



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Psicología

**Un estudio de caso sobre maternidad abordado desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas y la co-construcción de una canción como cierre y testimonio de una historia de cambio psicoterapéutico.**

ALEJANDRO ANTONIO CIFUENTES MUÑOZ

**Profesor guía: Carlos Varas Alfaro**  
Profesor asesor: Ana María Zlachevsky Ojeda

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.

Septiembre, 2017  
Valparaíso, Chile





Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Psicología

**Un estudio de caso sobre maternidad abordado desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas y la co-construcción de una canción como cierre y testimonio de una historia de cambio psicoterapéutico.**

ALEJANDRO ANTONIO CIFUENTES MUÑOZ

**Profesor guía: Carlos Varas Alfaro**  
Profesor asesor: Ana María Zlachevsky Ojeda

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.

Septiembre, 2017  
Valparaíso, Chile

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres, por esforzarse día a día en entregarme todo aquello de lo que ellos no tuvieron posibilidad. A ellos les debo quién soy, cómo estoy y donde estoy.

A Harún Oda, por mostrarme que otra psicología es posible.

A Ana María Zlachevsky por convertirse en mi maestra y revolucionar mi sentido de vida.

A la música, fiel compañera en múltiples trincheras.

A P. por la honra que me otorga al permitirme contar y cantar su historia.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
1. <i>El apego: una breve introducción.....</i>	<i>11</i>
1.1 Teoría del Apego.....	11
1.2 Psicopatología y Apego .....	12
2. <i>Posmodernidad y salud mental.....</i>	<i>15</i>
2.1 Abordajes tradicionales en salud mental.....	15
2.2 Posmodernidad como perspectiva crítica.....	16
3. <i>La música en contextos terapéuticos .....</i>	<i>18</i>
3.1 La música: historia, concepto y géneros .....	18
3.2 Música y Terapia.....	19
3.3 Música y Terapia Narrativa: Algunas experiencias de la escuela narrativa australiana. ....	22
4. <i>Psicoterapia sistémica centrada en narrativas.....</i>	<i>26</i>
4.1 Introducción: Una forma de pensar en psicoterapia .....	26
4.2 Niveles jerárquicos conceptuales.....	28
4.3 Sustentos ontológicos .....	31
4.4 Dominios de existencia.....	32
4.5 Postulados fundamentales.....	33
4.6 Modelo X, Y, Z.....	35
<b>III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>IV. OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
1. <i>Objetivo general.....</i>	<i>37</i>
2. <i>Objetivos específicos.....</i>	<i>37</i>
<b>V. MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>38</b>
1. <i>Naturaleza de la investigación.....</i>	<i>38</i>
2. <i>Fundamentos onto-epistemológicos.....</i>	<i>41</i>

3.	<i>El estudio de caso</i> .....	42
4.	<i>Método de análisis</i> .....	44
5.	<i>Aspectos éticos</i> .....	48
6.	<i>Estudio de caso desde la terapia sistémica centrada en narrativas</i> .....	49
<b>VI.</b>	<b>PRESENTACIÓN DEL CASO</b> .....	<b>50</b>
6.1	Identificación de la consultante .....	50
6.2	Análisis del motivo de consulta .....	52
6.3	Historia del problema.....	53
5.4	Análisis y descripción de las conductas problema.....	54
6.5	Establecimiento de las metas del tratamiento .....	56
6.6	Estudio de los objetivos terapéuticos.....	57
6.7	Selección del tratamiento más adecuado .....	58
6.8	Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase .....	59
6.9	Aplicación del tratamiento .....	59
6.10	Evaluación de la eficacia del tratamiento .....	75
6.11	Seguimiento .....	77
5.12	Observaciones .....	79
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>82</b>
<b>VIII.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>88</b>
<b>IX.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>96</b>
	<i>Anexo 1. Contrato terapéutico</i> .....	96
	<i>Anexo 2. Consentimiento para la utilización de información del proceso psicoterapéutico para la docencia</i> .....	97
	<i>Anexo 3. Consentimiento informado para participación en estudio de caso</i> .....	99
	<i>Anexo 4. Pauta de descripción de sesiones</i> .....	101
	<i>Anexo 5. Canción co-construida</i> .....	110
	<i>Anexo 6. Respuesta de consultante sobre envío de canción</i> .....	111

## RESUMEN

En la presente tesis se describe la realización de un proceso psicoterapéutico basado en el modelo sistémico centrado en narrativas propuesto por Ana María Zlachevsky en torno a problemas relativos a la maternidad, en el que se utilizó herramientas musicales, particularmente, la co-construcción de una canción como testimonio de una historia de cambio terapéutico junto a la consultante. Para tal descripción, se utiliza la metodología de estudio de caso, el que es presentado mediante las normas para redacción de casos clínicos (adaptadas) propuestas por Buela-Casal y Sierra (2002).

Previo a la presentación del caso, se da cuenta de algunos abordajes tradicionales en torno a la psicopatología del apego, para dar paso a la crítica posmoderna de los trastornos mentales. Luego, se realiza un recorrido teórico en torno a la música y su relación con la terapia, así como la presentación de algunas experiencias de esta índole desde la escuela narrativa australiana-neozelandesa. Posteriormente, se da paso a la descripción teórico-práctica de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN).

El proceso psicoterapéutico se lleva a cabo junto a P. en el centro de atención psicológica de la Universidad de Valparaíso en siete sesiones con frecuencia quincenal. Se co-construyen cuatro problemas trabajables mediante el modelo XYZ, que describen el sufrimiento de la consultante en torno a las emociones de culpa, miedo y rabia. A partir de las intervenciones realizadas, se logra disolver dichas emociones displacenteras junto a P., alcanzando los objetivos planteados en el desarrollo de la psicoterapia.

Se concluye que la TSCN se configura como un abordaje terapéutico útil y beneficioso para el caso de P., el cual se ve enriquecido con el uso de herramientas musicales, particularmente la co-construcción de una canción, convirtiéndose ésta última, en un producto útil como testimonio de cambio terapéutico, en pro del bienestar de la consultante y de la disolución de su sufrimiento.

**Palabras clave:** *estudio de caso, psicoterapia sistémica centrada en narrativas, co-construcción de canción.*

## I. INTRODUCCIÓN

Si nos detenemos un momento a reflexionar, es difícil pensar en algo más inherente al ser humano que el sufrimiento o dolor de éste. Se conceptualizará el dolor humano, en términos prácticos, como cualquier emoción, percibida como displacentera por la persona que la padece, que influye negativamente en la cotidianidad de su vivir. El dolor humano es universal, y se entiende con esto que todas, o la gran mayoría de las personas, independiente de su cultura o historia, han padecido alguna “emoción negativa” (subjetivamente considerada como tal por quien la padece) que ha irrumpido en la praxis de su vivir, por ende, el dolor humano ha estado, está y probablemente estará en la humanidad. He ahí esta cualidad universal. Para su abordaje o alivio, históricamente las personas han recurrido a diversas fuentes, como sacerdotes, curanderos, el conocimiento indígena, la medicina oriental, cultura popular, amigos, y así un largo etcétera, sin embargo, el abordaje profesional del dolor humano como disciplina, por excelencia, ha estado ya por varias décadas en manos de la psicología y, particularmente, en la psicoterapia. No obstante su cualidad universal, que pareciera ser la principal noción que gustosamente ha tomado la psicología tradicional para intentar convertirse en ciencia empírica nomotética, la manifestación o vivencia del dolor humano está intrínsecamente ligada a la cultura e historia personal del ser humano, ya que, por muy esperable que sea su inherencia en la humanidad, cada dolor posee cualidades únicas, insoslayables a la persona, lo que hace cada encuentro terapéutico, único e irrepetible, otorgándole de tal forma, una cualidad multiversal. Esta idea, según Maturana (1970) citado en Dell (1985), invita a pasar de una realidad objetiva unívoca que es igual para todos – universo-, a la concepción de que cada mundo construido por el observador es igualmente válido y único respecto de otros – multiverso –, a lo que desde la concepción referida, el dolor humano no es la excepción.

Así como se ha mencionado que el abordaje profesionalizado del sufrimiento humano ha estado en manos de la psicoterapia, el cómo hacerlo, no está claro, careciéndose de consenso en el área. Cada enfoque terapéutico, ofrece una forma particular de entender lo humano y de posicionarse frente a la construcción de la realidad, con la

consideración implícita más que explícita de los sustentos onto-epistemológicos que las conforman (a los que se dará oportuna definición y abordaje a lo largo del texto), condicionando de tal manera, lo que en la práctica se lleva a cabo, es decir, la convergencia de diversas teorías en determinadas técnicas para ser aplicadas. Esto puede ser un problema o una oportunidad, dependiendo de dónde se le mire, sin embargo, no es tema de esta tesis detenerse en tal reflexión. No obstante, es importante referir que hay modelos terapéuticos, aunque sean los menos, que sientan sus bases y quehacer en reflexiones onto-epistemológicas, no contando con un set de técnicas estándar y universales para el abordaje del dolor humano, favoreciendo además, la construcción de la identidad del terapeuta, el interés genuino respecto al otro, la creatividad y por sobre todo, la posibilidad de innovación, como por ejemplo, mediante el uso de la música en psicoterapia. Al referir modelos terapéuticos con tales características, se hace referencia particularmente a la Terapia Sistémica centrada en Narrativas (en adelante TSCN), un modelo psicoterapéutico que se enmarca en la posmodernidad, fundado por la Dra. Ana María Zlachevsky, al que posteriormente se le dará oportuno desarrollo en este trabajo.

El Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud de Chile, crearon un subsistema de protección integral a la infancia llamado Chile Crece Contigo, cuya misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente a los niños, niñas y sus familias, instaurando la importancia de la preocupación sobre temáticas de infancia en la población nacional (MIDESO y MINSAL, 2016). Dentro de estas temáticas, que se abordan en el programa Chile Crece Contigo, se da una importancia fundamental al apego, o vínculo afectivo que se establece entre madre (o cuidador significativo) e hijo, así como al ideal de competencias parentales que de éste se desprenden, convirtiéndose, por tanto, en un tema de relevancia nacional que forma parte de las políticas públicas en salud en Chile, y en una forma de discurso hegemónico sobre como ejercer de mejor forma la maternidad. En consecuencia, tal contexto hace relevante poder aportar con miradas complementarias a la efectividad e innovación en psicoterapia, en torno a temáticas relativas a tal problema.

Particularmente en el ámbito terapéutico, la música ha demostrado ser beneficiosa para el ser humano en lo que respecta al abordaje del sufrimiento que lo pudiera llevar a consultar a un profesional. Para describir y contextualizar tales beneficios sobre la música

en contextos terapéuticos, es relevante acercarse a las investigaciones en torno a la musicoterapia, entendiendo que lo que se presentará en esta experiencia dista diametralmente de ella. Sin embargo, es un referente importante a considerar y es necesario hacer breve mención a ella y a los usos terapéuticos de la música. Se presentará también, algunas prácticas y antecedentes desde la terapia narrativa, donde la construcción de canciones se ha desarrollado como técnica en procesos individuales, grupales y comunitarios.

Es por tanto, que en la presente tesis se pretende describir un proceso psicoterapéutico que se desarrolla en torno a un problema de relación madre-hijo recién nacido, sustentado en el modelo de TSCN, en el que se utilizan herramientas musicales como una forma de testimonio y cierre de historias de cambio terapéutico, lo que se llevará a cabo mediante la modalidad de estudio de caso. Por consiguiente, se espera que la TSCN y el uso de la música como herramienta terapéutica, promuevan la disolución del sufrimiento en el que la consultante se encuentra atrapada, favoreciendo, por lo tanto, su bienestar.

## II. MARCO TEÓRICO

### 1. El apego: una breve introducción

El constructo de apego, su teoría y psicopatología, dista del enfoque epistemológico presentado en esta experiencia para comprender los problemas del ser humano, el cual se centra en los recursos y no en el déficit, entre varios otros aspectos que se presentarán oportunamente. Sin embargo, es relevante hacer mención a la forma tradicional de entender y abordar los problemas relativos al vínculo entre madre e hijo, y por tanto, a la maternidad, problema totalmente atinente a la experiencia a presentar, en función de poder tomar un punto de referencia sobre el cual presentar críticas constructivas y alternativas innovadoras respecto a las que sugiere la tradición moderna en torno al abordaje de tal problema.

#### 1.1 Teoría del Apego

John Bowlby, y posteriormente Mary Ainsworth, fueron los pioneros en el desarrollo de la teoría del apego. El primero, basándose en estudios de etología con primates, y trascendiendo de las concepciones psicoanalíticas que relacionaban la necesidad de alimentación de un bebé como causante de la estrecha relación afectiva con su madre, elaboró una teoría que se centraba en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí (Oliva, 2004). Estos corresponden a: 1) el sistema de conductas de apego, que se refiere a todas las conductas que están al servicio de mantener la proximidad con la figura de apego, por ej. Risas, llantos, contactos físicos. Éstas conductas se activan cuando la figura de apego se aleja, con miras a reestablecer la proximidad. 2) El sistema de exploración; en relación con el anterior y tiene que ver con la exploración del entorno, la cual disminuye al activarse las conductas de apego. 3) El sistema de miedo a los extraños; que sostiene que al aparecer la emoción del miedo, aumentan las conductas de apego y disminuye la exploración del entorno. Finalmente, 4) el sistema afiliativo; se refiere al interés de los sujetos a interactuar y mantener proximidad con otros sujetos, aun cuando no se haya establecido un vínculo con ellos.

El apego, o vínculo afectivo que se establece entre la madre (o cuidador significativo) e hijo, continuó siendo estudiado por Mary Ainsworth, quién basándose en el modelo de Bowlby, diseñó una situación experimental llamada “la situación del extraño” (Ainsworth y Bell, 1970) para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Fue posible concluir que existían tres patrones principales de apego: niños de apego seguro (Patrón B) que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro-evitativo (Patrón A) , que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños con apego inseguro ambivalente (Patrón C) que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres (Ainsworth, 1979). Estos datos, entre otras observaciones experimentales, también revelaron la importancia de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño, de tal forma, el patrón B, se configura como un vínculo saludable y seguro donde las madres responden sensiblemente a las necesidades de los niños y les otorgan una base segura para la exploración. En el patrón A, las madres se mostraban relativamente insensibles y rechazantes a las peticiones del niño y éstos se mostraban inseguros en la exploración. Finalmente, en el patrón C, las madres procedían de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas generaban inseguridad sobre la disponibilidad de la madre en el niño (Oliva, 2004). Posteriormente, Main y Solomon (1986) incorporan una cuarta categoría de apego, o patrón D, denominado inseguro desorganizado/desorientado que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos, y que inicialmente eran considerados como inclasificables (Oliva, 2004).

