identidad definida o un concepto rígido, es un proceso continuo de naturaleza recursiva que entrega al organismo la sensación de unidad, continuidad y funcionalidad en los diversos contextos que el organismo se puede desarrollar o desplegar.

Para finalizar, daré cuenta de mi experiencia como terapeuta, la cual se puede sintetizar de forma análoga a lo que significó para mi esta intervención.

Al sumergirse en el constructivismo queda claro que ante cada definición que conlleve una noción axiológica quedamos desnudos ante el mundo, y, sin embargo, somos ciegos a nuestros propios procesos de construcción, a nosotros mismos. ¿Qué será más importante: el conocer aquello que definimos como un “Yo”, “una identidad”, un “Self” o los procesos de construcción que están detrás de esas emergencias finales?

Debemos, quizás, aprender a vivir en la extraña sensación de “ser paradojas”, somos – o soy- como una extraña organización que se presenta y diluye constantemente, un eterno movimiento que sólo decantará en lo que es, sino la única certeza que hasta este momento existe: la muerte. Pero, a propósito de esta reflexión, ¿Cómo puedo estar seguro de que estas palabras no son una consecuencia de mi pasado? Cómo asumir que mi pasado no es más que una construcción de “aquí y del ahora” y no en un hecho medianamente existente sin que aquello me angustie, esto sin considerar que el futuro queda fuera de toda apreciación, una aporía irremediable. Así, avanzando, tenemos que en una mano están estos cuestionamientos existencialistas, pero en la otra tenemos la sensación de estabilidad, de continuidad histórica de “ser yo” una persona que vive y que escribe en este momento. ¿Dónde reside esta especie de estabilidad, no serán acaso nuestras palabras, y su contenido abstracto, aquello que se sustenta cómo la única delgada línea que otorga esa extraña sensación de estabilidad?

No es menor el definirme como terapeuta, es a veces, creo, una irresponsabilidad, una inquietante ilusión que aún descansa en los profundos arraigos que mantengo de una epistemología que impone control, diagnóstico y homogeneización. El traspaso de una epistemología a otra, en donde los fundamentos son radicalmente diferentes, no es sólo un cambio de ideas o de metodologías, es literalmente, reconstruirse, rehacerse y ese camino es

lento, desconcertante pero a la vez liberador. No es acaso la vida, una Divina Comedia, el teatro de lo humano.

El operar terapéutico, en esta experiencia, fue como un caminar a través de un sendero de tierra, empinados hacia un cerro gigantesco, rodeado de escarpadas quebradas, de lagartijas, arañas y algunas mariposas que se confunden por su color con las altas murallas de piedra gris que se muestran de grotescas formas. Mi acompañante, mi “paciente”, fue un otro tan dispuesto como yo de atravesar esos llanos. En el camino conversaremos, discutimos, descansamos, callamos muchas veces y debatimos sobre qué sendero seguir, qué lugares explorar; en algún momento seremos una unidad, en otros seremos una dialéctica, siempre buscando encontrar aquellas palabras que nos lleven a comprender qué en un desierto que, por muy muerto que se perciba, siempre está lleno de vida; solamente existirá una premisa en este avanzar: cualquiera de nosotros podrá abandonar la travesía si es que la curiosidad se transforma en un miedo paralizante por el sólo hecho que, por avatar del destino, quizás yo, sea su aprendiz.

Al Cuervo.

X. Bibliografía

1. Amezcua, Manuel, & Palacios Ramírez, José. (2014). Jóvenes, alcohol y riesgo: una mirada crítica desde las teorías socio-culturales. *Índex de Enfermería*, 23(3), 149-152. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200007>
2. APA. American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson.
3. Arnold Cathalifaud, M. (1989). *Teoría de Sistemas, nuevo paradigma: Enfoque de Niklas Luhmann*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/121712>
4. Arnold Cathalifaud, M. (2006). *Fundamentos de la observación de segundo orden*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122284>
5. Arnold Cathalifaud, M. y Rodríguez Mansilla, D. (1999). *Sociedad y teoría de sistemas: elementos para la comprensión de la teoría de Niklas Luhmann*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122275>
6. Ballesteros Martínez JL, Salas De Zayas R, I. *Intoxicación por etanol. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos*. Disponible en URL: <http://www.uninet.edu/tratado/c100402.html>
7. Barceló, Axel. (2015). *Teorías de la interpretación en la hermenéutica*. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01852450
8. Barnett, W. (1996). Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexibilidad In D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 265-284). Buenos Aires: Paidós.

9. Belon-Hercilla, M., Denegri-Solís, L., & Soto-Añari, M. (2020). Comparación del perfil cognitivo de pacientes con alcoholismo y esquizofrenia. *Revista de Neuropsiquiatría* doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3683>
10. Berger, M., Wagner, T., & Baker, L. (2005). Internet use and stigmatized illnesses. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1821-1827.
11. Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
12. Berman, M. (1987). *El reencantamiento del mundo*. Buenos Aires: Cuatro vientos.
13. Beuchot, M. (2011). *Perfiles esenciales de la Hermenéutica*. Fondo de Cultura Económica.
14. Beuchot, M. (2014). La hermenéutica analógica en la educación intercultural. *Horizontes Filosóficos: Revista de Filosofía, Humanidades y Ciencias Sociales*, 4, 19-30.
15. Beuchot, Mauricio (1994): *Los fundamentos de los derechos humanos en Bartolomé de las Casas*, Anthropos, Barcelona.
16. Beuchot, Mauricio, "La hermenéutica como semiótica y filosofía del lenguaje", *Semiosis*, núm. 30-31 (enero-diciembre, 1993): 187-197.
17. Beuchot, Mauricio, "Sobre la analogía y la filosofía actual", *Analogía Filosófica*, año X, vol. (1996): 61-76.
18. Beuchot, Mauricio, *Hermenéutica, analogía y ciencias humanas*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2014.
19. Beuchot, Mauricio. (2015). *Elementos esenciales de una hermenéutica analógica*. Recuperado http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018524502015000100006&lng=es&tlng=es.

20. Cáceres, D., Cáceres, C., & Colimil, F. (2020). Análisis interdisciplinar con perspectiva de género del alcoholismo en mujeres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*;36(1): e1056, 1-13.
21. Camargo, R., & Ried, N. (2019). La invención del toxicómano como sujeto a corregir. La figura del toxicómano en la producción discursiva farmacéutica chilena de la primera mitad del siglo XX. *Universum (Talca)*, 34(1), 65-94. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762019000100065>
22. Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta de Moebio* 23, 204 2016. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/23/carcamo.htm
23. Cárdenas Pérez, M. (2016-07). *Tratamiento de las drogodependencias desde un enfoque sistémico*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/151977>
24. Carr, A. (2004). La terapia narrativa de Michael White. *Contemporary Family* 20(4), 485-503.
25. Carrasco Garrido, M. (2010). *El contenido de las representaciones mentales*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/109976>
26. Castillo Acuña, L. (2013-01). *Aportes hacia la autoreflexividad de las nociones diagnósticas para la psicoterapia constructivista*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/13035>
27. Castro de Oliveira, M., & Mota Ronzani, T. (2012). Estigmatización y Práctica de Profesionales de la Aps Referentes al Consumo de Alcohol. *Psicología: Ciencia e Professao*, 648-661.

28. Cayupe Reyes, R. (2013). *Diseño y validación de un instrumento para evaluar los tipos de organización de significado personal (OSP) predominantes*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130690>
29. Cecchin, G. (1996). Construccinismo social e irreverencia terapéutica. In D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 333-347). Buenos Aires: Paidós.
30. Celestino, S., & Blánquez, J. (2007). Origen y desarrollo del cultivo del vino en el mediterráneo: la península Ibérica. *Universum* Recuperado en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000100004>
31. Chagas, Camila, Paula, Tassiane Cristine Santos de, & Galduróz, José Carlos Fernandes. (2021). A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(1), e2020921. Recuperado en <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100024>
32. Chávez, Luz María Carvajal y Andrade, Denise de la escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000700004>
33. CIE 10. (2013). El Sistema de Codificación de Procedimientos de la clasificación internacional de enfermedades. Madrid: *Health Information Systems*.
34. Cifuentes, M. (1899). *Breves consideraciones sobre el alcoholismo y la penalidad de la embriaguez*. Santiago: Memoria Chilena.
35. Clínica Mayo. (2021, 02 15). Mayo Clinic. Extraído de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alcohol-use-disorder/symptoms-causes/syc-20369243>

36. Concha Soto, I. (2007). *Propuesta de evaluación cualitativa desde la población penal al tratamiento psicosocial intramuros. El caso del complejo penitenciario de Valparaíso*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106048>
37. Cortés Amador, Ernesto. (2012). Aportes teóricos y metodológicos para evaluar el impacto en la salud asociada al uso nocivo de alcohol. *Revista Costarricense de Salud Pública*. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140914292012000100006&lng=en&tlng=es.
38. Maza, L. (2005). *Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. Teología y vida*, Recuperada de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492005000100006
39. Denborough D., Freedman J., Epston D., Waldegrave C. (2017) Michael White. In: Lebow J., Chambers A., Breunlin D. (eds) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_895-1
40. Descartes, René; *Discurso del Método*; Edición y traducción de Manuel García Morente; Ed. Espasa Calpe; Madrid; 2007.
41. Díaz Pérez G. (2004). *Juego y cultura en Filosofía*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/133447>
42. Díaz-Negrete, David & Elisa, Sara & Velasco, Gracia & Cáceres, Carmen. (2015). *Terapia narrativa, una alternativa para el tratamiento del uso de drogas* Universidad Nacional Autónoma de México.
43. Díez, I. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. *Osasunaz*, 177-190.

44. DILLINGER, Mike e PALÁCIO, Adair Lingüística gerativa: Desenvolvimento e Perspectivas uma Entrevista com Noam Chomsky. DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada. Disponible en <https://doi.org/10.1590/S0102-44501997000300007>
45. DIPRES. (2019). Servicio Nacional para Prevención y Rehabilitación Consumo de Drogas y Alcohol. Santiago: DIPRES. Disponible en <https://www.dipres.gob.cl/597/w3-multipropertyvalues-21333-24532.html>
46. Duarte, N., Antunes, B., Moraes, C., Olschowsky, A., & Barbosa de Pinho, L. (2016). El estigma y el prejuicio: la experiencia de los consumidores de crack. Rev. Latino-Am.
47. Elkaim, M. (1996). Los límites del enfoque sistémico en psicoterapia. In D. Fried, Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad (pp. 313-325). Buenos Aires: Paidós.
48. Enachescu, M. (2018). Alcohol, Historia de una palabra viajera. QVAESTIONES ROMANICAE VII, 105-113.
49. Escobar, D., Restrepo, J., Hoyos, S., & Navas, M. (2018). Efecto del consumo de alcohol al diagnóstico en la sobrevida de pacientes con cirrosis hepática en un hospital universitario de la ciudad de Medellín. Revista Colombiana de Gastroenterología. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.22516/25007440.281>.
50. Espinoza Cuzcano, Alexia Milagros, Olaya Anicama, Eliana Nicol, Salvador Carrillo, José Fernando, & Osada Liy, Jorge Enrique. (2021). Necesidad del uso de criterios o una escala para estratificar a pacientes con alcoholismo. Revista Cubana de Medicina Militar. Recuperado en 29 de julio de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000100034&lng=es&tlng=es.