De esta perspectiva, es posible apreciar como se va configurando un discurso hegemónico y dominante respecto a la mejor forma de ejercer la maternidad, es decir, aquella que promueve un apego seguro y no otra.

## 1.2 Psicopatología y Apego

Existe amplia evidencia que correlaciona los vínculos o patrones de apego inseguros con el desarrollo de psicopatología. Safrany y Quezada (2005) establecen que las relaciones de apego tempranas distorsionadas estarían ligadas con la psicopatología en el

transcurso de la niñez y adolescencia. Asimismo, se establece que estas relaciones vinculares inseguras son el comienzo de un proceso patológico; así como un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología posterior (Carlson, 1998).

Por referir algunos estudios que establecen relaciones significativas entre los patrones de apego inseguro y la presencia de psicopatología, tenemos: correlación positiva en adolescentes entre vínculo ambivalente y depresión, y entre vínculo evitativo y trastornos de la conducta alimentaria y abuso de drogas (Rosenstein, 1993). Adolescentes con un patrón de vínculo ambivalente correlacionan positivamente con niveles más elevados de ansiedad, depresión y trastornos del pensamiento (Scott y Wright, 2003). Relación entre los trastornos de personalidad obsesivo-compulsiva, histriónico, esquizotípico y límite con la presencia de vínculo ambivalente. El vínculo evitativo se observó relacionado con los trastornos de personalidad narcisista y antisocial (Rosenstein, 1993). Existe relación clara entre el apego desorganizado y el trastorno límite de la personalidad (Fonagy, 2000). Relación entre el vínculo evitativo con la incapacidad posterior para crear relaciones profundas, lo que ocurre en las personalidades antisociales (Bowlby, 1976).

Como se reflejó en el párrafo anterior, existe diversa documentación sobre la relación entre psicopatología y apego temprano, donde este último actúa como un factor de riesgo en el desarrollo de sintomatología y/o configuración de trastornos posteriores en el ciclo vital de un niño, adolescente o adulto. Sin embargo, también existe psicopatología directamente relacionada con los vínculos tempranos y niños, como por ejemplo, el Trastorno de Apego Reactivo (F94.1), que según el manual diagnóstico DSM-5, puede ser diagnosticado incluso desde los 9 meses de edad y se caracteriza por que el niño presenta un patrón constante de comportamiento inhibido, se aprecia emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, existe una alteración social y emocional persistente, y ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente (APA, 2014). Por su parte, el sistema de clasificación internacional de enfermedades en su décima versión (CIE 10) presenta, por ejemplo, el Trastorno de vinculación de la infancia reactivo (F94.1) y el Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido (F94.2). El primero se presenta en la

edad de la lactancia y en la primera infancia, se relaciona con dificultades en las formas de relación social del niño, que son acompañadas de alteraciones emocionales reactivas a cambios en las circunstancias ambientales, además, éste trastorno se presenta probablemente como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves (OMS, 1992). El segundo, se relaciona con una forma de comportamiento social anormal, manifestándose por una conducta pegajosa y un comportamiento persistente y disperso de vinculación no selectiva. Posteriormente existe una búsqueda de atención y un comportamiento cariñoso indiscriminado (OMS, 1992).

Como se ha referido, el vínculo afectivo madre-hijo, o apego, se encuentra relacionado con la sensibilidad o disposición de la figura de apego para responder a las necesidades del niño, por ende, la psicopatología que pudiera afectar a la madre, en el embarazo o posterior a él, cobra gran importancia en la calidad del vínculo a desarrollar con el hijo y en el ejercicio de la maternidad. Un trastorno mental de referencia obligada, es la comúnmente llamada, depresión postparto, la que ciñéndonos al manual DSM-5 correspondería a un trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto. Éste, presenta los mismos criterios diagnósticos de un trastorno depresivo mayor, es decir 5 o más de los siguientes síntomas por al menos 2 semanas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días; anhedonia; pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; insomnio o hipersomnia casi todos los días; agitación o retraso psicomotor casi todos los días; fatiga o pérdida de energía casi todos los días; sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días; pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (APA, 2014). El especificador con inicio en el periparto, hace referencia a que el episodio depresivo mayor se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto, pueden sufrir ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Algunos estudios han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal, aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto (APA, 2014).

Las competencias parentales con las que cuenta una madre o padre también median, desde una visión tradicional, el vínculo o relación afectiva que se establece con un hijo(a). Estas competencias, o más bien su carencia, no se configura necesariamente como un elemento psicopatológico, no obstante, sí como ciertas características que es necesario tener para asegurar un óptimo desarrollo de un niño. Éstas emergen y se configuran desde la teoría del apego. Barudy y Dantagnan (2005) refieren que las competencias parentales corresponden a las capacidades prácticas de los padres, para cuidar, proteger y educar a sus hijos, asegurándoles un desarrollo sano. Éstas competencias se dividen en capacidades parentales (capacidad de apego, empatía, modelos de crianza y uso de redes de apoyo) y en habilidades parentales (función nutriente, socializadora y educativa) (Barudy y Dantagnan, 2005). Existen diversas herramientas diagnósticas, desde un abordaje tradicional, para evaluar el nivel de tales competencias donde se encuentra por ejemplo la Escala de Parentalidad Positiva (e2p) (Gómez y Muñoz, 2014) y la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte, NCFAS (Valencia y Gómez, 2010). Estas escalas permiten puntuar y objetivar el nivel de competencias parentales con las que cuenta un padre o madre, en función de identificar y potenciar las que se consideren descendidas y que permitan al evaluado convertirse en un padre o madre competente, que asegure el desarrollo adecuado de su hijo o niño con el que ha establecido un vínculo.

## 2. Posmodernidad y salud mental

### 2.1 Abordajes tradicionales en salud mental

Siguiendo con lo referido en el apartado anterior, es posible mencionar que el tratamiento en torno a la psicopatología del apego o abordajes tradicionales relativos a tal problema, son variados, y estarán a merced de lo que se haya establecido como diagnóstico y a la posición onto-epistemológica, o político-teórica de cada profesional o enfoque de intervención. Por ejemplo, si se diagnostica un apego inseguro en un lactante, el tratamiento o abordaje, probablemente se centrará en el modelo de buen trato, en pautas para la crianza respetuosa y parentalidad positiva, en alcanzar cierto nivel de competencias parentales y en aprender estrategias vinculares, por dar algunos ejemplos. Es decir, el

tratamiento tradicional, probablemente se centraría en llevar a el o la consultante desde su forma actual de “vinculación deficiente” hasta el ideal social de “buena vinculación” o de ser una “madre incompetente” a ser una “madre competente” o con “competencias parentales suficientes”. Por otro lado, si se sospecha de una depresión mayor con inicio en el periparto, es muy probable que el diagnóstico en atención primaria incluya la aplicación de algunas escalas como: la escala de depresión de Edinburgo para el embarazo y posparto, la escala de suicidalidad de Osaka y la escala de desesperanza de Beck, y que el tratamiento, incluya la incorporación de antidepresivos y terapia cognitivo conductual (MINSAL, 2014)

Lo recientemente expuesto se debe a que la mayoría de las corrientes terapéuticas que nacieron a la luz de las teorías de los siglos recién pasados, caracterizadas por el acercamiento moderno, científico natural o positivista del ser humano, ven al paciente como alguien externo al terapeuta al que es posible someter a objetivación y clasificación. Respecto a esto último, Kraepelin, ya en el año 1883 (citado en Zlachevsky, 2009) propone el primer sistema serio y riguroso para diferenciar y clasificar lo que llamó los trastornos mentales.

En los abordajes modernos o tradicionales en psicoterapia el paciente debe ser claramente descrito y, por cierto, clasificado y diagnosticado. Los diagnósticos le permiten al terapeuta saber acerca del comportamiento normal, y, por ende, del anormal (Szasz, 1994). La terapia tradicional, que se basa en el cientificismo moderno y positivista, se funda en el modelo médico de enfermedad y, por tanto, de curación. Es por ello que la descripción de patologías en el ámbito de la salud mental es importante, lo que ha llevado a la elaboración del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), del que ya se ha hecho referencia. Este manual contiene una clasificación detallada y sistemática de los trastornos mentales (Zlachevsky, 2009).

## 2.2 Posmodernidad como perspectiva crítica

La clasificación de trastornos mentales, mencionada en el párrafo anterior, parecía ofrecer un lenguaje suficiente, universal, neutro, objetivable y verdadero de la

psicopatología, sin embargo, en el año 1957, Thomas Szasz, (citado en Zlachevzky, 2009) psiquiatra húngaro radicado en Estados Unidos, duda que la enfermedad mental sea algo que ocurre al interior del cerebro. Para Szasz (1994), la enfermedad mental no es otra cosa que una etiqueta, una palabra, que no tiene existencia en sí. De tal manera, se sientan las bases de lo que se denominó movimiento antipsiquiátrico. Este, se considera un movimiento crítico que se cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental al interior del cerebro, que era el sustento de toda la historia de la psiquiatría y la psicopatología, lo que junto a la emergencia de las ideas posmodernas, da lugar a nuevas formas de entender las dificultades psicológicas y psiquiátricas del ser humano. Respecto al posmodernismo en psicología, es posible referir que surge, según Anderson (1997), por la inquietud de distintos terapeutas clínicos y teóricos, los que se habían ido sintiendo cada vez más desilusionados con su quehacer, y que querían mirar la psicoterapia de otra manera. Esta otra manera de comprensión y abordaje se denominó posmodernismo, concepto que según Anderson (1997), es una crítica, no una época y designa una ruptura de una orientación filosófica que se aparta de la tradición moderna. No existe un autor particular que lo represente, ni un concepto unificado de lo que es, sino que es un conjunto de ideas que expresan una crítica del modernismo y una ruptura con éste. El movimiento anti psiquiátrico y pensamiento postmoderno representan un cuestionamiento y alejamiento de las meta-narrativas inamovibles, los discursos privilegiados hegemónicos, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento (Zlachevsky, 2009). Esto impacta sobre las ideas de predictibilidad y de certeza, propias de la psicoterapia moderna, permitiendo un giro onto-epistemológico en psicología y particularmente en psicoterapia, en torno al Constructivismo y al Construccinismo Social. Ambas perspectivas buscan entender la naturaleza de la experiencia del ser humano y la manera en que éste construye su realidad. Dentro de estas posturas, se acepta, en términos generales, que la realidad es socialmente construida a través del lenguaje, asumiendo que no es posible tener un conocimiento objetivo y directo del mundo, sino solo acceder a él en base a la interpretación o significado de nuestra experiencia, cuestionando constructos como la verdad, lo real y la objetividad, y considerando las distinciones del observador en el fenómeno que observa (Gergen, 1985).

De tal manera, la posmodernidad se configura como una perspectiva crítica de los abordajes tradicionales-modernos de los trastornos mentales en psicoterapia, trascendiendo de las lógicas intrapsíquicas, objetivas y clasificatorias de la enfermedad mental. Tal perspectiva, catalizada por ejemplo en la TSCN, pone el acento en el sistema relacional, en la construcción de significados y narrativas, y en el lenguaje como eje clave en la emergencia de la realidad y los problemas psicológicos, configurándose como una perspectiva político-teórica que respeta las preferencias para la vida que cada persona considere, sacando el foco del déficit o de lo carente y poniéndolo en los recursos. Oportunamente se profundizará sobre este giro onto-epistemológico y sus implicancias terapéuticas en la descripción de la TSCN.

### 3. La música en contextos terapéuticos

#### 3.1 La música: historia, concepto y géneros

Los comienzos de la música se desconocen, sin embargo, según la idea occidental, ésta se remontaría a la antigüedad Griega y a otras culturas avanzadas como Asia menor y del Lejano Oriente (Ulrich, 1987). Según su origen etimológico, la palabra música proviene del griego antiguo *mousiké*, su significado es “arte de las musas” y aludía a un grupo de personajes míticos femeninos que inspiraban a los artistas. Existían siete diosas que presidían las artes y las ciencias; la de la música se llamaba Euterpe (Ulrich, 1987). En un principio, la música, la danza y la poesía convergían en un arte unitario, sin embargo, al pasar el tiempo la música se fue diferenciando de aquellas otras artes, tomando características propias. No obstante, no resulta sencillo delimitar qué es y qué no es la música, existiendo diversas definiciones de ella a través de la historia. Dentro de algunas se concibe como el arte de organizar sensible y lógicamente una combinación coherente de sonidos y silencios utilizando los principios fundamentales de la melodía, la armonía y el ritmo (Sebasti y Sanin, 2015). Al referir que es un arte, se dota a la música de un componente expresivo, y por ende, comunicativo. La música, por tanto, se configuraría en un medio de comunicación, una forma de lenguaje.

La música emerge al alero de tradiciones históricas y socioculturales particulares, existiendo diversos tipos de clasificaciones que la agrupan en géneros o estilos en base a distintos criterios de afinidad. Es aquí donde se encuentran innumerables distinciones musicales como el rock, pop, balada, jazz, blues, electrónica, música clásica, etc. Sin embargo, en la actualidad se distinguen tres grandes estilos o géneros, que a su vez sub agrupan otros. Estos son: la música culta, también conocida como docta, académica, seria o clásica; la música folclórica o tradicional; y la música popular (Ulrich, 1985). La música culta presenta una larga trayectoria histórica e implica una serie de consideraciones teóricas, estéticas y estructurales, que llevan a sus intérpretes y compositores a cumplir con largos años de conservatorio. Por otro lado, la música folclórica se transmite oralmente y está culturalmente situada a las tradiciones y los valores de un pueblo, al margen de una enseñanza musical académica. Finalmente, la música popular, se contrapone a la música clásica o académica y se diferencia de la música tradicional ya que no se identifica con culturas o pueblos particulares. De tal manera, se configura con una estructura sencilla y de corta duración, y no requiere de conocimientos elevados en música para ser compuesta o interpretada. La música popular es aquella que es fácil de memorizar y que el oyente relaciona con algún momento de su vida. Algunos autores, desde la vereda sociológica, plantean que lo importante no es qué revela la música popular sobre los individuos sino como esta música los construye (Frith, 2001), es decir, que este estilo musical no es solo un reflejo del autor que la compone sino que crea la comprensión de lo que es popular. Lo importante, y que se desprende de esta afirmación, es que la música popular no se limita al mero acto pasivo de ser oída, sino que posee cualidades activas en lo que respecta a la construcción de relatos – u comprensiones sobre lo popular según el autor – en las personas.