51. Fainzang, Sylvie. (2009). Lo innato y lo adquirido: Doctrinas y valores en dos grupos de ayuda mutua frente al alcoholismo.
52. Florenzano, Ramón, Echeverría, Ángela, Sieverson, Catalina, Barr, Michelle, & Fernández, Miguel Ángel. (2016). Daño a niños y sus familias por el consumo de alcohol: resultados de una encuesta poblacional. *Revista chilena de pediatría*, <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.020>
53. Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *Journal of Behavioral Health & Services Research*, 31(4, 418-429).
54. Fowkes, S. (1996, 12 13). THE COGNITIVE ENHANCEMENT RESEARCH INSTITUTE. Retrieved 02 02, 2021, from Living with Alcohol: <https://www.ceri.com/alcohol.htm>
55. Fox, E. (1996). La paradoja de la subjetividad científica. In D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 143-174). Buenos Aires: Paidós.
56. Garcés P, G., & Zabrano C., A. (2019). Significados en torno al desarrollo del consumo problemático y la dependencia alcohólica en comunidades mapuches rurales de la región de la Araucanía, Chile, doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1932>
57. García Gómez, Alberto, Martínez Pérez, (2020). *Caracterización de pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico en una unidad de cuidados intensivos*. *Revista Cubana de Medicina Militar*.
58. García Gutiérrez, Eulalia, Lima Mompó, Gilda, Aldana Vilas (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(3) Recuperado en

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572004000300007&lng=es&tlng=

59. Garrido Carrasco, C. (2006). *Reflexiones acerca de la construcción de infancia de niños y niñas en situación de vulneración de derechos: Puntos de encuentro y desencuentro con la Política Nacional a Favor de la Infancia y Adolescencia. Investigación Cualitativa en el CTD Pudahuel*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106059>
60. Giménez-Ortigoza, Víctor Daniel. (2020). Caracterización de las complicaciones infecciosas en pacientes con cirrosis hepática internados en un hospital universitario. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*.
61. Gómez-Antilef, Bárbara Francisca et al. Construcción de subjetividad trans a partir de la ocupación entendida como hacer, ser y llegar a ser. Cuadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. Disponible en: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1960>
62. Guajardo, H., Kushner, D. (2011). Trabajar con las emociones en el tratamiento de los trastornos adictivos. Editorial USACH, Santiago, Chile.
63. Guerra Domínguez, Electra, Machado Solano, Ana María, González Carrazana, Yadit Arturo, Mesa Batista, Marlenys, & Carrazana Fonseca, Idalmis. (2019). Percepción de riesgo del uso nocivo del alcohol y sus consecuencias en adolescentes. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000400744&lng=es&tlng=es.
64. Guerra Domínguez, Electra, Machado Solano, Ana María, González Carrazana, Yadit Arturo, Mesa Batista, Marlenys, & Carrazana Fonseca, Idalmis. (2019). Percepción de riesgo del uso nocivo del alcohol y sus consecuencias en adolescentes. Multimed. Recuperado

ede

188

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000400744&lng=es&tlng=es.

65. Guerra, E. (2006). Evidencias del consumo de drogas en Europa durante la Prehistoria. *Trastornos adictivos*, 53-61.
66. Gutmann, M. (2002). Etnicidad, alcohol y aculturación. *Alteridades*, 19-34.
67. Heidegger, M. (1927). *Ser y tiempo*. Editorial Paidós
68. Herrera, J., León, L., Torres, Y., Cano, N., Herrera, A., & Cuenca, M. (2019). *Evaluación y selección de levadura comercial para el proceso de fermentación alcohólica de hidromiel*. Recuperado de <https://doi.org/10.22490/25394088.3651>
69. La Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *DSM- 5*. Arlington: Virginia American Psychiatric Publishing.
70. Lecannelier, F., (2009), *Apego e Intersubjetividad II. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Segunda Parte: La Teoría de Apego, Santiago, Ediciones LOM.
71. López, Alejandra, Chavarría, Roberto, & Oviedo, Gabriel. (2021). Dilema terapéutico: síndrome de abstinencia alcohólica y encefalopatía hepática concurrentes. A propósito de un caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Recuperado de 2021.<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.10.002>
72. Martínez-González, J. M., Vilar López, R., Becoña Iglesias, E., & Verdejo-García, A. (2016). *Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction*. *Psicothema*, recuperado de <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.139>

73. Martínez-González, J., Vilar-López, R., & Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8. Revisado en <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a1>
74. Maturana, H. (1995). La realidad: ¿objetiva o construida? Barcelona: *Anthropos*. Revisado <http://cc-catalogo.org/site/pdf/Maturana-Humberto.-La-Realidad-Objetiva-O-Construida.pdf>
75. Maturana, H. (2006). *Desde la biología a la psicología*. Santiago: Editorial universitaria.
76. Maturana, H., & Varela, F. (2006). *Autopoiesis y cognición: La realización de la vida* (1^o Edición). Santiago: Editorial universitaria.
77. Maturana, H., & Varela, F. (2019). *De máquinas y seres vivos*. Santiago: Editorial universitaria.
78. Milanés, V., Hidalgo, D., Monteagudo, Y. (2018). La logoterapia como alternativa terapéutica para la potenciación del sentido de la vida en pacientes alcohólicos. MEDISAN.
79. MINSAL. (2017). *Prevalencia de consumo de alcohol en Chile*. Santiago. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/2019.12.27_Prevalencia-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol.pdf
80. Monteiro M. G. (2016). *Public policies to prevent alcohol-related harm. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool*. *Epidemiologia e servicios de saude: revista do Sistema único de Saude do Brasil*. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100017>

81. Monteiro, G. (2013). *Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario?* *Adicciones*, 25(2), 99-105. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.56>
82. Morin, E. (1996). *Epistemología de la complejidad*. In D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 421-443). Buenos Aires: Paidós.
83. Morin, E. (1996). *La noción de sujeto*. In D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 67-86). Buenos Aires: Paidós.
84. Ochoa, E., Madoz-Gúrpide, A., & Vicente, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003&lng=es&tIng=pt.
85. Omar, Rafael Tavares et al. Incidence of pressure injury in an oncological intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Recuperado en <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-035>
86. Organización Mundial de la Salud: *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación*. Ginebra. OMS, 1976.
87. Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.
88. Organización Mundial de la Salud. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario*. OMS. Recuperado en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/EI_alcohol-producto_de_consumo_no-ordinario.pdf

89. Organización Mundial de Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. Retrieved from <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-081729/es/>
90. Organización Mundial de la Salud. (2010). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (ASSIST). Washington: OMS. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>
91. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Recuperado. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=9230D2C31737B1F236C98A8957EF261C?sequence=1
92. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de los datos probatorios a la acción política*. Washington DC: OMS. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/alcohol-prevencion-traumatismos-americas-2014.pdf>
93. Organización Mundial de la Salud. (2018). *Calificación de las políticas en materia de alcohol: Evaluación del nivel de ejecución de la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de las Américas*. Washington.
94. Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol* Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
95. Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Suiza.

96. Organización Mundial para la Salud. (1996). *Comité de expertos de la OMS en especificaciones para las preparaciones farmacéuticas*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42258/WHO_TRS_863_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
97. Ortiz, A. (2015). La concepción de Maturana acerca de la conducta y el lenguaje humano. *Revista CES Psicología*, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417011.pdf>
98. Ortiz, A. (2017). El pensamiento filosófico de Humberto Maturana: La autopoiesis como fundamento de la ciencia. *Espacios*, Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a17v38n46/a17v38n46p31.pdf>
99. Otálvaro, Andrés Felipe Tirado, Vallejo, Gustavo Adolfo Calderón, Escobar, Sandra Milena Restrepo, Gallón, Valentina Vásquez, & Giraldo, Isabel Cristina Orozco. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Psicología em Pesquisa*, 13(1), 22-32. <https://dx.doi.org/10.24879/2018001200300478>
100. Pacual P., F. (2007). *Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas*. *Salud y drogas*, 249-262.
101. Parra Sabaj, M. (2005). *Fundamentos epistemológicos, metodológicos y teóricos que sustentan un modelo de investigación cualitativa en las Ciencias Sociales*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105957>
102. Pascual, F. (2007). *Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas*. *Salud y drogas*, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83970203.pdf>

103. Peluso, E., & Blay, S. L. (2008). *Public perception of alcohol dependence*. *Revista brasileira de psiquiatria* Recuperado en <https://doi.org/10.1590/s1516-44462008000100004>
104. Pérez, Gabriela Orieta Garcés y Constanzo, Alba Ximena Zambrano Significados en torno al desarrollo del consumo problemático y la dependencia alcohólica en comunidades mapuches rurales de la región de la Araucanía, Chile, 2016-2017. *Salud Colectiva* Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1932>>ISSN1851-8265.
105. Peter, Helga & Penzel, Thomas. (2020). *Delirium tremens*. Editorial Universitaria (2015)
106. Puerta Louro, Rubén & Antón, E. & Zúñiga, V. (2006). Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica: Mortalidad y factores de mal pronóstico. *Anales De Medicina Interna -*
107. Quintana Pascual, K. (2003). *Concepción de mundo de los y las adolescentes de sectores populares con alta vulnerabilidad de consumo de drogas y alcohol*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135116>
108. Ramos-Lira, Luciana, Saltijeral-Méndez, María Teresa, Romero-Mendoza, Martha, Caballero-Gutiérrez, Miguel Angel, & Martínez-Vélez, Nora Angélica. (2001). *Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud*. *Salud Pública de México* Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300002&lng=es&tIng=es.
109. Rojo, M., García, I., & Garrido, R. (2016). La elaboración experimental de cerveza prehistórica. *Boletín De Arqueología Experimental* Recuperado de <https://revistas.uam.es/irqexp/article/view/5779>