### 3.2 Música y Terapia

Históricamente los usos de la música han sido muy variados: comerciales, expresivos, educacionales, recreacionales, políticos, sociales, culturales e incluso terapéuticos. Al mencionar este último, es difícil no referirse a la musicoterapia. La Musicoterapia está integrada en el grupo de las terapias creativas, junto con la Danza-Terapia, Arte-Terapia, Poesía-Terapia y Psicodrama. Se establece que no es una terapia

alternativa (Poch, 2001). Musicoterapia, es una errada traducción del inglés Music Therapy, ya que la traducción correcta debiera ser “terapia a través de la música”. Al igual que con el concepto de música, existen diversas definiciones de lo que es la musicoterapia. La National Association for Music Therapy (NAMT), propone definirla como:

“El uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acercamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico, para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para que pueda ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad" (Pérez, 2010, p.2).

La naturaleza de la musicoterapia, según algunos autores como Palma (2013), corresponde a la combinación de dos disciplinas, aparentemente contradictorias: el arte y la ciencia. La primera basada en la subjetividad, la individualidad y criterios estéticos; la segunda basada en los criterios de rigurosidad del positivismo, centrados en medir, explicar, replicar y acceder a la verdad. Así, la musicoterapia como proceso es facilitada por el arte y guiada por la ciencia (Palma, 2013).

La Musicoterapia se fundamenta y apoya en diferentes teorías de la tradición psicoterapéutica como: la teoría psicoanalítica y sus derivados, donde la música es usada para liberar pulsiones sexuales y agresivas reprimidas; la teoría humanista y existencial, donde la música ayuda al hombre a desarrollar la capacidad de razonamiento y comunicación; la teoría transpersonal, donde la música se emplea para ayudar al hombre a alcanzar estados alterados de conciencia; y la teoría conductista, en la que la música ayuda al individuo a sustituir asociaciones inadecuadas por otras más ajustadas (Villamizar, 2013). Sin duda los supuestos onto-epistémicos de la musicoterapia son muy variados y se sustentan en base a las teorías que la componen, por ende, es menester referir que éstos difieren de las concepciones de ser humano y criterios de construcción de realidad que rigen la presente tesis, de lo cual se hará referencia con posterioridad. No obstante, uno de

los aportes más importantes que ha otorgado la musicoterapia, son las investigaciones en torno a los efectos terapéuticos de la música en el ser humano. Dentro de ellas se han establecido efectos bioquímicos, principalmente en algunos aminoácidos y glándulas hormonales; efectos fisiológicos, en torno al sistema respiratorio, cardiovascular y músculo-motriz; efectos psicoafectivos, basados principalmente en la evocación, modulación y expresión de emociones y sentimientos; efectos cognitivo-intelectuales, en torno a la estimulación del aprendizaje, memoria y atención; efectos sociales, como facilitador de relaciones interpersonales y como agente socializador; y efectos espirituales y trascendentes, basados en la posibilidad de meditación y en todo lo que trascienda al hombre, como la religión, por ejemplo (Palma, 2013). Asimismo, existe influencia en el ser humano respecto a los parámetros musicales usados en la composición de una canción (Jauset, 2011). De tal forma: 1) el ritmo afecta directamente la dimensión física corporal, donde ritmos lentos invitan a la quietud y ritmos rápidos a la euforia y activación. 2) La melodía afecta la emocionalidad, donde la variación melódica invita a la alegría y la monotonía melódica a la tristeza. 3) La armonía, que promueve estados de serenidad, y por el contrario, la disonancia que promueve la irritabilidad y ansiedad. 4) El tono, donde tonos graves producen un efecto calmante y relacionado a la tristeza y tonos agudos, son estimulantes y tienen relación con la percepción de alegría. 5) La tonalidad, en la que acordes mayores promueven la alegría y euforia y acordes menores la melancolía y tristeza. 6) El volumen, que puede modificar cualquiera de los parámetros anteriores según su intensidad y finalmente, 7) el silencio, que provoca determinadas respuestas emotivas como por ejemplo, que el patrón respiratorio, el ritmo cardíaco y la presión sanguínea disminuyen con la ausencia del sonido.

De tal forma es posible referir, a grandes rasgos, que el uso de la música como instrumento terapéutico, presenta características particulares en torno a su configuración, que según sea ésta, puede llegar a presentar efectos positivos en diversos ámbitos del ser humano.

### 3.3 Música y Terapia Narrativa: Algunas experiencias de la escuela narrativa australiana - neozelandesa.

El impacto de perspectivas que derivan de miradas historicistas, de construcción social de la realidad, también ha alcanzado al saber psicológico, cuyo giro socio-construccionista y narrativo se refleja en los postulados teóricos de la escuela narrativa australiana - neozelandesa de White y Epston (1993). El enfoque narrativo se enmarca dentro de los enfoques postmodernos que niegan la posibilidad de saber algo sobre las personas por medio de las teorías, lo que ha sido el camino seguido por las corrientes psicológicas tradicionales. Es postmoderno por su interés en la naturaleza cambiante, múltiple, compleja e interactiva de la vida humana (Payne, 2002), buscando comprender los procesos a partir de los cuales las personas describen, explican y enfrentan las situaciones que viven cotidianamente, a la vez que, propone la intervención social a partir del reconocimiento de recursos por parte de la persona, el uso del lenguaje como vía de acceso y medio de construcción de sentidos, el reconocimiento de sujetos como agentes activos de cambio y la reflexividad como forma de comprender las construcciones sociales del sujeto teniendo en cuenta su percepción y relato (Gergen y McNamee, 1996). En la terapia narrativa el foco de atención deja de ser el individuo, la familia o la red social como tal, si no las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre personas, es decir, la narrativa (Sluzki, 1996). Para White y Epston (1993) la manera de ver de los sujetos está determinada por el sentido que se da a la experiencia vivida, por la posición del sujeto en la estructura social en la que se encuentra inmerso y por la práctica lingüística ejercida. Igualmente, refieren que a partir de los relatos es posible comprender cómo los sujetos entienden, conocen e interpretan la realidad al alero de una historia dominante, alojada en la propuesta social, que modela la vida y las relaciones, oprimiendo las historias alternativas y generando descripciones de las experiencias saturadas de problemas (Payne, 2002).

Habiendo presentado un marco de comprensión sobre la música y su relación con la terapia, así como una muy breve descripción de la terapia narrativa australiana-neozelandesa, es plausible referir algunas experiencias, enmarcadas dentro de esta última, en torno a la utilización de herramientas musicales en terapia.

Chris Wever (2009) es una terapeuta narrativa, trabajadora social y profesora que documenta el uso de canciones en contextos terapéuticos cuando se trabaja con personas en prisión. Uno de sus importantes aportes ha sido establecer 3 diferentes tipos de categorías de canciones respecto a su experiencia terapéutica en contexto carcelario: 1) canciones que hacen honor a la supervivencia, a la resistencia y que protestan la injusticia. La idea central de este tipo de canciones es describir y relevar las historias de resistencia sobre las injusticias y la crueldad que viven las personas tras las rejas. 2) Canciones de remembranza, que ayudan a recordar la vida a través del tiempo y más allá de la muerte. Se basan en la elaboración de historias que celebran las relaciones significativas de la vida y que trascienden la muerte. Estas canciones pueden celebrar y dar vida a las personas, las situaciones y sus historias. Finalmente, 3) canciones que celebran y proclaman argumentos subordinados. Son canciones de reconocimiento y celebración para proclamar y documentar los acontecimientos emocionantes en la vida de las personas, dando cuenta de historias e identidades alternativas, generalmente en contextos de ceremonia de definición (White y Epston, 1993 ).

La creación de una canción no es al azar, y la autora establece qué factores convergen cuando una canción se concibe, refiriendo que: 1) particularmente conmueve una historia o un tema, 2) se juzga que la documentación en forma de una canción tendrá significado para la persona y 3) se cuenta con la energía para llevar a cabo la creación (Weber, 2009). Escribir canciones es una forma particular de ser testigo y dar testimonio, donde regularmente se toma una posición reflexiva, escuchando las expresiones, palabras exactas y temas a los que se siente particularmente atraído el terapeuta para crear una canción (Weber, 2009). El proceso de escribir las canciones sitúa al terapeuta en una posición de testimonio promoviendo la autenticación de las historias alternativas de la persona, cuya experiencia vivida está en el centro de la canción y ésta, como medio para la reproducción de historias, podrían ser proclamadas a las audiencias potencialmente más amplias (Weber, 2009). La autora se basa en la tradición de la música popular en su composición, refiriendo que éstas son canciones “de las personas”, que son fáciles de recordar, fáciles de cantar y son sobre cosas que importan, celebrando historias alternativas y formas de ser que tienen sus raíces en temas que a veces son olvidados en la vida de las

personas. Refiere que las posibles audiencias de una canción están muy presentes en su creación, ya sea en un rito de definición (White y Epston, 1993) o en el camino propio que estas canciones puedan llevar, siendo compartidas en un público más amplio que haga suyas las historias de resistencia, re-membranza o celebración (Weber, 2009). Las canciones tienen el potencial para ser proyectadas en un público mucho más allá de donde comenzaron y promover cambios en discursos dominantes.

Therese Hegarty (2009) es una terapeuta familiar que trabaja en un programa comunitario de drogas en Dublín, Irlanda. Describe una práctica de escribir canciones en un contexto de grupo con personas que presentan un historial de adicción a la heroína y que participan en un programa de estabilización. En el grupo había conversaciones muy productivas, pero una semana más tarde, los significados generados en sesiones previas se olvidaban, era como empezar de nuevo. Sin embargo, se dio cuenta que el uso de *Ipods* en los adolescentes del grupo era permanente, por lo que optó por escribir canciones como re-narraciones de las conversaciones, con el afán de que los significados generados en ellas pudieran ser recordados más tarde. Sus canciones se centran en identidades alternativas al “consumidor de drogas o drogadicto”, no precisando en el por qué del consumo, sino en las historias de resistencia del consumo centrado en los logros aislados.

Para escribir las canciones, Hegarty (2009) señala que toma apuntes de todo lo que se dice en sesión, palabra por palabra dentro de lo posible. Así, contaba con mucho texto para construir una canción, limitándose a usar las propias palabras de los integrantes del grupo, que llevara en sus letras y melodías, el dolor expresado en la conversación, una historia alternativa y un sentido de esperanza. La autora refiere que ninguna otra forma de arte cambia la manera en que experimentamos las cosas en la forma en que la música puede. La música es de alguna manera una fuerza que puede ir más allá de nuestra identidad diaria y abrir otra clase de mundo dentro de nosotros (Hegarty, 2009).

Cada participante del grupo tenía una canción, la cual se aprendió, se grabó y se presentó hacia una audiencia en una ceremonia de definición. Las canciones pueden proporcionar una plataforma desde la que otros pueden pensar en sus propias historias e

identidades preferidas. De tal manera, la música permitió que la identidad central de "drogadicto" se opacara y se priorizara otras identidades de: madre, padre, hijo, hija, amiga, cantante, etc. Las canciones que tienen esas historias están a disposición de los jóvenes, grabadas en un disco. Esto se presenta como una forma de documentación de las identidades preferidas de los participantes (Hegarty, 2009).

David Denborough (2002) ha trabajado con canciones en comunidades culturales aborígenes. El objetivo es dejar en palabra escrita y en la canción, los momentos brillantes, historias valoradas, las habilidades y conocimientos de la comunidad que van emergiendo en cada una de las reuniones que va teniendo con ellos, es decir, documentar musicalmente las historias alternativas de la comunidad. Esto es un aspecto clave de la terapia narrativa ya que implica la documentación de las habilidades y conocimientos de las personas y comunidades particulares que son relevantes para ellos. Esta documentación es una parte del proceso de re-autoría (White y Epston, 1993). En la medida en que se documentan las habilidades y conocimientos que se articulan en conversaciones, éstos se vuelven más reconocidos y a su vez más disponibles. Denborough (2002) señala que el uso de la música y el canto tiene efectos que la palabra escrita no tiene, las canciones incluso se pueden bailar. Así, en algunos contextos, la palabra escrita no es accesible a todos, mientras que las canciones y la música pueden ser comprendidas por la mayoría de las personas en cualquier comunidad.

Existen algunas características centrales que debiera tener una canción: Las letras están compuestas por las palabras pronunciadas por la comunidad, la estructura de acordes es fácil de enseñar, la melodía puede ser cantada fácilmente, el ritmo es simple y claro, el coro es fácil de memorizar y la comunidad reconoce que las palabras son propias. Si hay un "truco" para escribir canciones, es en el cruce de la melodía y las palabras. Estos son los dos elementos que deben unirse en una manera significativa (Denborough, 2002). Si algún aspecto del proceso se centra en el escritor de la canción, entonces se limita inmediatamente el valor de la canción. Para tal efecto, Denborough (2002) propone algunos lineamientos para lograr una práctica descentrada, pero influyente: 1) Co-escribir las canciones. Esto requiere cierta habilidad de los participantes y toma bastante tiempo. 2) Canción y escritura colaborativa. En este proceso, se otorga una estructura básica, la

melodía y letras pueden ser inicialmente propuestas por el compositor, pero con mucho espacio para alteraciones, sugerencias, adiciones, etc. 3) La voz y la técnica del cantante deben ser un vehículo para las palabras de los participantes. Esto significa tocar y cantar simplemente, con un estilo modesto. 4) Que un tercero externo pida una opinión sobre la canción a la comunidad, para evitar la presión de alabar al compositor por parte de ésta. 5) Que la comunidad le otorgue un nombre a la canción. 6) Pedir a la comunidad que puedan establecer como la canción debe empezar y terminar. 7) Invitar a los participantes a unirse a cantar y tocar las canciones, lo que se configura como un aspecto clave de práctica musical descentrada. Finalmente, 8) grabar la canción como acto ritual de la comunidad. Para esto, es importante registrar la identidad de la comunidad, es decir, sonidos de niños hablando, gente moviéndose, fragmentos de conversaciones antes y después de las canciones. De hecho, cualquier sonido que se evocara en el ritual de grabación, es importante de ser incluido, tanto como las propias canciones.

#### 4. Psicoterapia sistémica centrada en narrativas

##### 4.1 Introducción: Una forma de pensar en psicoterapia

Es indudable el afán histórico de convertir a la psicología en una ciencia centrada en postulados positivistas que permitan medir, explicar, predecir y establecer leyes generales en torno al comportamiento humano; algo que se busca y defiende desde múltiples perspectivas teóricas, incluso en la actualidad. Para Szasz (1994) “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). La psicología se alejó de la filosofía en su afán de convertirse en ciencia empírica, sin embargo, y a pesar de años de intentos, la psicología clínica no ha logrado ser considerada científica. Opazo (1992) refiere: “el epistemólogo Thomas Kuhn se pregunta: ¿cómo es posible que los científicos sociales tengan la misma cualidad intelectual, la misma viveza, creatividad y aptitud lógica que un físico, un químico o un biólogo contemporáneo, y su ciencia, sin embargo, no haya sido capaz de

logros semejantes? La respuesta a la interrogante de Kuhn se desprende casi directamente: nuestro objeto de estudio es más difícil de conocer” (p. 43). Se considera efectivo que el objeto de estudio en ciencias sociales es más difícil de conocer, sin embargo, no pareciera ser lo único, ya que dependiendo de la posición onto-epistemológica que se adopte, éste ni siquiera llegaría a ser susceptible de objetivación, en un sentido científico-natural.

Existen innumerables formas de entender la psicoterapia, o el abordaje psicoterapéutico de los dolores humanos, y todas igual de válidas (Zlachevsky, 1996). Vale aclarar que no todas estas miradas en psicoterapia tienen un afán científico de universalizar y objetivar el dolor humano y por supuesto, no todas pretenden tratarlo de forma homogénea o estándar. Por el contrario, existen formas de entender, y por sobre todo, pensar la psicoterapia, donde la prioridad es generar un acercamiento respetuoso y genuino al dolor humano que padece una persona, y que irrumpe en su praxis del vivir. Un ejemplo claro de ello es la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas (TSCN). La TSCN realiza un diálogo pragmático entre la filosofía y el abordaje psicoterapéutico del dolor o sufrimiento humano, configurándose en una perspectiva posmoderna. Se establece que es una forma de pensar, ya que va más allá de proponer una determinada y única forma de hacer psicoterapia, trascendiendo de la reproducción ciega y sistemática de técnicas y teorías, acentuando la importancia del encuentro terapéutico único e irrepetible entre dos o más seres humanos y los significados e historias que forman parte de su vivir. La TSCN es narrativa y es sistémica. Es narrativa porque se centra en el sentido de un relato y la forma en cómo éste se fue construyendo con otros en la convivencia, poniendo énfasis en la importancia del lenguaje, de las significaciones conjuntas y de las creencias en los distintos dominios de existencia en los que las personas se desenvuelven y habitan (Zlachevsky, 2003). Es importante aclarar que el lenguaje, no está limitado a lo establecido por la Real Academia Española (2017) como un “Conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente” o un “Estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular”, sino que desde esta perspectiva, se considera un producto de acciones entre las personas, como sus coordinaciones relacionales (Zlachevsky, 2008) o como plantea Maturana (1997), el lenguaje como proceso que no tiene lugar en el cuerpo, sino en el espacio de coordinación de coordinaciones conductuales consensuales donde se incluye

incluso lo no dicho. La TSCN es sistémica porque trasciende las lógicas de comprensión intrapsíquicas del ser humano y comprende que es iluso entender las narraciones o significados que emergen en el existir del ser humano de forma aislada. Zlachevsky (2003) plantea que:

*“Para poder contar nuestra vida, dándole sentido al relato, inevitablemente se requiere un razonar sistémico, se requiere poder mostrar las relaciones entre los personajes que formaban parte de la historia a contar. Quien es quien, qué rol juega en la historia, donde transcurren los acontecimientos que se están relatando, que hizo él o ella cuando yo hice, qué hice yo cuando él o ella hizo esto o aquello. Como en una pieza de teatro, cada personaje ejecuta su papel y sigue un guion del que no es consciente pero que sabe interpretar a la perfección. Los acontecimientos que van transcurriendo, van teniendo sentido o significación en el argumento total de la historia. De tal manera que se va hilvanando una especie de trama dramática la que recibe el nombre de narrativa” (p.49).*

De tal manera es el propio lenguaje, como medio y fin a la vez, el que permite y abre las posibilidades al cambio terapéutico. Entendiendo el lenguaje de la forma en que ha sido definido, es posible comprender que es éste el que está a la base de cada distinción que realiza un observador, la cual posteriormente da lugar a descripciones y explicaciones de acontecimientos o experiencias, es decir, la posibilidad de dar significados a nuestro vivir, los que siendo significados compartidos dan origen a narrativas que son precisamente las que hacen emerger la realidad. Realidad que en muchos casos está centrada en el dolor, que es lo que generalmente lleva a una persona a consultar.

#### 4.2 Niveles jerárquicos conceptuales

Zlachevsky (2011), basándose en lo referido por Coddou (1992) plantea que todo enfoque terapéutico, en su operar, involucra diversos niveles jerárquicos conceptuales. Éstos, se plantean en esta tesis por dos principales razones: Primero, para definir tales niveles y precisar cómo la TSCN responde a cada uno de ellos y segundo, para dar cuenta si tales niveles son o no suficientes para describir el operar terapéutico desde esta

perspectiva. De tal manera se describe un nivel epistemológico, de paradigma, de teoría, de modelo intermedio y de técnica.

El primero, el nivel epistemológico, se centra en las explicaciones o ideas que el observador tiene acerca de cómo se construye u opera la realidad. Busca responder si el terapeuta cumple un rol activo o no en la construcción de realidad del consultante. La TSCN trasciende de los históricos enfrentamientos intelectuales entre el constructivismo y el construccionismo, por lo que su autora propone el término conceptual de *constructividad* (Zlachevsky, 2016) poniendo sobre la mesa la importancia de hacerse cargo de las operaciones de distinción que realiza un terapeuta al atender a un consultante, yendo más allá de una consideración objetiva de la realidad y de que las distinciones realizadas por un observador sean sinónimo de verdad. El concepto de constructividad, además, da la idea de movimiento o proceso, facilitando la posibilidad de ver la emergencia de significados que se van construyendo en la experiencia. Por consiguiente, en este nivel epistemológico, la TSCN adopta la noción de constructividad aceptando que los fenómenos no son independientes de quien los significa, considerando al observador como un participante activo en el acto de conocer (Zlachevsky, 2008), por ende, también de la realidad del encuentro terapéutico.

El nivel de paradigma se relaciona con los principios o ideas centrales que configuran las ideas epistemológicas en torno a un fenómeno más específico que se desea describir, explicar o entender (Zlachevsky, 1996). Desde este nivel se establece lo que es posible de ser conocido, o dicho en otras palabras, la unidad de análisis que orienta la mirada. Para la TSCN se definen particularmente dos unidades de análisis, atingentes al fenómeno a describir o explicar en el contexto terapéutico. Éstas son: el individuo aislado o el sistema de relación. La TSCN pone el acento en las características de la relación, es decir, su unidad de análisis no es la persona aislada sino la persona formando parte de un sistema u organización de significados, poniendo la mirada en la organización relacional que le confiere sentido al problema y trascendiendo, como se ha referido con anterioridad, de concepciones intrapsíquicas y reduccionistas del ser humano.

El nivel de teoría se relaciona con las ideas que, llevando a cabo una metodología

consensual, generan observaciones que puedan establecer regularidades, generar normas, leyes o establecer hipótesis básicas sobre las unidades de análisis precisadas en el nivel anterior (Zlachevsky, 2011). Aquí, y siguiendo la lógica del modelo de la TSCN, se encuentran el conjunto de teorías “sistémico – relacionales” centradas en narrativas, de las cuales la TSCN es parte, que como dimensión teórico conceptual, comparten la noción de narrativas: el campo de las historias o significados compartidos por un grupo Social. El supuesto central, a nivel teórico de la TSCN es que el problema reside en la descripción de éste y que, consecuentemente, el cambio consiste en hablar acerca de los problemas de manera diferente, generando diferentes acuerdos y diferentes consecuencias (Sluzki, 1996).

A nivel de modelo intermedio se describe cómo se debe operar concretamente con personas concretas, es decir, se llevan a cabo las conexiones del nivel teórico, relacionándolo con su aplicabilidad en la vida cotidiana. La TSCN es, en sí misma, un modelo intermedio y considera que el cambio en las explicaciones, significaciones y forma de narrar lo que atrapa en el sufrimiento a una persona, tendría como consecuencia un alivio del dolor del sistema consultante. Posteriormente se describirán los postulados centrales o fundamentales que rigen a la TSCN como modelo intermedio.

Finalmente, se encuentra el nivel técnico que no es más que las técnicas, insumos o herramientas específicas que utiliza el terapeuta en su operar. Como se ha definido, 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. No obstante, son innumerables las herramientas y técnicas a las que puede acceder el terapeuta sistémico centrado en narrativas, ya que se entiende que operando en una epistemología de la constructividad, poniendo el acento en el sistema relacional y centrándose en la narrativa como comprensión del sufrimiento humano, cualquier técnica es susceptible de ser utilizada, incluso desde otros enfoques psicológicos, sin embargo, la respuesta del “para qué” del uso de una determinada técnica y la congruencia de los niveles jerárquicos conceptuales es algo que no puede obviarse.

Pareciera ser suficiente tener claros estos niveles jerárquicos conceptuales para ejercer un adecuado operar terapéutico, sin embargo, la TSNC establece que aquello no es suficiente. Es necesario considerar el nivel ontológico, es en él donde se encuentra la

respuesta del ser de lo humano.

#### 4.3 Sustentos ontológicos

Es importante referir que una particularidad substancial, y que diferencia a la TSCN de otros enfoques terapéuticos basados en las narrativas, es precisamente la incorporación, preocupación y respuesta a la ontología.

La ontología no es necesariamente un eslabón jerárquico más a los ya descritos, como si fueran elementos lineales, sino por el contrario, este nivel se presenta de una forma transversal a los demás, es decir, impregnando desde la epistemología hasta la técnica. La consideración del ser del ser humano, debiese situarse, reflexionarse y comprenderse en cada uno de los niveles conceptuales, debe emerger en cada uno de ellos, en función de comprender el operar terapéutico y llevarlo a cabo de forma más consecuente y beneficiosa para el consultante.

Ontología significa "el estudio del ser". La palabra deriva de los términos griegos , ontos, que significa ser, ente; y logos, que significa estudio, discurso, ciencia, teoría. La ontología es una parte o rama de la filosofía que estudia la naturaleza del ser, la existencia y la realidad, tratando de determinar las categorías fundamentales y las relaciones del ser en cuanto ser (Hofweber, 2009). Zlachevsky (2015) refiere que 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) e incluso refiere que la idea de ser de lo humano, es decir de la ontología, no es más que una interpretación que el hombre ha hecho o hace del misterio de la vida. La TSCN adscribe a los postulados ontológicos de Heidegger (1951), quien refiere que el lenguaje es la casa del ser, y que en su morada habita el hombre. Tal consideración se aparta de la tradición ontológica clásica y moderna, que realiza la separación hombre-ser-mundo. Zlachevsky (2011) sostiene que todo pensamiento que lleve a la separación del hombre por un lado y el ser por otro, es un pensamiento corpuscular. Por ende, se adscribe y relevan las ideas de Heidegger (1951), quien ofrece una forma diferente de pensar lo ontológico, trascendiendo de la comprensión metafísica de los griegos. El filósofo plantea que "toda

ontología, por rico y sólidamente articulado que sea el sistema de categorías de que dispone, es en el fondo ciega y contraria a su finalidad más propia si no ha aclarado primero suficientemente el sentido del ser y no ha comprendido esta aclaración como su tarea fundamental” (Heidegger, 1951, p.34). De tal manera, sostiene Heidegger (1951) que más allá del ser no hay nada, refiriendo que el hombre y ser se dan juntos en el devenir. A esto llamó “Dasein o ser-ahí”, refiriendo que éste está arrojado al mundo, arrojado a la existencia en un mundo que no eligió, pero que otorga sentido y legibilidad a lo que le ocurre en el aquí y el ahora, interpretando su acontecer (Heidegger, 1951). Tal interpretación, el Dasein la lleva a cabo desde una disposición afectiva (temple anímico), es decir, desde una emoción particular. Esta emoción le permite al Dasein desocultar el mundo de una determinada manera, o dicho de otra forma, le permite comprenderlo, otorgar explicaciones de lo que emerge en su existencia. Tal comprensión del mundo es posible, como se ha referido, debido a que el Dasein habita en el lenguaje, por ende es el propio lenguaje en el ejercicio terapéutico, donde habita lo psíquico y no en el interior de las personas, el que permite la co-construcción de distinciones, significados, narraciones y realidades ajenas al dolor. De tal forma, es posible referir que la estructura del Dasein comprende: 1) Disposición afectiva o temple anímico, 2) Comprender y 3) Discurso o habla. Éstos supuestos forman el sustento ontológico de lo que se denomina “la tríada inseparable del problema”, que será explicitada con posterioridad y materializada en el modelo XYZ.

#### 4.4 Dominios de existencia

El concepto de dominio de existencia es tomado desde el biólogo chileno Humberto Maturana quien refiere que tal corresponde al conjunto de las definiciones a partir de las cuales distinguimos a otros y somos a su vez distinguidos por otros (Maturana, 1992). Un dominio de existencia es un espacio relacional donde se comparte una red de conversaciones y significados. De tal manera, es posible referir que las personas actuamos y sentimos de distinta manera dependiendo los contextos, situaciones o personas con las que nos relacionamos (Zlachevsky, 2015).

La noción de dominio de existencia no es trivial, ya que invita a pensar que la persona no convive con su problema en todos los ámbitos de su vida, o en todos los contextos o personas con las que se relaciona, sino que pone el acento en que un problema se aloja particularmente en un espacio relacional con narrativas compartidas, o dominio de existencia, y no en otros. Hay otros dominios en los que el problema por el que el consultante acude al terapeuta, no emerge. Por ej. narrativas asociadas al constructo de “impulsividad” emergen como queja en el espacio relacional de la pareja, no así es en el espacio relacional o dominio existencial de amistad, trabajo o de hijo. Es así como se puede referir que el consultante del ejemplo no “es una persona impulsiva”, sino que es una persona que lleva a cabo ciertas acciones que en una red de significados compartidos en el dominio de pareja, son distinguidos a través del lenguaje por sus actores, como impulsividad y tal relato, genera un problema, particularmente en ese espacio relacional.