110. Ronzani, T. M., & Touzé, G. (2020). Consumos de sustancias psicoactivas: del castigo al cuidado *Salud colectiva*, Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3100>
111. Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine* (1982)
112. RONZANI, T. M.; NOTO, A. R., and SILVEIRA, P. S. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores. Recuperado en https://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO_Reduzindo-o-Estigma_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf
113. Ronzani, T., & Andrade, T. (2006). *Estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção tratamento. Senad (Org.), 25-32.*
114. Ronzani, T., Higgins-Biddle, J., & Furtado, F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine* 69, 1080-1084.
115. Sánchez-Mejorada F., J. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. *Revista Médica UV*, 27-38.
116. Sarasa-Renedo, Ana, Sordo, Luis, Molist, Gemma, Hoyos, Juan, Guitart, Anna M., & Barrio, Gregorio. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, Recuperado en <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000400004>
117. SENDA. (2015). *Caracterización de los niveles de consumo de alcohol en Chile*. SENDA (2015)

118. SENDA. (2017). *El consumo de alcohol en Chile: situación epidemiológica*. Santiago: SENDA (2017)
119. SENDA. (2019). *Consumo de alcohol en Chile*. Valparaíso: SENDA (2019)
120. SENDA. (2020). *Estudio de alcohol y drogas*. Santiago (2020)
121. Sistema de salud de la república de Chile. (1901). *Memorias del director de Sanidad de Valparaíso: correspondientes a los años 1899 y 1900*. Valparaíso. Valparaíso: Memoria Chilena.
122. Vázquez-Cuesta, A. (2005). Alcohol y campaniforme. *Cuadernos de Arqueología de la Universidad de Navarra.*, 87-114.
123. Vergara, F. (2011). Gadamer y la hermenéutica de la comprensión dialógica: historia y lenguaje. *Revista de Filosofía*, Recuperada en <https://produccioncientificaluz.org/index.php/filosofia/article/view/18227/18215>
124. VIGOSTSKY, L. (1977), " *Pensamiento y Lenguaje*". Buenos Aires, Editorial Pléyade.
125. Villar Luis, Margarita Antonia, Barbosa, Sara Pinto, Luchesi, Luciana Barizon, & Santos, Jair Lício Ferreira. (2016). Síndrome de dependencia alcohólica en servicios de urgencia: protocolo de evaluación para la práctica profesional de enfermería. *Enfermería Global*, 15(41), 78-92. Recuperad.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412016000100005&lng=es&tlng=es.
126. Von Bertalanffy, I. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Buenos Aires: Fondo De Cultura Económica.

127. Von Foerster, H. (1996). *Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden*. In D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 91-114). Buenos Aires: Paidós.
128. Von Glasersfeld, E. (1996). La construcción del conocimiento. In D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 115-129). Buenos Aires: Paidós.
129. Vygotski, L. (1995). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. En L. S. Vygotski, *Obras Escogidas*, vol. III (pp. 11-314). Madrid
130. White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
131. Zlachevsky, A. (1998). ¿Es posible ser coherente? *Revista Terapia Psicológica*, Santiago de Chile.
132. Zlachevsky, A. (2011). La importancia de reflexionar sobre lo ontológico en el proceso de formación de terapeutas. *Actas Psiquiátricas*, Recuperado en <http://www.terapiasnarrativas.org/wp-content/uploads/2016/07/2011-La-importancia-de-reflexionar-sobre-lo-ontolo%CC%81gico-en-el-proceso-de-formacio%CC%81n.pdf>
133. Zlachevsky, A. (2012). Constructividad y Razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa. *Revista de psicología* Vol. 21 N°2, 237-259. Recuperado en <http://www.terapiasnarrativas.org/wp-content/uploads/2016/07/2012-Constructividad-y-Razo%CC%81n-Narrativa.pdf>
134. Zlachevsky, A. M. (2003). Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Revista Límite* N°10, 47-64.
135. Zlachevsky, A. (1996). Una mirada constructivista en psicoterapia. *Revista Sociedad Chilena de Psicología clínica*, año XIV, Volumen VI (2), n°26, 2-12.

XI. Anexos

XI.1 Consentimientos informados

 **Universidad de Valparaíso**
CHILE

1

Formulario de Consentimiento Informado

Información para Participante de Investigación

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

- 1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación**
- 2.**
La investigación mencionada se realizará en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, a partir de las atenciones terapéuticas realizadas en Francisco Salas 1314 Barón
- 3. Motivación y propósito del estudio**
El propósito de esta investigación es poder aportar al conocimiento y disciplina de la psicoterapia a nivel nacional e internacional, respecto de los efectos y beneficios de las Terapias Constructivistas y Construccinistas sobre el motivo de consulta que lo/a llevó a consultar.
- 4. En qué consiste su participación**
Su participación en esta investigación es voluntaria y consistirá en autorizar la documentación del proceso terapéutico del cual participará, y la grabación en audio y/o video de una sesión de control final.
- 5. Riesgos**
Participar en esta investigación no implica ningún tipo de riesgo para usted o sus cercanos, ya que en todo momento puede desistir de su participación en el estudio, sin que ello tenga efecto alguno sobre la psicoterapia en la que participa.
- 6. Beneficios**
El principal beneficio de su participación es que su aporte a la investigación contribuirá al conocimiento, a la comunidad científica y la disciplina psicoterapéutica, respecto de los efectos y beneficios de la Psicología Constructivista y Construccinista sobre su motivo de consulta, beneficiando así a otros futuros consultantes que pueda acudir a este tipo de psicoterapia por motivos similares.
- 7. Costos y pagos**
Su participación no implicará costo alguno para usted, además de la locomoción que usted utiliza para acercarse a su centro de atención. Por su parte, el/la investigador/a no recibirá pago alguno por realizar esta investigación.

8. Derechos del participante

a. A manifestar dudas, preguntas

b.

Durante todo el proceso de atención terapéutico usted tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador/a en cualquier momento y, en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación, podrá contactar a Carlos Clavijo, Psicólogo, director del Programa de Magister en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista, a quien puede ubicar en el 2508775 - 2508619, o al e-mail carlos.clavijo@uv.cl.

c. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento

Se puede retirar del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, teniendo claro conocimiento que su decisión de no participar, o que su eventual retiro no lo perjudicarán en caso alguno, es decir, no incidirá de ninguna manera en el tratamiento psicológico que se le esté brindando.

d. A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.

Si así fuese necesario, se le informará de cualquier hallazgo de Salud Mental que amerite ser derivado a especialista para ser atendido según su sistema de salud correspondiente. Usted tiene también el derecho de conocer los resultados de este estudio.

9. Confidencialidad

a. Reserva de la identidad del participante

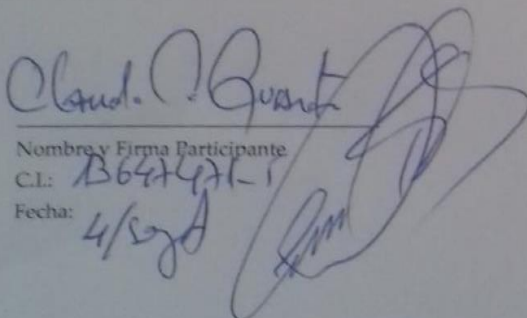
Su nombre, el de sus familiares y cercanos, no será revelado en ningún momento de esta investigación, ya que en el registro de sus datos y grabaciones de sesión se utilizará un código numérico y difuminación de su rostro en el caso de videograbaciones.

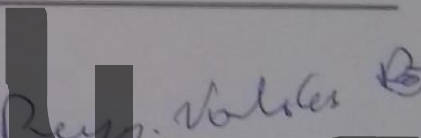
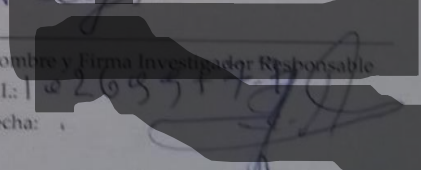
b. De los datos personales y sensibles

Todo registro de datos será reservado, y sólo tendrán acceso a ellos el/la investigador/a principal y docente tutor de la investigación, y serán resguardados por el/la investigador/a principal en archivos ubicados en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

10. Difusión y entrega de los resultados

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


Nombre y Firma Participante
C.I.: B647471-1
Fecha: 4/5/20



Nombre y Firma Investigador Responsable
C.I.: 2045717
Fecha: 4/5/20
Valparaíso, 4 de mayo de 2020

8. **Derechos del participante**

a. **A manifestar dudas, preguntas**

b.

Durante todo el proceso de atención terapéutico usted tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador/a en cualquier momento y, en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación, podrá contactar a Carlos Clavijo, Psicólogo, director del Programa de Magister en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista, a quien puede ubicar en el 2508775 – 2508619, o al e-mail carlos.clavijo@uv.cl.

c. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**

Se puede retirar del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, teniendo claro conocimiento que su decisión de no participar, o que su eventual retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no incidirá de ninguna manera en el tratamiento psicológico que se le esté brindando.

d. **A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.**

Si así fuese necesario, se le informará de cualquier hallazgo de Salud Mental que amerite ser derivado a especialista para ser atendido según su sistema de salud correspondiente. Usted tiene también el derecho de conocer los resultados de este estudio.

9. **Confidencialidad**

a. **Reserva de la identidad del participante**

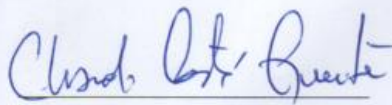
Su nombre, el de sus familiares y cercanos, no será revelado en ningún momento de esta investigación, ya que en el registro de sus datos y grabaciones de sesión se utilizará un código numérico y difuminación de su rostro en el caso de videograbaciones.

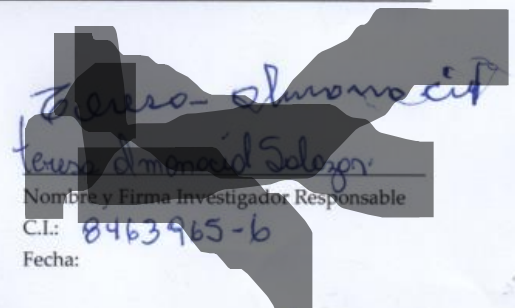
b. **De los datos personales y sensibles**

Todo registro de datos será reservado, y sólo tendrán acceso a ellos el/la investigador/a principal y docente tutor de la investigación, y serán resguardados por el/la investigador/a principal en archivos ubicados en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

10. **Difusión y entrega de los resultados**

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


Nombre y Firma Participante
C.I.: 13 647421-5
Fecha: 01/08/2020


Nombre y Firma Investigador Responsable
C.I.: 8463965-6
Fecha:

Valparaíso, de de 2020

8. **Derechos del participante**

a. **A manifestar dudas, preguntas**

b.

Durante todo el proceso de atención terapéutico usted tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador/a en cualquier momento y, en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación, podrá contactar a Carlos Clavijo, Psicólogo, director del Programa de Magister en Psicoterapia Constructivista y Construccinista, a quien puede ubicar en el 2508775 – 2508619, o al e-mail carlos.clavijo@uv.cl.

c. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**

Se puede retirar del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, teniendo claro conocimiento que su decisión de no participar, o que su eventual retiro no lo perjudicarán en caso alguno, es decir, no incidirá de ninguna manera en el tratamiento psicológico que se le esté brindando.

d. **A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.**

Si así fuese necesario, se le informará de cualquier hallazgo de Salud Mental que amerite ser derivado a especialista para ser atendido según su sistema de salud correspondiente. Usted tiene también el derecho de conocer los resultados de este estudio.

9. **Confidencialidad**

a. **Reserva de la identidad del participante**

Su nombre, el de sus familiares y cercanos, no será revelado en ningún momento de esta investigación, ya que en el registro de sus datos y grabaciones de sesión se utilizará un código numérico y difuminación de su rostro en el caso de videograbaciones.

b. **De los datos personales y sensibles**

Todo registro de datos será reservado, y sólo tendrán acceso a ellos el/la investigador/a principal y docente tutor de la investigación, y serán resguardados por el/la investigador/a principal en archivos ubicados en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

10. **Difusión y entrega de los resultados**

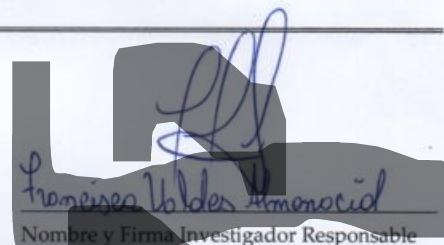
Los resultados de esta investigación podrán ser divulgados, según lo estime el investigador, en publicaciones, seminarios o reuniones de tipo científico y/o académico y que podrán ser utilizados o no, en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando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



Nombre y Firma Participante

C.I.: 13042471-5

Fecha: 01/Sep/2020



Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 17117414-2

Fecha:

Valparaíso, 01 de Sep de 2020

8. Derechos del participante

a. A manifestar dudas, preguntas

b.

Durante todo el proceso de atención terapéutico usted tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador/a en cualquier momento y, en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación, podrá contactar a Carlos Clavijo, Psicólogo, director del Programa de Magister en Psicoterapia Constructivista y Construccionalista, a quien puede ubicar en el 2508775 – 2508619, o al e-mail carlos.clavijo@uv.cl.

c. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento

Se puede retirar del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, teniendo claro conocimiento que su decisión de no participar, o que su eventual retiro no lo perjudicarán en caso alguno, es decir, no incidirá de ninguna manera en el tratamiento psicológico que se le esté brindando.

d. A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.

Si así fuese necesario, se le informará de cualquier hallazgo de Salud Mental que amerite ser derivado a especialista para ser atendido según su sistema de salud correspondiente. Usted tiene también el derecho de conocer los resultados de este estudio.

9. Confidencialidad

a. Reserva de la identidad del participante

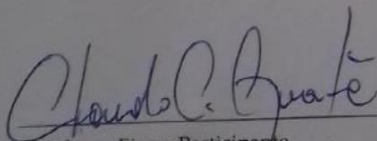
Su nombre, el de sus familiares y cercanos, no será revelado en ningún momento de esta investigación, ya que en el registro de sus datos y grabaciones de sesión se utilizará un código numérico y difuminación de su rostro en el caso de videograbaciones.

b. De los datos personales y sensibles

Todo registro de datos será reservado, y sólo tendrán acceso a ellos el/la investigador/a principal y docente tutor de la investigación, y serán resguardados por el/la investigador/a principal en archivos ubicados en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

10. Difusión y entrega de los resultados

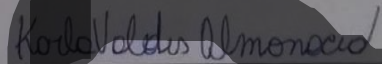
Los resultados de esta investigación podrán ser divulgados, según lo estime el investigador, en publicaciones, seminarios o reuniones de tipo científico y/o académico y que podrán ser utilizados o no, en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando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



Nombre y Firma Participante

C.I.: B.697.971-5

Fecha:



Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 18970779-7

Fecha:

Valparaíso, de de 2017

XI.2 Antecedentes médicos

29/1/2021

HRC



Hospital Regional San José del Carmen
Servicio - Medicina

COD 26035
Ficha

EPICRISIS MÉDICA

ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 54 FICHA:
RUN: [REDACTED] PREVISIÓN: Fonasa C
FICHA:

ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIÓN

FECHA DE INGRESO: 12-08-2020 DÍAS DE ESTADÍAS: 8
FECHA DE EGRESO: 20-08-2020 TRASLADO:
DESTINO: Domicilio

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA GRADO 3 (SUPERADA)

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

Sin antecedentes.

PROCEDIMIENTO

Sin procedimientos...

EVOLUCIÓN

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES DESCRITOS QUIEN PRESENTA 1 DÍA PREVIO A SU INGRESO DESORIENTACION , DISMINUCIÓN DE ESTADO DE CONCIENCIA, MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A SU DE HRC DONDE SE EVALUA E INGRESA, SE RECIBE HD ESTABLE, SIN REQUERIMEINTOS DE O2, DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, ORIENTADO EN PERSONA, ABDOMEN CON PERIMETRO ABDOMINAL LEVEMENTE AUMENTADO, LAB CON PERFIL HEPÁTICO ALTERADO, POR ESTABILIDAD, SE TRASLADA A SERVICIO DE MEDICINA, SE RECIBE PACIENTE HD ESTABLE, SIN REQUERIMIENTOS DE O2, SE REALIZA ECOGRAFIA ABDOMINAL REPORTANDO SIGNOS DE HEPATOPATIA CRONICA, ASCITIS Y ESPLENOMEGALIA. POR PRESENTAR MEJORIA SE DECIDE ALTA MEDICA PACIENTE FUE EVALUADO POR GASTROENTEROLOGIA POR PERSISNTENCIA DE BILIRRUBINA ELEVADA (BT 4,21 BD 3,18 BI 1,03) (TGO 73 TGP 27,9) E INDICA TAC DE ABDOMEN Y PELVIS, PROFILAXIS PARA PBE Y EDA DE FORMA AMBULATORIA. DICHA NO FUE REALIZADA POR PACIENTE QUERER IRSE A SU DOMICILIO Y POR ESTAR EN PANDEMIA. PENDIENTE TAC DE ABDOMEN Y PELVIS

INDICACIONES

LACTULOSA 30CC CADA 8 HORAS
OMEPRAZOL 1 COMP VO DIA
PROPRANOLOL 10 MGS VO CADA 12 HORAS
ESPIRONOLACTONA 50 MGS DIA VO
FUROSEMIDA 1 COMP VO DIA
LOSARTAN 50 MGS CADA 12 HORAS
RIFAXIMINA 400 MGS VO CADA 8 HORAS
ENEMA EVACUANTE SOS
POLI GASTROENETROLOGIA

CONTROL

Gastroenterología, en 10 días

Salud Mental, en 10 días

JUAN GUEVARA URBINA

Médico que otorga el alta

**Datos de Atención de Urgencia
44228**

29-01-2021
15:13:01
secretaria.grd

DATOS PERSONALES Y ATENCIÓN					
N° DAU: 44228	Previsión: Fonasa C				
Fecha de Atención: Miércoles, 5 de Agosto de 2020	Procedencia: Casa				
Hora de Admisión: 10:56:41	Movilización: Particular				
Rut Paciente: [REDACTED]	N° Boleta:	Valor:			
Nombre Paciente: [REDACTED]	Telefono:				
Edad: 54 Años, 10 Meses, 21 Días	Fecha Nac: 15/ 9/1965				
Domicilio: Francisco Solano Vega 1314 Colonias Extranjeras					
CONTROL DE SIGNOS VITALES					
10:56:41					
Hora	P. Arterial (mmHg)	Pulso (x min.)	Temperatura (°C)	Saturación (%)	Hemoglucotest (mg/dl)
MOTIVO DE CONSULTA					
DERIVADO DESDE EXTRASISTEMA TRAS PRESENTAR EX. LAB ALTERADOS// T°36.4					
DATOS CLÍNICOS					
Hora Atención: 11:24:00	Pronóstico: Leve		Hora Egreso: 11:44:00		
Glasgow: 15	Categorización:		Alcoholemia: No		
			Lesiones: No		
			Derivado a: Domicilio		
Diagnostico: DHC /CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA					
TRATAMIENTOS O INDICACIONES MEDICAS					
OH CRONICO ACTIVO TRAIDO POR SU HIJA POR EX DE LAB ALTERADOS SIN DX APARENTE DE CH ICTERICO ASCITICO ENFLAQUECIDO BRADISQUIA CHILD PUGH C 10 PTOS MELD 13 INDICO CONTROL GASTROENTEROLOGIA PROPANOLOL 5MG AL DIA VO ESPIRONOLACTONA 25 MG VO DIA MERENGUE CON CLARA DE HUEVO(3) SIN AZUCAR TODAS LAS MAÑANAS					

FERNANDO CLAUDIO URRRA LOPEZ
13676918-9
Médico

DATOS PERSONALES Y ATENCIÓN					
N° DAU: 44736	Previsión: Fonasa C				
Fecha de Atención: Sábado, 8 de Agosto de 2020	Procedencia: Casa				
Hora de Admisión: 8:48:49	Movilización: Particular				
Rut Paciente: [REDACTED]	N° Boleta:	Valor:			
Nombre Paciente: [REDACTED]	Telefono:				
Edad: 54 Años, 10 Meses, 24 Días	Fecha Nac: 15/9/1965				
Domicilio: Francisco Solano Vega 1314 Colonias Extranjeras					
CONTROL DE SIGNOS VITALES					
08:48:49			36.3		
Hora	P. Arterial (mmHg)	Pulso (x min.)	Temperatura (°C)	Saturación (%)	Hemoglucotest (mg/dl)
MOTIVO DE CONSULTA					
CITADO PARA EVAL CON DRA SARMIENTO //NIEGA SINT RESP					
DATOS CLÍNICOS					
Hora Atención: 09:22:00	Pronóstico: Medio Grave		Hora Egreso: 09:57:00		
Glasgow: 15	Categorización:		Alcoholemia: No	Lesiones: No	
Diagnostico: DHC POR OH		Derivado a: CDT		Gastroenterología Priorización:	
TRATAMIENTOS O INDICACIONES MEDICAS					
<p>SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTE DE OH ACENTUADO HASTA HACE 1 SEMANA QUIEN REFIERE DIAGNOSTICO HACE 3 DIAS DE DHC POR OH. FAMILIAR REFIERE MESES ICTERICO CON AUMENTO PROGRESIVO DE CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL.</p> <p>ANTECEDENTE: HTA , TABAQUISMO CRONICO (CIGARRILLO INICIA A LOS 11 AÑOS HASTA LA ACTUALIDAD)</p> <p>EF: PA 139/89 FC 79LXM ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO. BRADIPSQUICO, OBEDECE ORDENES.</p> <p>ABDOMEN GLOBO A EXPENSAS DE LIQUIDO ASCITICO</p> <p>EXTREMIDADES: SIMETRICAS EUTROFICAS MOVILES SIN EDEMA.</p> <p>MELD 21 / CHILD PUGH (FALTAN VALORES PARA CALCULO)</p> <p>PLAN:</p> <p>-PROPANOLOL / ESPIRONOLACTONA / FUROSEMIDA / LACTULOSA</p> <p>*CONTROL POR POLI DE GASTRO EN 1 MES*</p>					