Por ende, la TSNC busca co-construir en el encuentro terapéutico, una narrativa nueva, alejada del dolor, que emerja desde el propio sistema de significados y creencias del consultante y que le permita abordar su problema de una manera distinta (Zlachevsky, 2015), tomando en cuenta que éste está alojado en un dominio de existencia particular donde puede ser comprendido y definido, para posteriormente, ser abordado en otro dominio de existencia: el espacio relacional de la terapia.

#### 4.5 Postulados fundamentales

Hasta el momento se ha otorgado una visión general de la TSCN, no obstante, se hace preciso referir concretamente seis premisas que según Zlachevsky (2015), comparten los terapeutas que adscriben a este modelo y que en cierta manera, se convierten en las características diferenciadoras y guía del proceso terapéutico. Estos postulados o premisas o características fundamentales son las siguientes:

1. Los seres humanos somos y existimos en el lenguaje. En más de una oportunidad se ha referido tal sentencia de Heidegger (1951) la que otorga la respuesta respecto a donde

habita el ser de lo humano para la TSCN y por ende, se convierte en la respuesta a la pregunta ontológica.

2. El problema es un significado co-creado por parte del sistema terapéutico. Si el problema es co-creado, no existe una “verdad sobre el problema”, sino que la definición de éste sólo tendrá sentido en el dominio de existencia que el consultante defina.
3. El consultante define lo que le trae a consultar, así como es él quien decide qué cambiar y qué mantener. Tal concepción se basa en que, como seres humanos, somos sistemas lingüísticos, generadores de lenguaje y de significado, por ende, quien mejor puede definir lo que ocurre es aquel que participa en la co-construcción de tal significado centrado en el dolor, es decir, el consultante.
4. El terapeuta debe tomar el rol de artista conversacional, es decir, un experto en hacer preguntas. La particularidad de tales preguntas es que deben ser congruentes con el sistema de significados del consultante y desde allí, generar reflexiones y explicaciones alternativas que permitan la co-construcción de narrativas alternativas al dolor que le trae a consultar.
5. Una nueva narrativa tiene un poder de transformación. Una nueva narrativa permite contar una historia de forma distinta, permite relatar los hechos en el contexto de un significado nuevo. Tal concepción se basa en que no podemos tener un acceso objetivo y real a los hechos, si no que solo podemos acceder a los significados o narrativas asociadas a ellos (Gergen y McNamee, 1996). De tal manera, es posible otorgar nuevas interpretaciones a la experiencia, siempre dentro del propio sistema de creencias de la persona.
6. El terapeuta no es un experto que sabe lo que le ocurre al consultante, el TSCN adopta una postura del “no saber”. Esta premisa se centra en la necesidad de no dar nada por

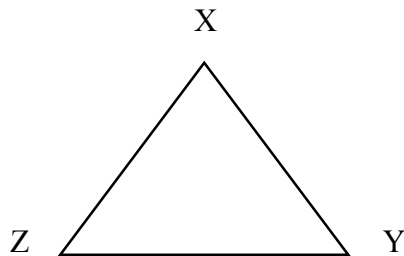
obvio, y de no intentar adivinar los significados del consultante, no siendo un experto de lo que le ocurre al otro. Por ende, no realiza diagnósticos psicológicos.

#### 4.6 Modelo X, Y, Z.

En psicoterapia, la deriva conversacional es incierta, tan incierta que puede venir aparejada de múltiples complicaciones para los terapeutas, convergiendo, por ejemplo, en un naufragio en el mar de redes de conversación sobre lo que a un consultante le ocurre, lo que la mayoría de las veces éste no tiene claro, así como también, muchas veces las preguntas del terapeuta no emergen con un hilo conductor claro. Por ende, la autora propone un modelo que permite, o más bien facilita, la co-construcción de un problema psicológico trabajable.

Como se ha referido, el modelo XYZ se basa en los postulados de Heidegger (1951) sobre el Dasein, es decir, en el temple anímico, la comprensión y el discurso o habla. Tales postulados son la base de lo que posteriormente se denominó modelo XYZ. Zlachevsky (2011) refiere que cuando alguien llega a terapia, llega con un estado emocional particular (temple anímico) asociado a una cierta explicación sobre lo que le sucede (comprender) que se expresa en el lenguaje (discurso, habla), con el que trabaja el terapeuta.

De tal manera se genera la tríada inseparable (Zlachevsky, 2015):



X: Es la explicación que entiende el terapeuta de lo que expresó el consultante o sistema consultante como forma de significar el fenómeno que le trae a consultar.

Y: Es la emoción básica que trae a consulta el sistema consultante. Tal emoción perturba al consultante, emerge de forma inesperada y en un dominio de existencia particular. Tal emoción, que emerge dentro de su propio sistema de creencias, lleva al consultante a explicar o significar (X) lo ocurrido de forma que le perturbó.

Z: Corresponde al episodio crítico que vivió la persona en algún dominio de existencia que le llevó a consultar. En palabras de Maturana, sería un encuentro ortogonal que irrumpe la cotidianidad del existir del consultante. Se ha establecido que se explicita frente a la pregunta *¿por qué ahora?*, en referencia al momento particular de la vida del consultante en el que consulta a un terapeuta.

Si bien puede apreciarse tal modelo como una propuesta de trabajo simple, dista sustancialmente de ello, no siento tan sencillo de llevar a cabo, ya que la emoción que trae el consultante normalmente no está clara, así como tampoco hay una transparencia del sistema de creencias de éste, incluso para el mismo. Sin embargo, tal esquema es una guía orientadora, una forma de pensar la psicoterapia y una triada que permite la co-construcción de un problema trabajable, mediante el que se asegura, con el debido entrenamiento, una respuesta genuina al sufrimiento que aqueja a una persona.

### **III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cual es el efecto de una aproximación terapéutica sustentada en la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas y el uso de herramientas musicales como testimonio de historias de cambio en el contexto de conflictos de relación madre / hijo recién nacido?.

### **IV. OBJETIVOS**

#### 1. Objetivo general

- Describir un proceso psicoterapéutico sustentado en la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en un caso de conflictos de relación madre / hijo recién nacido, en el que se utilizan herramientas musicales como testimonio de historias de cambio terapéutico.

#### 2. Objetivos específicos

- Describir las diferentes etapas de intervención en el caso de P., realizadas a partir del modelo de Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.
- Describir los efectos terapéuticos en la consultante, tras las intervenciones realizadas a partir del modelo de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas.
- Dar testimonio de la historia de cambio terapéutico y los nuevos significados de la consultante mediante la co-construcción de una canción en el cierre del proceso.

## V. MARCO METODOLÓGICO

### 1. Naturaleza de la investigación

La naturaleza de la investigación, se configura desde la investigación de tipo cualitativa, ya que se considera que es ésta y no otra, la que presenta mayor coherencia onto-epistemológica con la presente tesis y particularmente, con la pregunta de investigación.

Vale referir, como establece Quintana (2006) que los enfoques de corte cuantitativo se centran en la explicación y la predicción de una realidad considerada en sus aspectos más universales y vista desde una perspectiva externa (objetiva), mientras que los de orden cualitativo se centran en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir, desde una perspectiva interna (subjetiva). El objeto de estudio desde la investigación cualitativa posee un carácter complejo y holístico, configurándose como un proceso que no es fijo ni ahistórico. Así mismo, y en relación al papel del investigador, Cuevas (2002) refiere que: “la perspectiva cualitativa concibe el papel activo, constructivo-interpretativo del investigador a lo largo de todo el proceso de la investigación y no sólo en algún momento de ella” (p.49). De tal manera, se asume que la neutralidad no existe y que el investigador no es inmune a los valores o creencias de su contexto sociocultural, por ende, la investigación y el conocimiento, son relativos a los significados emergentes en la interacción de los seres humanos.

Cuevas (2002) plantea que, como forma de conocimiento, la investigación cualitativa ha sido criticada por su validez y confiabilidad, generando que diversos investigadores planteen ciertos criterios de rigor como la triangulación de Denzin (1978) y Bronfenbrenner (1979) u otros como los criterios de dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Guba & Lincoln 1989, en Salgado, 2007), todos en miras de aumentar la confiabilidad y validez de la investigación. Se está de acuerdo con Cuevas

(2002) respecto a que la intención de rigurosidad científica continúa poniendo un foco positivista en la investigación cualitativa (Cuevas, 2002). No obstante, se dará respuesta a los criterios de validez y confiabilidad de la manera en que el marco epistemológico de este estudio permite dar cuenta de ellos, particularmente a los planteados por Guba & Lincoln (1989), en Salgado (2007), por ser de los criterios más aceptados en la tradición cualitativa:

1) Criterio de dependencia: “es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes”(Salgado, 2007, pág. 74). La dependencia o consistencia, en palabras de Hidalgo (2005), está referida a que en el curso de la observación, el investigador que la realiza es contrastado a la vez con un agente interno o externo al estudio, es decir, una persona competente que expresa su opinión sobre todo el proceso observado. Si los resultados se repiten entonces se puede asegurar la confiabilidad. El caso a presentar, se realiza en contexto de supervisión, incluyendo incluso una sesión en sala Gessell, por lo que en cada sesión terapéutica realizada se contaba con la apreciación de la supervisora clínica y las apreciaciones profesionales de otros psicólogos presentes en tales supervisiones, por lo que es posible dar cuenta de este criterio.

2) Criterio 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). Desde la perspectiva epistemológica referida, no existe una única verdad, sino mas bien, una verdad consensuada, o específicamente, significados compartidos acerca de un fenómeno. Es posible dar cuenta de este criterio en la medida que la persona estudiada (consultante) y las otras personas que estuvieron en contacto con el proceso (grupo de supervisión), otorguen similares o equivalentes significados al del 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, refiere la autora, con una involucración activa del investigador, una reflexión constante y teniendo una relación de empatía con el informante (Hidalgo, 2005).

3) Criterio de auditabilidad: “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. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original” (Salgado, 2007, p.75). 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 mas adelante, corresponde a la hermenéutica interpretativa.

4) 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 si 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.

## 2. Fundamentos onto-epistemológicos

Es trascendental declarar los fundamentos onto-epistemológicos que están a la base de la presente tesis como forma de transparentar la investigación y promover la congruencia entre lo planteado con anterioridad.

Tal como se ha referido, se tomará una posición epistemológica basada en la constructividad, es decir, donde las distinciones de un observador influyen en la realidad que observa, presentando el investigador, una participación totalmente activa en el acto del conocer, por ende, haciéndose cargo de su propio sistema de significados y creencias. Asimismo, se acepta que no es posible acceder a una verdad unívoca, real y objetiva, si no sólo a descripciones sobre la experiencia, realizadas por un observante a través del lenguaje (Gergen y McNamee, 1996).

Maturana (1992), en torno a la ontología del explicar, plantea que como seres humanos operamos como observadores, donde el investigador no es excepción, estableciendo que éste se encuentra a sí mismo en la praxis del vivir en el lenguaje, refiriendo que toda explicación o descripción de esta praxis del vivir en el lenguaje es secundaria a la praxis del vivir y menciona finalmente, que éstas explicaciones y descripciones no reemplazan lo que ellas explican o describen. Así mismo, refiere en torno a la ontología del conocer, que el observador y la observación son operaciones en el lenguaje que ocurren como coordinaciones de acciones recursivas consensuales entre organismos determinados estructuralmente por sus corporalidades, otorgando un sustento biológico, y a su vez ontológico, que desecha la posibilidad de una investigación científica tradicional objetiva, promoviendo la noción de objetividad entre paréntesis, que invita a la consideración del observador como ser biológico que participa en la constitución de lo que acepta como explicación a través de sus habilidades cognitivas (Maturana, 1992).

En consecuencia a lo anterior, el supuesto ontológico clave de la presente investigación, se enmarca dentro de la comprensión del ser de lo humano yaciendo en el lenguaje. El lenguaje como morada del ser, tal como se ha referido en más de una

oportunidad, y en base a los postulados de Heidegger (1951), otorga el sustento ontológico de la psique en el que se basa y guía la presente tesis.

Es relevante declarar el horizonte de la investigación, es decir, el posicionamiento del investigador respecto al tema investigado, lo que viene a complementar la visión onto epistemológica ya declarada y que dice de la relación del terapeuta con la música. Es trascendental referir que la canción, uno de los principales focos y productos del presente estudio, se co-construye en respuesta a una pasión o preferencia personal del terapeuta, que tributa a su propia ontología y sistema de significados, la que se distingue a través de él, como un medio útil que es susceptible de ser utilizado en terapia. Por ende, la canción es compuesta musicalmente, interpretada y cantada por el terapeuta. La formación y conocimientos musicales del terapeuta se configuran de forma totalmente autodidacta y exploratoria. Posee conocimientos funcionales de guitarra, piano, ukelele, charango, entre otros instrumentos, así como de software de grabación y edición musical, no obstante, no presenta estudios formales de composición, interpretación o teoría musical en su historia.

Declarar este marco conceptual es clave para comprender desde donde el intérprete, hermeneuta o investigador, se aproxima a la tarea interpretativa que será abordada próximamente en apartado 4 de este mismo capítulo.

### 3. El estudio de caso

Stake (2007) establece que el estudio de caso es “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (p.12). Por su parte Scandar (2014), refiere que es posible consensuar que el estudio de caso corresponde a “la examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso” (p.72). El caso, está ligado a su contexto de forma irreductible, al punto que su análisis descontextualizado carece de sentido.