VERONICA SARMIENTO PANZARELLI
27043816-4
Médico



**Datos de Atención de Urgencia
45473**

COPIA

29-01-2021
16:13:23
secretaria.grd

DATOS PERSONALES Y ATENCIÓN					
N° DAU: 45473	Previsión: Fonasa C				
Fecha de Atención: Miércoles, 12 de Agosto de 2020	Procedencia: Casa				
Hora de Admisión: 14:54:27	Movilización: Particular				
Rut Paciente: [REDACTED]	N° Boleta:	Valor:			
Nombre Paciente: [REDACTED]	Telefono:				
Edad: 54 Años, 10 Meses, 28 Días	Fecha Nac: 15/ 9/1965				
Domicilio: Francisco Solano Vega 1314 Colonias Extranjeras					
CONTROL DE SIGNOS VITALES					
14:54:27		72		100	
Hora	P. Arterial (mmHg)	Pulso (x min.)	Temperatura (°C)	Saturación (%)	Hemoglucotest (mg/dl)
MOTIVO DE CONSULTA					
DESDE HOY ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, FAMILIAR REFIERE DESDE HOY CONSTIPACION, AYER POSTERIOR A ENEMA, PRESENTA CUADRO DE DESORIENTACION. ANT: ENCEFALOPATIA HEPATICA POR OH.					
DATOS CLÍNICOS					
Hora Atención: 15:41:00	Pronóstico: Medio Grave		Hora Egreso: 20:32:00		
Glasgow: 13	Categorización:		Alcoholemia: No		
			Lesiones: No		
			Derivado a: Hospitalizado Área Médica Adultos Cuidados Básicos		
Diagnostico: ENCEFALOPATIA HEPATICA SINDROME DE ABSTINENCIA					
TRATAMIENTOS O INDICACIONES MEDICAS					
APP: HTA, CIRROSIS HEPATICA, AM: NO ACOMPAÑANTE REFIERE QUE ESTABA CON CONSTIPACION Y AYER SE LE HIZO ENEMA, DESDE HOY DESORIENTADO. HACE UN MES CON ABSTINENCIA ALCOHOLICA DESPUES DE CUAL PRESENTA TEMBLORES, AGRESION Y HABLABA LENTO. EXAMEN FISICO: SOLO RESPONDE SU NOMBRE, NO SABE DONDE ESTAS, NO CONTESTA PREGUNTAS. MP+ SRA RR2T SS. HEMOGRAMA, PERFIL HEPATICO, CLORURO DE SODIO 0.9% 250ML DIAZEPAM 10MG/2ML 1 AMP EV HOSPITALIZACION: EVALUACION POR GASTROENTEROLOGIA					

FARRUKH JAMIL
26687667-K
Médico



Salud, es nuestra preocupación

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

N° de Petición: **8140515**

N° RUT:

Nombres:

Apellidos:

Edad:

54

Procedencia:

BLOQUE MEDICO

Sectorización:

Médico Solicitante: **DRA ABACHE**

Pág. 1 de 2



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA CLINICA

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

QUIMICA SANGUINEA

Glicemia	111	mg/dl	[74 - 106]	*
Nitrogeno Ureico	13.5	mg/dl	[4 - 24]	
Urea	28.8	mg/dl	[10 - 50]	
Creatinina	0.90	mg/dl	[0.4 - 1.2]	
Proteinas Totales	7.14	g/dl	[6.4 - 8.3]	
Albumina	2.44	g/dl	[3.5 - 5.2]	*
Globulinas	4.70	g/dl	[3.2 - 3.9]	*
Sodio	141	mEq/L	[136 - 146]	
Potasio	2.82	mEq/L	[3.5 - 5.1]	*
Cloro	108	mEq/L	[88 - 108]	
Proteina C Reactiva	40.8	mg/L	[0 - 5]	*

PH Y GASES

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

PH Y GASES EN SANGRE

FIO2	21	%		
Gases Venosos				*
pH	7.424		[7.32 - 7.43]	
Presión CO2	39.1	mmHg	[35 - 48]	
Presión O2	28.5	mmHg		
Bicarbonato	25.1	mmol/l	[22 - 29]	
Exceso de Base	0.8	mmol/l		
Saturación O2	55.4	%		



N° de Peticion: **8140515**

N° RUT:

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Procedencia:

Médico Solicitante

54
BLOQUE MEDICO
DRA ABACHE



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

PRUEBAS HEMATOLOGICAS

Hematocrito	36.0 %	[40 - 52]	*
Hemoglobina	12.7 g/dl	[14.0 - 18.0]	*
Eritrocitos	3.82 x10 ⁶ mm ³	[4.5 - 5.9]	*
VCM	94.2 fl	[80 - 97]	
CHCM	35.3 g/dl	[32 - 36]	
HCM	33.2 pg	[27.0 - 32]	*
RDW	12.6	[11.6 - 16]	
Leucocitos	8.2 x10 ³ mm ³	[5 - 10]	
Recuento Plaquetario	96 x10 ³ mm ³	[140 - 440]	*
Fración Plaquetas Inmaduras	6.5 %		
Eritroblastos	0 %		
Índice Granulocitario	0.2		
Vel. Sedimentación Globular	38 mm/hr	[2 - 10]	*
NLR	3.88		

FORMULA DIFERENCIAL

Valores Relativos

% Eosinófilos	2.2 %	[2 - 4]	
% Basófilos	1.3 %	[0 - 1]	*
% Segmentados	66 %	[50 - 68]	
% Linfocitos	17 %	[25 - 35]	*
% Monocitos	13.3 %	[4 - 8]	*

Valores Absolutos

Eosinófilos	180 x mm ³	[80 - 360]	
Basófilos	107 x mm ³	[0 - 90]	*
Segmentados	5412 x mm ³	[2000 - 6100]	
Linfocitos	1394 x mm ³	[1000 - 3100]	*
Monocitos	1091 x mm ³	[160 - 720]	*

COAGULACION

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

PRUEBAS DE COAGULACION

INR	1.67	[0.5 - 1.5]	*
Protrombinemia	44.7 %	[70 - 120]	*
Tiempo de Protrombina	19.5 segundos	[11.3 - 14.6]	*
TTPA	30.2 segundos	[22.1 - 28.1]	*

Fecha Ingreso LIS: 14/08/2020 4:51
 Fecha y Hora Toma de Muestra: 14-08-2020 04:43
 Fecha y Hora Recepción Muestra: 14-08-2020 04:45
 Fecha Informe Final: 14/08/2020 5:52
 Fecha Impresión: 29/11/2021 15:11

Jose Fuenzalida Zarate
 Tecnólogo Médico
 Director Técnico

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad Nacional PEEC e Internacional Riqa



Historia es nuestra especialidad

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

N° de Petición: 8170168
N° RUT: [REDACTED]
Nombres: [REDACTED]
Apellidos: [REDACTED]
Edad: 54
Procedencia: BLOQUE MEDICO
Sectorización:
Médico Solicitante: DR JUAN GUEVARA

Pág. 1 de 2



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA CLINICA

Profesional Responsable: T.M. Roberto Araya Gonzalez

QUIMICA SANGUINEA

Nitrogeno Ureico	7.1	mg/dl	[4 - 24]	
Urea	15.3	mg/dl	[10 - 50]	
Creatinina	0.71	mg/dl	[0.4 - 1.2]	
Bilirubina Total	4.05	mg/dl	[0.05 - 1.4]	*
Bilirubina Directa	3.08	mg/dl	[0 - 0.25]	*
Bilirubina Indirecta	0.97	mg/dl	[0 - 0.7]	*
Fosfatasa Alcalinas	140	U/L	[40 - 129]	*
GOT	66.6	U/L	[10 - 40]	*
GPT	28.0	U/L	[10 - 41]	
GGT	188	U/L	[10 - 60]	*
Proteinas Totales	6.45	g/dl	[6.4 - 8.3]	
Albumina	2.25	g/dl	[3.5 - 5.2]	*
Globulinas	4.20	g/dl	[3.2 - 3.9]	*
Sodio	134	mEq/L	[136 - 146]	*
Potasio	2.46	mEq/L	[3.5 - 5.1]	*
Cloro	107	mEq/L	[98 - 106]	
Avisado a	ENFERMERA (O)-			

DATOS ASOCIADOS A AVISO DE VALOR CRITICO

Nombre: LUISA CASTILLO

Día: 17/08/2020

Hora: 06.00

De acuerdo a nuestro Sistema de Calidad, el laboratorio ha detectado VALORES CRITICOS asociados a la(s) sigu ente(s) prueba(s): POTASIO



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

Salud, es nuestra preocupación

N° de Petición: **8170168**
N° RUT: XXXXXXXXXX
Nombres: XXXXXXXXXX
Apellidos: XXXXXXXXXX
Edad: 54
Procedencia: **BLOQUE MEDICO**
Médico Solicitante: **DR JUAN GUEVARA**

Pág. 2 de 2



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

PRUEBAS HEMATOLOGICAS

Hematocrito	33.2 %		[40 - 52] *
Hemoglobina	12.2 g/dl		[14.0 - 18.0] *
Ertrrocitos	3.54 x10 ⁶ mm ³		[4.5 - 5.9] *
VCM	93.8 fl		[80 - 97]
CHCM	36.7 g/dl		[32 - 36] *
HCM	34.5 pg		[27.0 - 32] *
RDW	12.7		[11.6 - 16]
Leucocitos	8.5 x10 ³ mm ³		[5 - 10]
Recuento Plaquetario	103 x10 ³ mm ³		[140 - 440] *
Fración Plaquetas Inmaduras	8.6 %		
Eritroblastos	0 %		
Índice Granulocitario	0.4		
Vel. Sedimentación Globular	34 mm/hr		[2 - 10] *
NLR	3.51		

FORMULA DIFERENCIAL

Valores Relativos

% Eosinófilos	3.3 %	[2 - 4]
% Basófilos	1.2 %	[0 - 1] *
% Segmentados	63.9 %	[50 - 68]
% Linfocitos	18.2 %	[25 - 35] *
% Monocitos	13 %	[4 - 8] *

Valores Absolutos

Eosinófilos	281 x mm ³	[80 - 360]
Basófilos	102 x mm ³	[0 - 90] *
Segmentados	5432 x mm ³	[2000 - 6100]
Linfocitos	1547 x mm ³	[1000 - 3100]
Monocitos	1105 x mm ³	[160 - 720] *