Diversos autores otorgan variadas clasificaciones sobre el estudio de caso. Particularmente Stake (2007), realiza una clasificación en torno al objetivo final que

persigue un estudio de caso, donde tipifica el estudio intrínseco de casos, el estudio instrumental de casos y el estudio colectivo de casos. Los primeros, se realizan por el interés de comprender bien un caso en particular, es decir, se presenta un caso y surge la necesidad de conocerlo profundamente, no interesando porque con su estudio se aprenda de otros casos o de un problema general, por el contrario, existe un interés intrínseco en aquel caso particular. El estudio instrumental de casos consiste en la examinación de un caso particular, con un objetivo diferente al solo hecho de conocerlo, busca conocer un fenómeno general a partir de un caso en particular. Finalmente, el estudio colectivo de casos centra su interés en indagar un fenómeno, población o condición general a partir del estudio intensivo de varios casos. Por ende, y en base al objetivo de la presente tesis, el estudio de caso a presentar corresponde a un estudio intrínseco, según la definición que se ha otorgado. En torno a otras clasificaciones de autores como Thomas (2011) en Stake (2014), que consideran variables de temporalidad, se precisan tres tipos de estudios: retrospectivos, transversales (snapshot studies) y diacrónicos. Los estudios retrospectivos plantean el estudio de un hecho pasado y sus implicancias actuales. Los snapshot studies examinan un período específico de tiempo y buscan dejar constancia de la globalidad en contexto del fenómeno estudiado tal como sucedió. Los estudios diacrónicos, en palabras del autor: *“intentan dar cuenta de los cambios a lo largo del tiempo y son equiparables a los estudios longitudinales. Es especialmente frecuente en psicoterapia donde se sigue un caso a lo largo de un proceso terapéutico observando los cambios que se producen en un sujeto o grupo de sujetos como resultado de un proceso terapéutico”* (Scandar, 2014, p.73). Por consecuencia, el estudio de caso a presentar se configura como un estudio diacrónico. Finalmente, se refiere que el presente estudio de caso, en relación a su recolección de datos y teoría, clasifica en un estudio configurado o guiado por la teoría (Stake, 2007). Esta clasificación se refiere a aquellos casos donde se utiliza abiertamente un marco teórico para explicar los fenómenos. De tal forma, el investigador, desde su teoría, configura la recolección de datos y los modelos explicativos, siendo en el presente caso, la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas tal guía teórica.

Así como existen diversas definiciones y clasificaciones sobre lo que es un estudio de caso, también existen diversas formas en que este puede ser presentado. En la presente

tesis se tomarán 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 doce 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. Sin embargo, es importante referir que los autores sitúan las referidas normas de presentación en el contexto de la evaluación y tratamiento psicológico basado en el modelo cognitivo conductual, por lo que se realizará una adaptación en función de continuar con un norte congruente en torno a los sustentos onto-epistemológicos planteados en la TSCN y por ende, en la presente tesis.

#### 4. Método de análisis

El método de análisis de los datos del proceso psicoterapéutico es de tipo hermenéutico. Hermenéutica viene del vocablo griego *hermeneia* que significa el acto de la interpretación. Ésta, en un comienzo, era exclusiva de la Teología, respecto de la interpretación de textos bíblicos, no obstante, en su desarrollo posterior, se vislumbró su utilidad para la investigación en ciencias sociales (Cárcamo, 2005).

A continuación, se expondrán brevemente algunos de los aspectos que se consideran centrales en torno al análisis hermenéutico y que se entienden como fundamentales y congruentes, tanto para el análisis del proceso terapéutico, como para las premisas onto epistemológicas presentadas, respectivamente. 1) La interpretación funde lo aspirado por el intérprete y lo ofrecido significativamente por el texto o el acto humano (Rodríguez, 2002). Esto es trascendental para el caso presentado, ya que no solo se considera la interpretación de un texto, como perfectamente pueden ser los registros escritos de sesión por parte del terapeuta, si no que también incluye cualquier acto humano, es decir, lo que narra, hace o no hace la consultante, en este caso, en el proceso terapéutico.

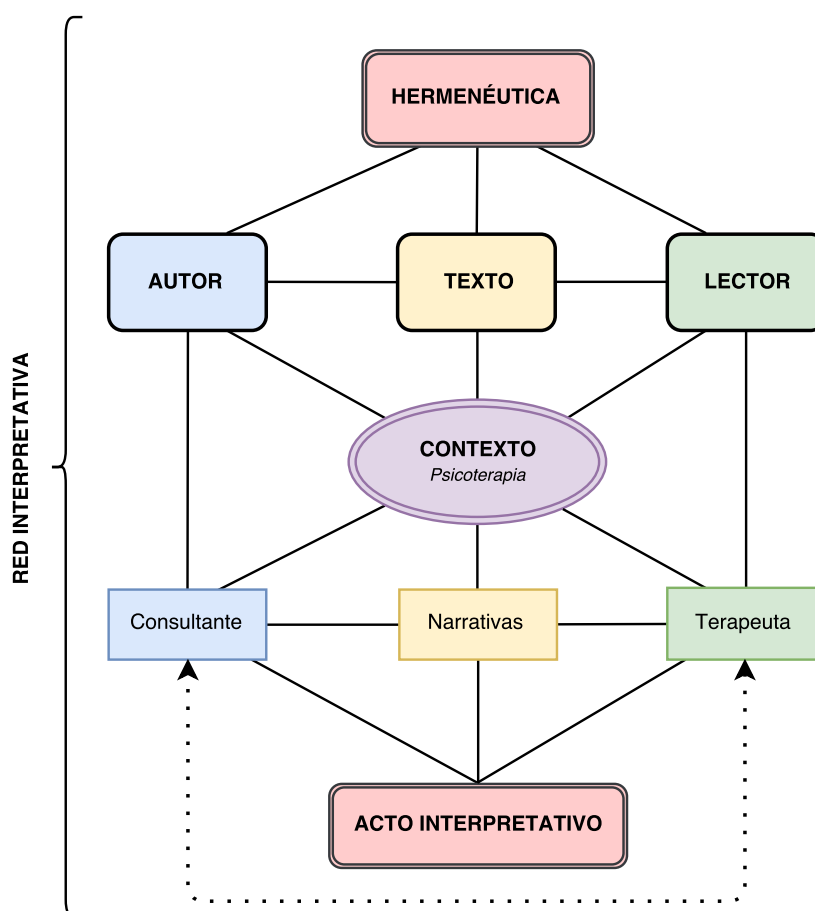
2) El texto, y el procedimiento que lo crea, es decir, la escritura, actúa como fijador del discurso (Cárcamo, 2005). Este punto se refiere a que el sujeto interpretante accede a lo interpretado a través del texto escrito, que sería como una especie de catalizador del pensamiento del autor del texto original. En torno a la interpretación de textos escritos, es importante hacer una distinción clave en el proceso de análisis del proceso terapéutico, la que hace referencia con que las notas de sesión, utilizadas como medio de registro del proceso, ya se presentan como una primera interpretación del hermeneuta, o terapeuta, al momento de escribirlas, para posteriormente ser re-interpretadas al momento de leerlas, lo que se relaciona directamente con el siguiente punto. 3) El proceso de análisis hermenéutico está en permanente apertura, producto de la actividad re-interpretativa de la que es fruto (Gadamer, 1988). Esto quiere decir que el sentido de una interpretación es infinito, nunca acaba y siempre está sujeto a cambios. 4) En el análisis hermenéutico, las palabras y las frases cobran sentido en su contexto. Esto implica aceptar la noción de interpretación considerando la totalidad de un texto o narrativa y la circunstancia en la que éste se inserta, así como la dimensión histórico-temporal, que también condiciona los contextos de interpretación. 5) La hermenéutica puede ser asumida a través de un método dialéctico que incorpora a texto y lector, es decir, texto e intérprete deben ser reconocidos como dos horizontes, que incorporan la dimensión de los prejuicios como elemento transversal a toda acción interpretativa (Cárcamo, 2005). Acá se hace referencia a los prejuicios o a las pre comprensiones del hermeneuta, es decir, se reconoce que la interpretación o comprensión estará condicionada, o limitada, por el sistema de creencias y significados de aquel que procura interpretar, en este caso, del terapeuta. 6) Con total relación al punto anterior, se hace mención en este punto sobre la imposibilidad de una interpretación absolutamente objetiva del significado (Gadamer, 1988). Es decir, se reconoce que el observador interpretante no es neutral y que la interpretación no es sinónimo de verdad, entendiendo que en el proceso de interpretación no se accede a la cosa en sí misma, si no al lenguaje expresado en ella, es decir, en el texto o acto humano. 7) En el análisis hermenéutico el lenguaje es fundamental. Gadamer (1988) refiere que el lenguaje debe ser entendido como elemento originario y fundante de la intelección, es decir, del acto de develar o interpretar, ya que refiere, y en consecuencia con la ontoepistemología que guía la presente tesis, que el mundo es descubierto por el lenguaje.

Habiendo referido algunos aspectos centrales de la hermenéutica, se procede a presentar el modelo interpretativo que guía las interpretaciones del proceso psicoterapéutico y que permite el análisis de los datos que emergen de este, es decir el marco conceptual desde donde se desarrolla el acto interpretativo. El modelo presentado en la Fig.1 se basa en los planteamientos teóricos del filósofo mexicano Mauricio Beuchot sobre la hermenéutica analógica (Beuchot, 2016). Existen tres elementos que confluyen en el acto hermenéutico: *el autor*, *el lector* y donde ambos convergen, *el texto* (Beuchot, 2002). Es posible extrapolar tales elementos al proceso psicoterapéutico y sus actores, de manera tal que el autor, que es quien permite la emergencia de un texto, se configuraría como la *consultante*; el texto, que no se limita a los de tipo escrito, sino también a otros tipos de textos mas allá de la palabra y el enunciado, como los hablados o actuados, configurará las *narrativas* (incluye las notas de sesión y lenguaje, tal como ha sido definido con anterioridad); y finalmente, el lector quien es a su vez intérprete o hermeneuta, será el *terapeuta* o quien es el que finalmente realiza el análisis de los datos del proceso. Estos 3 actores dan cita en un *contexto* o escenario con características únicas e irrepetibles: el contexto psicoterapéutico. No obstante, como interpretar es poner el texto en su contexto, éste es un componente clave en el proceso de interpretación. Así que tanto el autor como el lector tienen un contexto, que con fines ilustrativos, puede ser comprendido como social e individual, donde el primero incluye la consideración de aspectos socioculturales, y el segundo, aspectos psicológicos o si se quiere, los sistemas de significados de cada uno. Es decir, existe un contexto para aquel que constituye un texto o narrativa (consultante) como para aquel que lo interpreta con posterioridad (terapeuta).

Es importante precisar que el terapeuta también es autor en la medida que participa en la generación de narrativas y el consultante también puede ser lector en la medida que también interpreta significados, sin embargo, este modelo no representa el proceso co-constructivo de significados en el proceso psicoterapéutico basado en la TSCN, sino que como se ha referido, solo representa y da cuenta del proceso por el cual el hermeneuta realiza la interpretación o análisis de los datos del proceso.

Una premisa clave del modelo presentado es que al configurarse como una red interpretativa, carece de la necesidad de presentar una linealidad causal, por ende, no existen antecedentes o consecuentes, sino solo componentes o miembros de una totalidad interpretativa, pudiendo comenzar en cualquier eslabón y estando abierta a la re-interpretación constante, ya que no se configura como una metodología de análisis de datos cerrada y fija.

Fig. 1. *Red interpretativa*<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Esquema de elaboración propia adaptado al proceso psicoterapéutico, el que fue basado en los postulados teóricos de Beuchot (2002) y Beuchot (2016).

## 5. Aspectos éticos

La ética profesional pretende regular las actividades que se realizan en el marco de una profesión, en este caso, del quehacer del profesional psicólogo. Para ello, el norte de esta investigación e intervención clínica está guiada íntegramente por los capítulos 1, 2 y 3 del Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (Colegio de psicólogos de Chile, 1999). No obstante, existen otros resguardos éticos a considerar en el campo de la producción de conocimiento de los estudios cualitativos, que no están normados necesariamente por un código, pero que su incorporación puede ser éticamente beneficiosa para el proceso metodológico. Para ello, González-Rey (2000) citado en González (2002), propone 3 principios en los cuales se apoya la epistemología cualitativa y que tienen importantes consecuencias metodológicas y éticas a los cuales adscribe el presente estudio:

- 1) “El conocimiento es una producción constructiva e interpretativa; no es una suma de hechos definidos por constataciones inmediatas del momento empírico” (González, 2002, p.91). Tributa a la complejidad de la interpretación, considerando que el conocimiento que produce una investigación es el sentido que como intérpretes damos al sujeto o fenómeno estudiado íntegramente y en su totalidad, no como acercamientos aislados a él.
- 2) “El proceso de producción de conocimiento en la psicología y ciencias sociales es interactivo” (González, 2002, p.92). Se reconoce que el carácter relacional e interactivo entre investigador y lo investigado es esencial para la producción de conocimiento, implicando la comprensión de la investigación como un proceso que asimila e incorpora los imprevistos de los sistemas de comunicación humana. La interacción otorga valor a los diálogos sobre todo en los que los sujetos se implican emocionalmente.
- 3) “La significación de la singularidad tiene un nivel legítimo en la producción de conocimiento” (González, 2002, p.92) El conocimiento producido por la investigación cualitativa, no se legitima por el número de sujetos estudiados. La expresión individual de un caso adquiere significación para la producción de conocimiento, sin la necesidad de repetirse. Este conocimiento se legitima en base al significado construido por las necesidades de la investigación.

## 6. Estudio de caso desde la terapia sistémica centrada en narrativas

A continuación se presentará el caso clínico de P., mediante las normas de redacción para casos clínicos adaptadas de Buela-Casal y Sierra (2002).

El proceso psicoterapéutico se lleva a cabo en 7 sesiones en el contexto de atención del centro de atención psicológica (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso, emplazándose dicha atención en la misma ciudad. Por ende, la consultante firma un contrato terapéutico (ver anexo 1) y consentimiento para la utilización de información del proceso psicoterapéutico para la docencia (ver anexo 2). Asimismo, la consultante otorga su consentimiento para la participación del estudio y presentación de su caso a través de un consentimiento informado (ver anexo 3).

El proceso será presentado y estructurado en función de los problemas psicológicos co-construidos y no por orden cronológico de sesiones trabajadas, necesariamente. Se determina tal modalidad, con objeto de facilitar la comprensión y descripción del caso, así como de los problemas trabajados y sus respectivas intervenciones. En anexos es posible apreciar el detalle sesión por sesión (ver anexo 4).

## VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 6.1 Identificación de la consultante

P., es una adulto joven de 26 años de edad, estudiante de la carrera de Derecho en la Universidad de Valparaíso. Actualmente se encuentra en quinto año, realizando su práctica profesional. Además de desempeñarse como estudiante, la consultante trabaja como procuradora en un estudio jurídico algunos días de la semana y como empaque de supermercado otros días, lo que le permite contar con ingresos económicos suficientes, que le otorgan un alivio monetario, sin embargo, depende económicamente de su pareja.

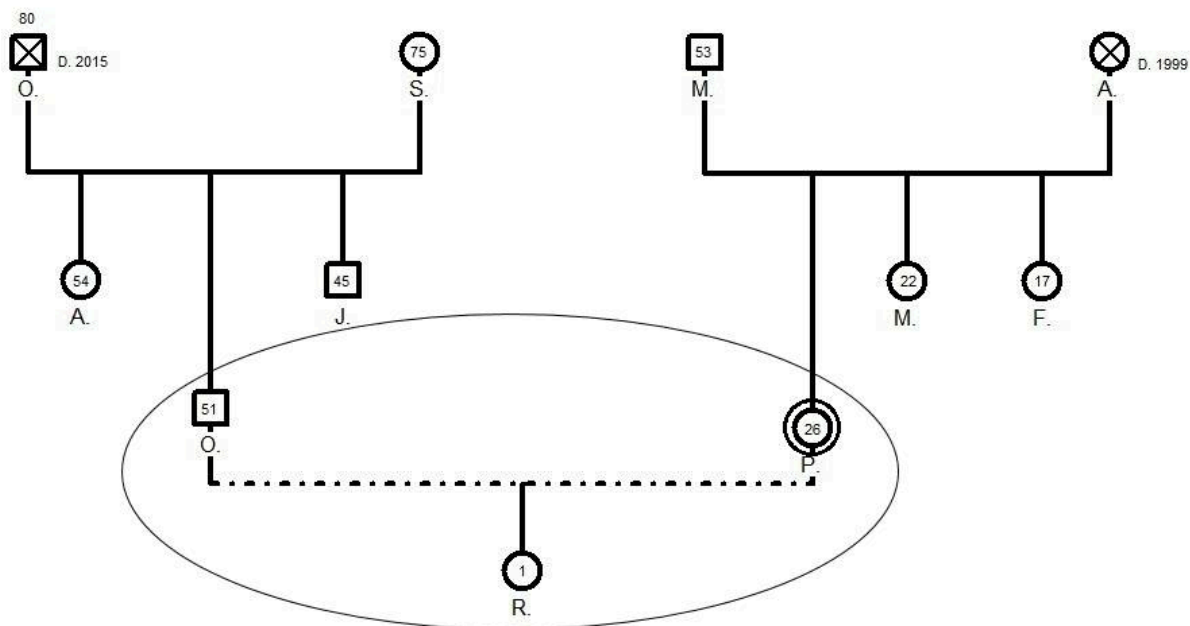
P. es soltera pero convive hace 4 años con O., su pareja y con quien tiene una hija, R. de 1 año 10 meses de edad, que nació a las 41 semanas de gestación producto de una cesárea de emergencia, posterior a 23 horas de trabajo de parto. En la actualidad, los tres conforman una familia nuclear y residen en la ciudad de Valparaíso.

No obstante, además de ser estudiante, desempeñarse como procuradora, empaque de supermercado y madre, P. es una deportista amante del tenis, contexto en el cual conoce a O., su pareja, siendo éste profesor de dicho deporte. De tal manera, como actividad recreativa, la consultante habitualmente acude a jugar, tomar clases con su pareja o participar en campeonatos. Sin embargo, la consultante ha dejado de realizar esta actividad por varios meses debido a desmotivación, según refiere en primera entrevista.

La consultante, en el año 2012, fue diagnosticada por psiquiatra con Trastorno Bipolar tipo II, por lo que llevó tratamiento con Litio por 2 años, el que fue suspendido en el período de embarazo. Posteriormente continuó su tratamiento hasta la actualidad junto con controles psiquiátricos con diferentes profesionales, medicándose con Paroxetina, Quetiapina y Clonazepam. Respecto a este último, es importante referir que al momento de la primera entrevista con la consultante, menciona auto medicarse con 8 mg. de Clonazepam por día, por ende, no había rigurosidad en el tratamiento farmacológico. Existen antecedentes de anteriores consultas a profesional psicólogo debido al diagnóstico

llevado a cabo por psiquiatra, sin embargo, la consultante abandona el proceso, señalando que no hubo buen vínculo.

Se adjunta genograma y su respectiva descripción en función de complementar los antecedentes ya referidos:



P., la consultante índice, es hija del matrimonio entre M. de 51 años y A., siendo la mayor de tres hermanas. La madre de la consultante, fallece en el parto de F. en el año 1999, cuando la consultante tenía aproximadamente 10 años de edad, producto de una septicemia. La consultante se encargó de los cuidados y de “la crianza” de F., según refiere, sin embargo, en la actualidad mantienen una relación distante. Luego del fallecimiento de su madre, P. se va a vivir con sus abuelos maternos por un tiempo, quienes refiere, “eran poco afectivos” y solo satisfacían sus necesidades básicas. Respecto a M. el padre de la consultante, P. describe “una relación conflictiva tempranamente”, señalando que “no era un padre cariñoso”, “siempre me criticaba y retaba”, y posterior al fallecimiento de su madre, refiere que esta relación “se deterioró aun más”, teniendo en la actualidad un contacto limitado y una relación distante.

Hace aproximadamente 4 años, la consultante conoce a O. de 51 años actuales, quien acudía al mismo gimnasio que ella. Éste se desempeñaba como profesor de tenis y se convirtió en el profesor de la consultante. Al corto plazo comienzan una relación consensual que se mantiene al día de hoy, viviendo juntos desde aquel tiempo. La consultante y O. se convierten en padres por primera vez hace más de un año, con el nacimiento de R. El contexto de nacimiento de R. y sus implicancias, se relata en detalle con posterioridad. Por su parte, O. es el 2do hijo del matrimonio entre S. De 75 años y O., fallecido en el año 2015. La consultante refiere que O. abandona su familia nuclear hace 4 años, justo en el momento que comienza la relación de pareja con ella. Éste trabaja como profesor de tenis y según la consultante *“es el sustento económico de la casa”*. En la historia de la pareja, posterior al nacimiento de R. existe una separación de un par de meses producto de las críticas ejercidas sobre la maternidad de P. por parte de O. y su familia. Se profundizará oportunamente sobre tales antecedentes con posterioridad. Actualmente, la pareja se encuentra en una relación consensual, viviendo juntos en la ciudad de Valparaíso con su hija R.

## 6.2 Análisis del motivo de consulta

La consultante solicita atención al centro de atención psicológica de la Universidad de Valparaíso de forma voluntaria, configurándose de tal manera, una consulta espontánea.

El motivo de consulta, que desde la terapia Sistémica Centrada en Narrativas respondería con más precisión a la queja de la consultante, hace referencia a dos aspectos. En primer lugar, la consultante refiere que acude a terapia debido a que no cuenta con habilidades parentales, mencionando que no le presta atención a su hija y que no juega con ella. También menciona que antes de ser mamá, para ella era todo era *“mejor”*, y agrega que después de serlo, todo en su vida se vio mermado. En segundo lugar y como respuesta a la pregunta de: ¿por qué solicita apoyo?, refiere que la culpa es lo que la motivó, señalando que no quiere a su hija, que la iba a abortar y que no quería amamantarla.

Por ende, la queja de la consultante se centra en dos narrativas principales: “*No tengo habilidades parentales*” y “*la culpa me tiene acá*”.

### 6.3 Historia del problema

El por qué ahora, (Z) en la tríada inseparable, o circunstancia ortogonal que lleva a la consultante a solicitar apoyo terapéutico, se remonta a 2 semanas antes de que ésta acuda al CAPSI de la Universidad de Valparaíso. El evento donde emerge el problema se sitúa en el contexto de jardín de R., su hija, donde acude a un taller sobre habilidades parentales y su pareja, O., le refiere en el mismo taller, que no cuenta con las habilidades parentales que, según describe la parvularia, debieran tener los padres. Tal evento ocasiona un conflicto, donde también se incluye a la parvularia, ya que ésta es consultada por O. para confirmar lo que piensa. Esto genera relatos centrados en la emoción de la culpa en P., que es lo que ella refiere, le motiva a consultar. Es importante referir que la figura de O. se volvió tan influyente en ese evento debido a que él es el principal sustento económico de la familia, y la consultante sabe que sin su aporte monetario, ella y su hija no tendrían un buen pasar. Se profundizará sobre esto último oportunamente.

Sin embargo, para comprender cómo fueron emergiendo los significados co-construidos acerca del problema a través de su historia, es necesario remontarse a dos eventos importantes en la vida de la consultante: El fallecimiento de su madre y el nacimiento de su hija R. La relevancia de estos eventos será clarificada posteriormente en la medida que se exponga el desarrollo del proceso. El primer evento, ocurre cuando R. tenía 10 años y su madre fallece en el parto de su hermana Francisca producto de una septicemia. La consultante refiere que este evento fue muy doloroso para ella, quedando al cuidado de sus abuelos y refiriendo un temor importante hacia el embarazo. El segundo evento, el nacimiento de R., que emerge en contexto de la indagación inicial sobre el sistema de significados y narrativas de la consultante en el dominio de existencia madre-hija, genera relatos de rechazo en ésta en torno a la niña, refiriendo que no quería tenerla, que pensó en abortar y no lo hizo porque su pareja lo evitó. P., sentía que el nacimiento de R. afectaría su carrera universitaria y la vida que desarrollaba en general, una vida sana y

muy deportista, donde se cuidaba y mantenía una “*imagen corporal*” saludable, lo que para ella tiene un valor importante, según refiere. Tuvo una preparación de parto de 23 horas donde relata que sufrió mucho, ya que tenía 41 semanas de embarazo, por lo cual debieron realizarle una cesárea de emergencia. En el parto, su hija estaba morada, debido a la asfixia del proceso y se le entregó inmediatamente para que fuera amamantada, sin explicarle nada. Fue criticada por los médicos ya que no la amamantó, refiriendo también que verla en ese estado fue impactante para ella. No está demás referir que R. no fue producto de un embarazo planificado y que la consultante refiere que solo se encarga de satisfacer las necesidades básicas de ésta en la actualidad, considerándose una madre negligente y carente de habilidades parentales. En la co-construcción de estos significados se encuentran los eventos descritos, así como las opiniones de O. y la familia de éste en torno al rol de madre de P.

De tal manera, y a pesar que los relatos que desencadenan el problema hayan sido emitidos desde el dominio de pareja (evento ortogonal en el taller de habilidades parentales), desde la comprensión de la TSCN el problema o sufrimiento de la consultante, se aloja en el dominio de existencia madre-hija.

#### 5.4 Análisis y descripción de las conductas problema

Más que referirse a conductas problema, se referirá, en consecuencia al modelo presentado, sobre las narrativas problemáticas que atrapan en el dolor, es decir, a los significados (X) asociados al sufrimiento en los problemas co-construidos. Para ello es imprescindible referirse a las emociones (Y) que otorgan el marco de explicación del problema, donde se identificó tres, consideradas como displacenteras y problemáticas para la consultante y que atrapan su relato en el dolor. Éstas son: culpa, miedo y rabia. Cada emoción y explicación, se desarrolla y co-construye comprendida al alero de un evento crítico (Z), ya sea intra o extra terapéutico. Por ende, se expone en este apartado la co-construcción de cada uno de los problemas psicológicos trabajados en base a lo propuesto por el modelo XYZ de la TSCN, lo que forma la base y guía para definir las posteriores metas del proceso.

Los problemas XYZ 3 y XYZ 4 serán explicitados a lo largo de la presentación del proceso terapéutico.

#### 6.4.1 Problema XYZ 1

Dominio de existencia madre-hija

- X (Explicación) : *“No quiero a mi hija, soy mala madre”*  
Y (Emoción) : Culpa  
Z (Por qué ahora) : Taller de Jardín: Competencias Parentales

#### 6.4.2 Problema XYZ 2

Dominio de existencia madre-hija

- X (Explicación) : *“No sé ser mamá”*  
Y (Emoción) : Miedo  
Z (Por qué ahora) : Taller de Jardín: Competencias Parentales

#### 6.4.3 Problema XYZ 3

Dominio de existencia pareja / familia

- X (Explicación) : *“Dejé que influyeran en mí”*  
Y (Emoción) : Rabia  
Z (Por qué ahora) : conversaciones en sesión sobre O.

#### 6.4.4 Problema XYZ 4

Dominio de existencia individual

- X (Explicación) : *“Soy valorada solo por cómo me ven, soy indigna”*

Y (Emoción) : Rabia  
Z (Por qué ahora) : ¿En qué la ayudo? (intra terapéutico)

### 6.5 Establecimiento de las metas del tratamiento

Las metas del tratamiento se centran en facilitar y co-construir una narrativa nueva en P., una narrativa que esté alejada del dolor que le trae a consultar y que emerja desde su propio sistema de significados, de tal forma que le permita, entender y abordar los problemas que se han definido en acuerdo, de forma distinta, o de manera tal que no incluya el dolor en su explicación.

Esto, sin duda, representa una posición político-teórica del modelo, la cual otorga el marco comprensivo y a su vez justifica la decisión de intervención y, por ende, las metas del tratamiento. Desde esta aproximación no se decide directamente potenciar el vínculo y/o generar conductas acorde a ello, como se llevaría a cabo desde otros abordajes tradicionales, sino, más bien, se opta por disolver las narrativas que atrapan en el dolor a la consultante. Para ello, y en consecuencia al modelo de la TSCN, a los problemas co-construidos planteados y a la posición teórico-política del modelo, es que las metas del tratamiento se centran en la disolución de las emociones de culpa, miedo y rabia que emergen en las narrativas de la consultante.

Los focos de intervención se relacionan con los dominios de existencia en los que emergen los problemas, por ende, se acordó con la consultante el trabajo en torno al dominio de existencia madre-hija, en relación a los significados y emociones asociadas a su rol de madre, al dominio de pareja-familia, en relación a O. y a su familia como participantes activos en la co-construcción de significados dolorosos en torno a su rol de madre y finalmente, el dominio de existencia individual que se ve amenazado en relación a narrativas sobre la imagen personal, teniendo como foco interventivo, la comprensión y re-significación de relatos asociados a la dignidad, en referencia a su imagen corporal.

## 6.6 Estudio de los objetivos terapéuticos

En función de concretar las metas y focos terapéuticos previamente mencionados, se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos asociados a los problemas referidos:

### 6.6.1 Objetivo Problema XYZ 1 : *“Culpa de ser mala madre”*

- De-construir el problema y co-construir explicaciones que permitan nuevas posibilidades de acción más adaptativas al contexto, al propio sistema de significados personales y preferencias para la vida de la consultante.