COAGULACION

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

PRUEBAS DE COAGULACION

INR	1.78		[0.5 - 1.5] *
Protrombinemia	41.5 %		[70 - 120] *
Tiempo de Protrombina	20.7 segundos		[11.3 - 14.6] *
TTPA	32.8 segundos		[22.1 - 28.1] *

Fecha Ingreso LIS: 17/08/2020 4:50
Fecha y Hora Toma de Muestra: 17-08-2020 04:27
Fecha y Hora Recepción Muestra: 17-08-2020 04:38
Fecha Informe Final: 17/08/2020 6:01
Fecha Impresión: 29/11/2021 15:12


Jose Fuenzalida Zarate
Tecnólogo Médico
Director Técnico

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad Nacional PEEC e Internacional RIQAS



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

Salud, es nuestra preocupación

N° de Petición: **8180007**

N° RUT:

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Procedencia:

Sectorización:

Médico Solicitante:



BLOQUE MEDICO
No Aplica
DR JUAN GUEVARA

Pág. 1 de 1



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA CLINICA

Profesional Responsable: **T.M. HERNAN HICHE ROJAS**

QUIMICA SANGUINEA

Sodio	135 mEq/L	[138 - 146]	*
Potasio	2.99 mEq/L	[3.5 - 5.1]	*
Cloro	101 mEq/L	[98 - 108]	

Fecha Ingreso LIS: 18/08/2020 1:31
 Fecha y Hora Toma de Muestra: 17-08-2020 22:50
 Fecha y Hora Recepción Muestra: 18-08-2020 01:30
 Fecha Informe Final: 18/08/2020 1:52
 Fecha Impresión: 29/1/2021 15:12





 José Fuenzalida Zárate
 Técnico Médico
 Director Técnico

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad Nacional PEEC e Internacional RiQas



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

Salud, es nuestro compromiso

N° de Petición: **8180269**
 N° RUT: 
 Nombres: 
 Apellidos: 
 Edad: 54
 Procedencia: **BLOQUE MEDICO**
 Sectorización: **No Aplica**
 Médico Solicitante: **JUAN GUEVARA URBINA**

Pág. 1 de 1



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA CLINICA

Profesional Responsable: **T.M. HERNAN HICHE ROJAS**

QUIMICA SANGUINEA

Sodio	136	mEq/L	[136 - 146]
Potasio	3.07	mEq/L	[3.5 - 5.1] *
Cloro	105	mEq/L	[98 - 108]

Fecha Ingreso LIS: 18/08/2020 5:28
 Fecha y Hora Toma de Muestra: 18-08-2020 04:40
 Fecha y Hora Recepción Muestra: 18-08-2020 04:58
 Fecha Informe Final: 18/08/2020 6:52
 Fecha Impresión: 29/1/2021 15:13


 José Fuenzalida Zárate
 Tecnólogo Médico
 Director Técnico

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad Nacional PEEC e Internacional Riqas



Salud en nuestra compañía

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

N° de Peticion: 8200282
N° RUT: [REDACTED]
Nombres: [REDACTED]
Apellidos: [REDACTED]
Edad: 54
Procedencia: BLOQUE MEDICO
Sectorización:
Médico Solicitante: DR JUAN GUEVARA

Pág. 1 de 2



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA CLINICA

Profesional Responsable: T.M. Roberto Araya Gonzalez

QUIMICA SANGUINEA

Nitrogeno Ureico	8.3	mg/dl	[4 - 24]	
Urea	17.7	mg/dl	[10 - 50]	
Creatinina	0.64	mg/dl	[0.4 - 1.2]	
Bilirubina Total	4.21	mg/dl	[0.05 - 1.4]	*
Bilirubina Directa	3.18	mg/dl	[0 - 0.25]	*
Bilirubina Indirecta	1.03	mg/dl	[0 - 0.7]	*
Fosfatasas Alcalinas	159	UI/L	[40 - 129]	*
GOT	73.0	UI/L	[10 - 40]	*
GPT	27.9	UI/L	[10 - 41]	
GGT	196	UI/L	[10 - 60]	*
Sodio	141	mEq/L	[136 - 146]	
Potasio	3.18	mEq/L	[3.5 - 5.1]	*
Cloro	107	mEq/L	[98 - 108]	

HEMATOLOGIA

Profesional Responsable: T.M. Roberto Araya Gonzalez

PRUEBAS HEMATOLOGICAS

Hematocrito	33.5	%	[40 - 52]	*
Hemoglobina	12.1	g/dl	[14.0 - 18.0]	*
Eritrocitos	3.55	x10 ⁶ mm ³	[4.5 - 5.9]	*
VCM	94.4	fl	[80 - 97]	
CHCM	36.1	g/dl	[32 - 36]	*
HCM	34.1	pg	[27.0 - 32]	*
RDW	12.7		[11.6 - 16]	
Leucocitos	8.2	x10 ⁹ mm ³	[5 - 10]	
Recuento Plaquetario	93	x10 ⁹ mm ³	[140 - 440]	*
Fracción Plaquetas Inmaduras	8.5	%		
Eritroblastos	0	%		
Índice Granulocitario	0.5			
Vel. Sedimentación Globular	32	mm/hr	[2 - 10]	*
NLR	3.24			

FORMULA DIFERENCIAL

Valores Relativos			Valores Absolutos		
% Eosinófilos	2.9 %	[2 - 4]	Eosinófilos	238 x mm ³	[80 - 360]
% Basófilos	1.2 %	[0 - 1]	Basófilos	98 x mm ³	[0 - 90]
% Segmentados	62.2 %	[50 - 68]	Segmentados	5100 x mm ³	[2000 - 6100]



Salud es nuestra compromiso

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

N° de Peticion: **8200282**
N° RUT: [REDACTED]
Nombres: [REDACTED]
Apellidos: [REDACTED]
Edad: 54
Procedencia: **BLOQUE MEDICO**
Médico Solicitante: **DR JUAN GUEVARA**

Pág. 2 de 2



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
% Linfocitos	19.2 %	[25 - 35] *	Linfocitos 1574 x mm ³ [1000 - 3100] *
% Monocitos	14 %	[4 - 8] *	Monocitos 1148 x mm ³ [160 - 720] *

COAGULACION

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

PRUEBAS DE COAGULACION

INR	1.67	[0.5 - 1.5]	*
Protrombinemia	44.7 %	[70 - 120]	*
Tiempo de Protrombina	19.5 segundos	[11.3 - 14.6]	*
TTPA	31.6 segundos	[22.1 - 28.1]	*

Fecha Ingreso LIS: 20/06/2020 5:14
 Fecha y Hora Toma de Muestra: 20-08-2020 04:40
 Fecha y Hora Recepción Muestra: 20-08-2020 05:00
 Fecha Informe Final: 20/06/2020 7:08
 Fecha Impresión: 29/1/2021 15:14


 José Fuenzalida Zárate
 Tecnólogo Médico
 Director Técnico

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad Nacional PEEC e Internacional RiqaS



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

Salud, es nuestra preocupación

N° de Petición: **8250238**

N° RUT:

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Procedencia:

Sectorización:

Médico Solicitante: DR CARLOS IRIARTE

Pág. 1 de 1



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA CLINICA

Profesional Responsable: **T.M. HERNAN HICHE ROJAS**

QUIMICA SANGUINEA

Creatinina	0.77 mg/dl	[0.4 - 1.2]
------------	------------	---------------

Fecha Ingreso LIS: 25/08/2020 8:11
 Fecha y Hora Toma de Muestra: 25-08-2020 09:00
 Fecha y Hora Recepción Muestra: 25-08-2020 09:34
 Fecha Informe Final: 25/08/2020 10:25
 Fecha Impresión: 29/1/2021 15:14


 José Fuenzalida Zárate
 Técnico Médico
 Director Técnico

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad Nacional PEEC e Internacional Riqa



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

Salud es nuestra preocupación

N° de Petición: **8280595**

N° RUT:

Nombres:

Apellidos:

Edad:

54

Procedencia:

POLI MEDICINA

Sectorización:

Médico Solicitante: DRA VERONICA SARMIENTO

Pág. 1 de 2



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
QUIMICA CLINICA			
			Profesional Responsable: T.M. HERNAN HICHE ROJAS
QUIMICA SANGUINEA			
Proteínas Totales	7.70	g/dl	[6.4 - 8.3]
Albumina	2.59	g/dl	[3.5 - 5.2] *
Globulinas	5.11	g/dl	[3.2 - 3.9] *
Indice A/G	0.5		[1.5 - 3.1] *
COAGULACION			
			Profesional Responsable: TM HUMBERTO BASILIADES ZEGARRA
PRUEBAS DE COAGULACION			
INR	1.49		[0.5 - 1.5]
Protrombinemia	50.6	%	[70 - 120] *
Tiempo de Protrombina	17.6	segundos	[11.3 - 14.6] *
TTPA	28.2	segundos	[22.1 - 28.1] *
INMUNOLOGIA			
			Profesional Responsable: T.M. HERNAN HICHE ROJAS
MARCADORES TUMORALES			
			Metodo Utilizado: ECLIA Analizador: Cobas 6000
CEA - AG CARCINOEMBRIONARIO	2.67	ng/ml	[0.1 - 3.0]
AFP	6.4	ng/ml	[0 - 7]



Salud es nuestra prioridad

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

N° de Petición: **8280595**
N° RUT: [REDACTED]
Nombres: [REDACTED]
Apellidos: [REDACTED]
Edad: 54
Procedencia: **POLI MEDICINA**
Médico Solicitante: **DRA VERONICA SARMIENTO**

Pág. 2 de 2



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

TOMA DE MUESTRA
MARCADORES TUMORALES

Profesional Responsable: **T.M. MONICA NEIRA ALVARADO**
Metodo Utilizado: ECLIA Analizador: Cobas 6000

CA 19-9

Examen realizado en el Extrasistema

Fecha Ingreso LIS:	28/08/2020	7:59
Fecha y Hora Toma de Muestra:	28-08-2020	08:20
Fecha y Hora Recepción Muestra:	28-08-2020	08:38
Fecha Informe Final:	28/08/2020	15:13
Fecha Impresión:	29/1/2021	15:14



José Fuenzalida Zárate
Tecnólogo Médico
Director Técnico

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad Nacional PEEC e Internacional RiQas



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

Salud, es nuestra obligación

N° de Petición: **12310213**

N° RUT:

Nombres:

Apellidos:

Edad:

55

Procedencia:

POLI SALUD MENTAL

Sectorización:

No Aplica

Médico Solicitante:

DR ABEL MORALES

Pág. 1 de 3



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA CLINICA

Profesional Responsable: **TM. JUAN OLIVARES GALLARDO**

QUIMICA SANGUINEA

Glicemia	373	mg/dl	[74 - 106] *
Creatinina	0.81	mg/dl	[0.4 - 1.2]
Bilirubina Total	1.70	mg/dl	[0.05 - 1.4] *
Bilirubina Directa	0.98	mg/dl	[0 - 0.25] *
Bilirubina Indirecta	0.72	mg/dl	[0 - 0.7] *
Fosfatasas Alcalinas	250	U/L	[40 - 129] *
GOT	26.6	U/L	[10 - 40]
GPT	26.4	U/L	[10 - 41]
GGT	273	U/L	[10 - 60] *
Albumina	3.50	g/dl	[3.5 - 5.2]
Calcio	9.7	mg/dl	[8.6 - 10]
Fósforo	3.9	mg/dl	[2.7 - 4.5]
Sodio	135	mEq/L	[136 - 146] *
Potasio	3.52	mEq/L	[3.5 - 5.1]
Cloro	100	mEq/L	[98 - 108]
Proteína C Reactiva	4.8	mg/L	[0 - 5]

HEMATOLOGIA

Profesional Responsable: **TM TOMMY IRIGOYEN LEYTON**

PRUEBAS HEMATOLÓGICAS

Hematocrito	40.4	%	[40 - 52]
Hemoglobina	14.8	g/dl	[14.0 - 18.0]
Eritrocitos	4.47	$\times 10^6 \text{ mm}^3$	[4.5 - 5.9] *
VCM	90.4	f	[80 - 97]
CHCM	36.6	g/dl	[32 - 36] *
HCM	33.1	pg	[27.0 - 32] *
RDW	13		[11.6 - 16]
Leucocitos	5.6	$\times 10^9 \text{ mm}^3$	[5 - 10]
Recuento Plaquetario	89	$\times 10^9 \text{ mm}^3$	[140 - 440] *
Fracción Plaquetas Inmaduras	6.4	%	
Eritoblastos	0	%	
Índice Granulocitario	0		
Vel. Sedimentación Globular	53	mm/hr	[2 - 10] *
NLR	1.68		



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

Atend. es nuestro compromiso

N° de Peticion: **12310213**

N° RUT:

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Procedencia:

Médico Solicitante

12310213
[Redacted]
[Redacted]
55
POLI SALUD MENTAL
DR ABEL MORALES

Pág. 2 de 3



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

FORMULA DIFERENCIAL

Valores Relativos

% Eosinófilos	7 %	[2 - 4]	*
% Basófilos	2 %	[0 - 1]	*
% Promielocitos	0 %	[0 - 0]	
% Mielocitos	0 %	[0 - 0]	
% Juveniles	0 %	[0 - 0]	
% Baciliformes	0 %	[0 - 2]	
% Segmentados	52 %	[50 - 68]	
% Linfocitos	31 %	[25 - 35]	
% Monocitos	8 %	[4 - 8]	
% Blastos	0 %	[0 - 0]	

Valores Absolutos

Eosinófilos	392 x mm ³	[80 - 360]	*
Basófilos	112 x mm ³	[0 - 90]	*
Promielocitos	0 x mm ³	[0 - 0]	
Mielocitos	0 x mm ³	[0 - 0]	
Juveniles	0 x mm ³	[0 - 0]	
Baciliformes	0 x mm ³	[0 - 230]	
Segmentados	2912 x mm ³	[2000 - 6100]	
Linfocitos	1736 x mm ³	[1000 - 3100]	
Monocitos	448 x mm ³	[160 - 720]	
Blastos	0 x mm ³	[0 - 0]	

MORFOLOGIA

Serie Roja	Anisocitosis +
Serie Blanca	Granulación patológica +
Plaquetas	Normales

COAGULACION

Profesional Responsable: **TM HUMBERTO BASILIADES ZEGARRA**

PRUEBAS DE COAGULACION

INR	1.38	[0.5 - 1.5]	
Protrombinemia	56 %	[70 - 120]	*
Tiempo de Protrombina	16.5 segundos	[11.3 - 14.8]	*
TTPA	26.9 segundos	[22.1 - 28.1]	

ENDOCRINOLOGIA

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

HORMONAS TIROIDEAS

Metodo Utilizado: ECLIA Analizador: Cobas 6000

Hormona Tiroestimulante TSH	3.81 uU/ml	[0.27 - 4.7]
Triyodotironina T3	1.32 ng/ml	[0.8 - 2.0]
Tiroxina T4	7.93 ug/dl	[5.1 - 14.1]
T4 Libre	1.21 ng/dl	[0.93 - 1.7]

HORMONAS

Metodo Utilizado: Quimioluminiscencia

ATENCIÓN

La vitamina B7 (Biotina) puede interferir en el resultado. Considerar

TOMA DE MUESTRA

Profesional Responsable: **T.M. Roberto Araya Gonzalez**

TOMA MUESTRAS

TM LABORATORIO

Pendiente



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE COPIAPO
Laboratorio Clínico

Salud, es nuestra preocupación

N° de Peticion: **12310213**
N° RUT: [REDACTED]
Nombres: [REDACTED]
Apellidos: [REDACTED]
Edad: **55**
Procedencia: **POLI SALUD MENTAL**
Médico Solicitante: **DR ABEL MORALES**

Pág. 3 de 3



Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

DERIVADOS

Profesional Responsable:

DERIVADOS REDLAB

Acido Folico	Pendiente		Deficiente: 0.35 - 3.37 Indeterminado: 3.38 - 5.38 Normal: Mayor a 5.38
Vitamina B12	Pendiente		Método: Quimioluminiscencia Método: Quimioluminiscencia

Fecha Ingreso LIS: 31/12/2020 8:12
Fecha y Hora Toma de Muestra: 31-12-2020 08:25
Fecha y Hora Recepción Muestra: 31-12-2020 08:50
Fecha Informe Final: 02/01/2021 4:55
Fecha Impresión: 29/1/2021 15:15


José Fuenzalida Zárate
Tecnólogo Médico
Director Técnico

Laboratorio adscrito al Programa de Evaluación Externa de Calidad Nacional PEEC e Internacional Riqa

XI.3 Registro de intervención

Sujeto	Descripción	Intervención Narrativas centrales
R	Se indaga en problemática desde el usuario, se define el motivo de consulta y episodios ortogonales	<p><i>“cuando comencé a trabajar, cuando niño, me convidaban un vaso de vino lo viejos que cuidaban por ahí, Ud. sabe...un vaso, después otro y después todos los días y uno se iba a costumbrando”.</i></p> <p><i>“no quiero volverme loco”, posteriormente indica “sabe, yo quiero dejar de tomar...estoy desahuciado, sabe... Estuve hospitalizado y me dijeron...el doctor ... tres meses de vida me dieron”.</i></p> <p><i>Quiero que me dejen tranquilo, que no me pregunten hay tomado, que me crean cuando les digo que no he tomado...desde que volví me preguntan lo mismo...hay tomado...hay tomado”, a lo cual recalca “quiero salir luego de esto”, “quiero recuperar mi vida”</i></p> <p><i>“necesito poder controlarme, cuando me dan esas ganas de tomar...sé que no puedo tomar, sé que me voy a morir, y cuando me vienen las ganas...no sé cómo controlarlas”</i></p>
R	Se definen las emociones dolorosas, las narrativas asociadas y los contextos de emergencia. Definición de esquema XYZ	<p><i>“estaba ahí, en la camilla, creo que siete días estuve, no sé bien, pero estaba la T., las niñas y entra y me dicen que tengo la cirrosis avanzada y que me iba a morir...quedé helado´ más encima me habían amarrado las manos y me decían “no te gustó tomar” y yo ahí sin poder moverme”. “helado, cómo...como...paralizado y angustiado, me dio miedo...tengo miedo, dejar a las niñas...a la T., sé que uno debe morir, pero no tan pronto, no me quiero morir”.</i></p> <p><i>“Yo tomé por 40 años, todos los días tomé, y me dormía...pero nunca fui malo, ni le pegué a las niñas o a la T., trabajaba por turno y cuando llegaba siempre me esperaban con comida y siempre había vino, no tomo cerveza ni pisco, sólo vino. Lo demás (otros tragos) jamás me gustaron”. Luego de un silencio prolongado, dice: “Yo no era de esos que andaban curao por la calle, dando pena...ni que anduviera metido en cahuines o que anduviera pegándole a mi mujer...tomaba en mi casa...pero siempre tomaba...tomaba todos los días...2,3,4 litros de vino tomaban, siempre tomaba...pero vea en lo que terminé...en un alcohólico”.</i></p>
T	Se indaga en problemática desde el usuario, se define el motivo de consulta y episodios ortogonales	<p><i>“yo quedé sola, lo vi tirado en la puerta y muerto y fue como volverse loca, estaba tan desesperada y me dijeron que estaba loca y me llevaron al peral”.</i></p> <p><i>“yo estuve hospitalizada como tres años en el Peral, hacía varias tareas, entre ellas era ayudar en las salas,</i></p>

		<p><i>una vez me entró una bacteria que tenía en la pierna y jamás me sanó, y él (R) se dio cuenta y me ayudaba a cargar las cajas o las cosas que debía mover para trabajar</i></p> <p><i>“yo no quiero verlo así, tan mal, en el suelo, a veces no se puede parar, y se pone tan agresivo, y todo para salir a tomar, yo no sé qué hacer estoy desesperada” y se agrega “quisiera ser más fuerte, no sé qué hacer, cuando a veces se vuelve loco, trato de agarrarlo y no puedo”</i></p>
T	Se definen las emociones dolorosas, las narrativas asociadas y los contextos de emergencia. Definición de esquema XYZ	<p><i>“imagínese a mi edad, lo que nos pasó, a veces no sé cómo lo voy a hacer. Cuando nos avisaron, en el hospital, que se iba a morir, yo casi me desmayé, verlo ahí, amarrado, y las niñas llorando...no sabemos qué hacer”.</i></p> <p><i>“yo no pensé que fuera a pasar por esto de nuevo, y R. siempre fue tan fuerte...un buen hombre...no pensé que estaba tan mal...sabíamos que no estaba bien de salud...pero a pensar que se va a morir...destruida. Es cómo... No sé...es cómo no saber que hacer...estoy como perdida...muy triste, solo con ganas de llorar”.</i></p> <p><i>“a veces se pone como loco, me insulta, habla cosas, dice que ve cucarachas en la pared, que le traiga vino y me pongo tan mal”. Se le consulta que es lo que siente el decir que era ella quién le preparaba las comidas y traía el vino, a lo cual dice: “siento culpa, me siento muy culpable de que yo lo ayude a que esté así de mal”</i></p> <p><i>Si sabíamos que ya algo estaba mal, una vez R. dejó de tomar y le pasó lo mismo de ahora, pero él es quien manda en la casa y están reporfiado con las niñas y los niños (En referencia C., y L.) simplemente no quería ir.”</i></p>
T	Indagación en redes de significados	<p><i>De lo que me acuerdo, estaba en la feria, estábamos comprando naranja...parece...y me dio como un mareo...una sensación de...cómo que el cuerpo sucumbió y de ahí no me acuerdo más...después...no sé cuánto pasó...no sé si fueron días...no sé...estaba en una sala, desperté y estaba amarrado, las manos las tenía amarrada...estaba con esas batas...y me quería tapar porque estaba desnudo debajo de esa bata y comencé a llamar a alguien, me doy cuenta que llega una enfermera, le digo que me suelten, que no me iré, que necesito taparme y me dice eso de que “no le gustó tomar” “me sentí tan humillado, impotente...no podía ni siquiera taparme” “después miraba al techo y pensaba cómo había llegado a eso...yo siempre fui un hombre de familia, todo por ellos y en dónde los tenía...y de ahí llegó el doctor con esa bomba...que estaba desahuciado, que me iba a morir...sentí como una cachetada” “más encima yo escuchaba a los otros que</i></p>

		<i>estaba en la pieza que decían...mira este cayó por el copete"</i>
F	Se indaga en problemática desde el usuario, se define el motivo de consulta y episodios ortogonales	<i>"quedé sola con el embarazo...mis papás apenas supieron me apoyaron, nunca hicieron problema, al contrario, ellos como papas son excelentes". "el C. era un cabro de este sector, yo lo había visto porque venía a comprar al negocio, pero estaba adicto a la pasta, lo hubiera visto, todo el día fumaba, hasta que lo conocí y de a poco lo fuimos sacando adelante". Me siento impotente, a veces busco que hacer, busco en internet y no sé qué hacer. En trabajo a veces pregunto, me explican, pero llego acá y no resulta nada y reto a mi papá, me he puesto pesada, hasta chora, y no hay caso y quedo de brazos cruzados y llego del trabajo y lo veo tirado en la cama...curado de nuevo y me voy a tierra"</i>
F	Se definen las emociones dolorosas, las narrativas asociadas y los contextos de emergencia. Definición de esquema XYZ	<i>"Necesito que pueda hacer alguna terapia, o decimos si lo podemos llevar a un centro de rehabilitación, nosotros veremos cómo podemos pagarlo, pero necesitamos ayuda, estamos muy mal como familia, ya no sabemos que hacer"</i>
F	Indagación en redes de significados	<i>" Cuando se desmayó, lo tomaron de la feria, unos conocidos y los sentaron hasta que llegó la ambulancia, ya había llegado la K. así que ella lo acompañó, yo no quise ir...pensaba...no sé...estaba como estatua...decía...se va a morir, del hospital no va a salir y llamé a la K. para avisarle a la F., yo sentí que de ahí no saldría. Yo estaba trabajando, si esto paso cerca de las once de la mañana. Me avisa mi mamá y pedí permiso, y como trabajo ahí mismo, no me demore en llegar a la urgencia. Alcancé a ver cuándo lo entraron por la urgencia, venía amarillo y movía la cabeza...como que trataba de levantarla. Me quedo esperando a la K. y cuando llega subimos, ya había pasado mucho rato...subimos donde lo tenían y lo vimos...estaba amarrado a la cama...nunca pensé verlo así...sentía pena o vergüenza...no sé... ¿miedo...pensaba que mi papá de esa no salía, y lo único que hice...me preparé, pensé en mis niñas, en mi mamá y me preparé...pensaba que de ahí no salía".</i>
F	Trabajo sobre esquema XYZ.	<i>mientras estábamos esperando yo lo miraba, ya no tiene la cara tan perdida, hasta el vuelto el color, y pensaba que sentiría cuando las ganas lo vencían, y sabe... medio emoción y me quebré, y mi papá me abrazó, y me dijo tranquila, ya va a pasar"</i>

		<i>" se da cuenta, aún me cuida, me aconseja, en ese rato sentí que mi papá se va a recuperar, estoy segura de eso</i>
K	Se indaga en problemática desde el usuario, se define el motivo de consulta y episodios ortogonales	<i>"Yo soy la regalona de mi papá y de mi mamá, si dormí con ellos como hasta los doce años" "también soy la niñera de la casa, desde que mi papá se enfermó y mi hermana se vino para ayudarnos, yo cuido a los niños de ella y a la mía. Como la F. trabaja y el C también, así que a veces...se me hace pesado, mi papá, los niños, mi mamá que a veces igual "guebea".</i>
K	Se definen las emociones dolorosas, las narrativas asociadas y los contextos de emergencia. Definición de esquema XYZ	se ha puesto agresivo y violento <i>"Quiero que mi papá se recupere, no quiero que se muera así. Nosotras hacemos todo por cuidarlo, no dejamos que salga, lo llevamos al baño, el cocinamos, lo levas al médico, hasta lo bañamos y se enoja y me insulta. Yo quiero que sea como antes" Me siento cansada, estresada, yo soy la que lo cuido todo el día y veo a los niños (se refiere a su hija a los hijos de su hermana que han quedado al cuidado de ella cuando F. y C. salen a trabajar) y a mi mamá, que igual ya está viejita, y me da pena no poder ayudar" Posteriormente plantea: "a mi papá trato de tomarlo de los brazos y me saca de encima, le doy su comida y me la rechaza y a veces me insulta, me mira feo, como si le hubiera hecho algo, y me siento tan culpable...a veces creo que me culpa de todo lo que le está pasando" mi papá está como loco, no sé porque mi papá hace eso "... mi papá nunca me había insultado y ahora me dices cosas Terribles "yo sabía que ya no solo era algo relacionado con tomar, había daño, lo veía y sabía que ya estaba enfermo, le decía, pero no me hacían caso (Esto en referencia a T., R., F.) ...y no me pescaron porque como soy la más chica pensaban, no sé...que estaba alharaqueando", sin embargo, aún pesaba la palabra R, ya que él es quién decide no asistir al médico</i>
K	Indagación en redes de significados	<i>"Cuando llegué a la sala y vi a mi papá, me puse a llorar y me quedé afuera de la sala para que no me viera, después llega el doctor y esperaba que dijera que mi papa tenía esperanzas y nos dice, está desahuciado, no le quedan más de tres meses y ahí...me dio algo...se me apretó el pecho y sentí remordimiento, pena, rabia...es difícil saber que me pasó". "Me da tanta pena de ver a mi papá así, él no era así, y desde que se enfermó, verlo así, me pone mal, yo he dejado de estudiar por cuidarlo, yo soy la regalona de ellos, de mi mamá y de mi papá, siempre fui hasta</i>

		<p><i>guagualona, si hasta grande me iba a dormir con ellos, y verlo ese día (llora). Y cuando nos dicen ahí, que le quedan dos meses, fue no...tan terrible...siempre supimos que mi papa era bueno pal vino, no se lo vamos a negar, yo misma le iba a comprar las botellas de vino cuando llegaba del trabajo, y después saber que era alcohólico y que estaba con cirrosis, fue terrible”</i></p> <p><i>“siempre dicen, hasta me lo enseñan en la U, yo estudio para ser paramédico, las personas con alcoholismo como son, agresivas, violentas, golpean, y mi papá no era así, él llegaba, comía y se tomaba su vino, siempre fue bueno pa´ tomar eso no se lo voy a negar, pero siempre ha sido callado...y tomaba, estaba un rato...y se iba a dormir, eso desde que tengo memoria”</i></p>
K	Trabajo sobre esquema XYZ.	<p><i>Quiero que mi papá se recupere, no quiero que se muera así. Nosotras hacemos todo por cuidarlo, no dejamos que salga, lo llevamos al baño, le cocinamos, lo llevamos al médico, hasta lo bañamos y se enoja y me insulta. Yo quiero que sea como antes</i></p>

XI.4 Carta familiar


Bueno aqui dejo mi testimonio de todo lo que pasamos con mi familia desde septiembre del 2020 hasta la fecha, fueron momentos muy duros desde el dia que los informaron que mi padre esta enfermo y que le quedaban dos meses de vida y que ya no optaba aun tratamiento para poder recuperarse desde ese momento, para mi el mundo se me vino encima no sabia que hacer ni que pensar somos de una familia pequena solo los teniamos yo mi madre y mi hermana con 3 pensamientos muy distintos pero aun asi salimos adelante buscamos opciones por otros lados y mi papa le dieron un tratamientos desde septiembre del 2020 don claudio empezo a ayudarnos con mi padre a ayudarnos a como tratarlo y como seguir porque ya tenia un tratamiento pero su problema principal que es el alcoholismo. Desde el primer momento don claudio los orientaba y sobre como poder seguir con la situacion ya que mi padre estaba desatando una terrible personalidad que le desarrollaba la aptinencia fueron dias demaciados duros vivir pensando que hacer para que el no recallera mas porque el tubo varias recaidas hasta diciembre 2020 desde hay empesamos a llevarlo a siquiatria que hay le recetaron medicamentos que a el lo adormecian por completo para mi fue muy fuerte ver los cambios y ver que mi papa niquiera podia ablar ni caminar bien pero eso le ayudo a que el pusiero superar un poco mas su aptiencencia don claudio aun asi estando con medicamentos igual podia hacer las secciones con el que por la pandemia principal mente tubieron que ser online y despues presenciales y eso le ayudo mucho mas ami papa porque con don claudio el ablaba ya que con nosotros no ablo por arto tiempo estaba callado y con la cabeza mirando hacia bajo, cuando desataba las crisis yo llamaba a don claudio porque ya ya no podia ya no sabiamos como afrontar los ataca de rabia y furia que le daban por querer salir a tomar alcohol, ala fecha actual ya todo a mejorado. El siquiatra le saco un medicameto que a el lo hacia estar mucho mas dopado y asi anda mucho mejor camina abla y razona 100% y se nota mucho su recuperacion Y esta consiente de todo lo que hace y se ve que el siquiere seguir recuperándose. Agradeser a don claudio todo lo que nos ayudado apoyado y orientado como seguir con mi padre que todo fue muy dificil momentos de angustia y desesperacion que el los ayudo a superar muchas gracias.

CARTA espero le sirva aun Recibidos x

 **Karla valdes** <karla21emille@gmail.com>
para Cgualta1979@gmail.com

Enviado desde mi Movistar

padre estaba desatando una terrible personalidad que le desarrollaba la aptinencia fueron dias demaciados duros vivir pensando que hacer para que el no recallera mas porque el tubo varias recaidas hasta diciembre 2020 desde hay empesamos a llevarlo a siquiatria que hay le recetaron medicamentos que a el lo adormecian por completo para mi fue muy fuerte ver los cambios y ver que mi papa niquiera podia ablar ni caminar bien pero eso le ayudo a que el

 **Claudio CORTES GUAITA** <cguaita1979@gmail.com>
para Karla

Siii...muchas gracias!!!! aún estoy sin teléfono, a penas tenga uno, se los mando por acá.

Saludos. Claudio