### 6.6.2 Objetivo Problema XYZ 2: *“No sé ser mamá”*

- Ofrecer un contexto conversacional para la emergencia de significados menos dolorosos amplificando y enriqueciendo relatos alternativos en torno al problema.

### 6.6.3 Objetivos Problema XYZ 3: *“Dejé que influyeran en mí”*

- De-construir en la consultante la definición de identidad sobre maternidad que emergió en base a los relatos de O. y su familia.
- Co-construir una explicación menos dolorosa del problema mediante el enriquecimiento de relatos excepcionales en el dominio de existencia madre-hija.

### 6.6.4 Objetivo Problema XYZ 4: *“Soy valorada solo por cómo me ven, soy indigna”*

- Fomentar en la consultante otras formas de ser valorada en función de la de-construcción de su definición de “ser indigna” basada en su imagen corporal.

### 6.6.5 Objetivo transversal

- Dar testimonio de la historia de cambio terapéutico y los nuevos significados de la

consultante mediante la co-construcción de una canción en el cierre del proceso.

### 6.7 Selección del tratamiento más adecuado

El tratamiento, o mas bien, la forma de abordaje terapéutico empleado en el proceso, corresponde a la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. Se selecciona tal, porque es una terapia respetuosa para con un otro consultante, que no busca establecer leyes generales del cómo hacer psicoterapia ni de cómo debe ser un proceso, muy por el contrario, busca acentuar la particularidad que existe en cada persona, respetando la onto-epistemología y preferencias para la vida de cada consultante. Tal giro onto-epistemológico permite comprender de forma intrínsecamente genuina el dolor o sufrimiento que aqueja a una persona en sus significados. Desde tal comprensión, se considera esta forma de pensar en psicoterapia como la más adecuada para el caso, ya que invita a entender y abordar el proceso terapéutico de forma dinámica, constantemente en construcción y de forma emergente, ofreciendo un norte o guía claro, no determinado a priori, sino orientado en todo momento a través del modelo XYZ.

La TSCN permite una concepción del problema que trasciende lo dicho sobre la persona mediante etiquetas diagnósticas, que en el presente caso correspondería a la distinción de Trastorno Bipolar tipo II u otros trastornos en relación al vínculo. No obstante, se considera como un antecedente importante en la vida de la consultante, tanto por la definición de terceros como en su propia definición de identidad, sin embargo, no determina ni condiciona para el terapeuta, una comprensión y/o abordaje determinado, considerando además, que éste nos referido como un problema central ni periférico por la consultante.

La selección del modelo también se fundamenta en la coherencia onto-epistemológica que ofrece respecto al propio terapeuta, la cual está en total sintonía con éste, y según se considera, permite la incorporación de la ontología personal, así como del sistema de creencias y significados propios del terapeuta en el proceso, lo cual lejos de ser una dificultad que limite la “neutralidad y objetividad”, se posiciona como un recurso, que entre muchas cosas, permite la innovación y la utilización creativa de algunos medios de

arte en terapia, como es el caso de la música, permitiendo la incorporación de los conocimientos y recursos del terapeuta en esta área.

6.8 Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

Dada la importancia del lenguaje, y de las narrativas y significados emergentes junto a él, así como con la intención de mantener la congruencia onto-epistemológica ampliamente detallada, es que la evaluación de resultados se centra en las propias narrativas y los significados que emergen en la consultante. De tal manera, se realiza una comparación de las narrativas que existen antes del proceso terapéutico respecto a las narrativas emergentes posteriores a la terapia. No obstante, también tiene una importante consideración el cambio de narrativas dentro de las sesiones y entre sesiones, tomando también como un medio de evaluación de resultados, los cambios que surgen, en la consultante, en torno a las explicaciones de los 4 problemas co-construidos en sesión, así como el cambio en los relatos de la emoción a la base de cada explicación.

#### 6.9 Aplicación del tratamiento

El proceso terapéutico tuvo cabida en 7 sesiones más 1 sesión de seguimiento. Los encuentros tuvieron lugar en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso con una duración aproximada de 60 minutos cada uno y con una frecuencia quincenal.

Tal como se refirió con anterioridad, la presentación de la intervención se realizará guiándose por los problemas co-construidos (XYZ, dominio de existencia e intervención) y no necesariamente por el orden cronológico de las sesiones. No obstante, el detalle sesión a sesión puede verse en anexos (ver anexo 4).

## 6.9.1 Problema XYZ 1

### *Dominio de existencia madre-hija*

<b>X</b> (Explicación)	: “ <i>No quiero a mi hija, soy mala madre</i> ”
<b>Y</b> (Emoción)	: Culpa
<b>Z</b> (Por qué ahora)	: Taller de Jardín: Competencias Parentales

#### 6.9.1.1 Objetivo

- De-construir el problema y co-construir explicaciones que permitan nuevas posibilidades de acción más adaptativas al contexto, al propio sistema de significados personales y preferencias para la vida de la consultante.

#### 6.9.1.2 Intervención

Si bien la queja inicial de la consultante se desarrolla en torno a la narrativa “*no tengo habilidades parentales*”, lo que se construye como primer problema trabajable, y lo que por ende, se distingue que prepondera más en su relato y le genera mayor sufrimiento, es la emoción de culpa por sentir que no quiere a su hija R.. Por ende, se busca generar un cambio en la explicación “*no quiero a mi hija*” que genera culpa en la consultante, para ser reemplazada por la narrativa “*nadie me enseñó a ser mamá*”, que emerge en el desarrollo de la terapia y que libera de la culpa, no obstante, se asocia a la emoción del miedo en la consultante, por el desconocimiento de tal rol, lo que genera la co-construcción del problema 2 que se describirá posteriormente.

La intervención propiamente tal se centra en una deriva conversacional sobre la historia de la consultante y sobre su familia, donde emerge el evento del fallecimiento de su madre, que como se ha referido, muere en el parto de la hermana menor de la consultante, producto de una septicemia. De tal forma, se co-construye junto a la consultante un relato basado en que no hubo un referente materno para ella desde los 10 años de edad, así como nadie que ocupara ese lugar en la actualidad con el nacimiento de

su hija. Lo anterior se realiza mediante algunas preguntas como: ¿Cómo aprendió a ser mamá?, ¿Quién o quienes la apoyaron? ¿Cómo resolvió sus dudas en el hospital cuando recibió a R.?, ¿Cómo logró amamantar a R. por primera vez? ¿Supo cómo sostenerla? ¿Cómo podría describir la sensación o emoción que tuvo la primera vez que vio a R.? ¿Cuando la recibió con su piel morada, le explicaron o supo qué le pasaba?. Estas preguntas abren campos de respuesta centrados en relatos como: *“nadie me enseñó como ser mamá”, “no había nadie a mi lado que me dijera como hacerlo”, “en el hospital me entregaron a R. sin darme ninguna explicación de por qué estaba así”, “fue impactante, no sabía como sostenerla ni darle leche, tampoco me dijeron como”*. Este tipo de preguntas y sus respuestas, de-construyen el relato asociado a no querer a su hija y a sentirse culpable por ser considerada una mala madre, moviendo a la consultante a otro escenario de significación centrado en la ignorancia, en el mejor sentido de la palabra, sobre lo que es ser madre, ya que no hubo nadie que le enseñara o aconsejara cómo hacerlo, por ende, se disuelve la emoción de la culpa y se da paso a una segunda construcción del problema.

## 6.9.2 Problema XYZ 2

### *Dominio de existencia madre-hija*

X (Explicación)	: “No sé ser mamá”
Y (Emoción)	: Miedo
Z (Por qué ahora)	: Taller de Jardín: Competencias Parentales

### 6.9.2.1 Objetivo

- Ofrecer un contexto conversacional para la emergencia de significados menos dolorosos amplificando y enriqueciendo relatos alternativos en torno al problema.

### 6.9.2.2 Intervención

Luego de que la culpa se disolviera, emerge el significado asociado al desconocimiento de información sobre la maternidad, es decir, a no saber cómo llevar a cabo dicho rol con

su hija. Esta explicación genera miedo en la consultante, la que si bien y al igual que la culpa, es una emoción displacentera para ella, es una emoción menos aguda, según su relato, por ende, más trabajable y menos dolorosa. El foco interventivo se centra en ofrecer un contexto que favorezca la aparición de relatos alternativos a partir de eventos excepcionales en torno al significado co-construido de *“no sé ser mamá”*. Para ello, se realizan preguntas orientadas a eventos en los que se considera que la consultante ha *“sabido”* ser madre, o dicho de otra manera, preguntas orientadas a acciones concretas donde se pueda apreciar que la consultante se ha preocupado por su hija, entre otras acciones. Esto se lleva cabo mediante preguntas como: *¿De qué manera logró transformar esta sensación inicial hacia R. en fuerza para trabajar y satisfacer sus necesidades básicas hoy en día?, ¿Cómo fue que decidió suspender el Litio durante el embarazo, que quería evitar? ¿Cuándo ud. juega tenis con O., con quien se queda R.?. Tales preguntas, llevan a derivas conversacionales que generan relatos en la consultante como: “Suspendí el litio porque leí las contraindicaciones en el embarazo, podía optar por suspensión o por dosis bajas”, “decidí suspenderlo porque a pesar de todo dije: tengo que cuidar a este ser humano, no merecía eso ella”. Se aprecia que cuando ella y su pareja van a jugar tenis, la consultante se preocupa de dejar a R. con una tía, refiriendo que *“sé que queda bien cuidada, quedo tranquila”*, así como también emergen relatos sobre protección hacia R.: *“La aseguro si siento que me van a asaltar”, “La iba a ver mil veces por si había una araña”, “A veces ella es mi todo”*. Se enriquecen estos significados comentándole que la mayoría de las personas no se preocupan o cuidan a quienes no les importan, en función de que distinga que sus acciones denotan que R. le importa.*

Finalmente, emerge en la consultante un relato asociado al fallecimiento de su madre: *“Cuando estuve embarazada tenía miedo de pasar lo mismo que pasó mi mamá y no quiero que a R. le pase lo que me pasó a mí”*, lo anterior en referencia a no contar con una figura materna en su desarrollo. De tal manera, la consultante visualiza que sí ha sabido ser madre y que hay muchas acciones concretas que lo confirman, por ende, se cambia la narrativa de *“no sé ser mamá”* a *“hice lo mejor que pude en las condiciones que tenía”*. Con estas últimas se hace referencia al contexto en el que la consultante estaba situada cuando emerge el problema, es decir, a la falta de apoyo a la maternidad, a la

escases de referentes significativos, a la incertidumbre y miedo que conllevaba para ella el embarazo, al desconocimiento de cómo ser madre, a la historia de embarazo y posterior fallecimiento de su madre, a las críticas a las que se vio expuesta, etc. Ortega y Gasset (1897) refiere: “Yo soy yo y mi circunstancia”, que en una simplificación máxima, viene a decir que la vida humana está formada por el hombre y su contexto, ligados indivisiblemente. De tal manera, el contexto o circunstancias descritas, configuran el escenario donde se desarrolla el problema que emerge en la consultante, condicionando de tal forma, la vida humana de esta. Sin embargo, al darse cuenta que era una madre con habilidades y que en múltiples situaciones cumplía su rol con acciones concretas, disuelve el miedo asociado a la explicación anterior.

Luego de esta intervención y del giro discursivo que va emergiendo en la consultante, se aprecian efectos centrados en el cambio de la posición y disposición de su rol de madre, favoreciendo el vínculo positivo con R. Esto se logra por medio del alivio de la culpa y de la distinción co-constructiva en terapia del afecto hacia su hija, al margen de discursos dominantes de cómo ser “buena mamá”, abriendo la posibilidad al aprendizaje de como “ser mejor”, pero desde su propio sistema de creencias. Se ahondará sobre los efectos del giro discursivo en su relación madre-hija en el apartado de evaluación de eficacia del tratamiento.

### 6.9.3 Problema XYZ 3

Dominio de existencia pareja / familia

- X** (Explicación) : “Dejé que influyeran en mí”
- Y** (Emoción) : Rabia
- Z** (Por qué ahora) : Relatos sobre O. (intra terapéutico)

### 5.9.3.1 Objetivos

- De-construir en la consultante la definición de identidad sobre maternidad que emergió en base a los relatos de O. y su familia.
- Co-construir una explicación menos dolorosa del problema mediante el enriquecimiento de relatos excepcionales en el dominio de existencia madre-hija.

### 6.9.3.2 Intervención

Luego de que se disolvieran las emociones displacenteras de la culpa y el miedo mediante el cambio en la explicación, se busca comprender la importancia de O., la configuración de su relación de pareja y por sobre todo, la participación de éste en la co-construcción de los propios significados de la consultante sobre su rol de madre. Se opta por ello, ya que como se ha referido, las narrativas son significados compartidos y co-construidos en relación, y O. tiene gran importancia en esto ya que el “*por qué ahora*” del problema XYZ 1 se relaciona con que éste le refiere a la consultante que no cuenta con habilidades parentales en el taller del jardín, lo que lleva a P. a consultar, por ende, se indaga en su relación. De tal forma, y mediante la deriva conversacional sobre el tema, es posible referir que O. es el sustento económico para P. y R. y ahí recae su importancia en la construcción del problema. No era menor para la consultante tomar en cuenta la opinión de O. sobre sus “*habilidades parentales*”, ya que existía la posibilidad de que él se fuera de la casa si P. no tomaba en cuenta sus comentarios y sugerencias, como había ocurrido anteriormente en su historia de pareja, perdiendo el aporte monetario que éste otorgaba a la consultante y su hija, de tal forma, P. hace suyas las críticas de su pareja en torno a su rol de madre, llevándola a consultar, ya que de otra manera, no habría podido solventar los gastos de su hijo, los propios, ni continuar con sus estudios universitarios. Frente a preguntas como ¿quién es O. para ud.? O ¿qué opina él respecto a su rol de madre?, es posible apreciar relatos como: “*O. me criticaba, me decía que tenía que internarme, que estaba loca y que luego retomaríamos la relación*”, “*él me faltaba el respeto y su familia también*”, “*él y su mamá me decían que iba a matar a R. porque no sabía darle leche ni bañarla*”, “*O. me decía: tú estás loca, nunca cambiarás, no sirves para nada*”, “*yo no*

*estoy enamorada de él, solo estoy con él porque aun no soy independiente”, “me expuso en público en taller del jardín. Me sentí vulnerable y me afectó”.*

La intervención se centra en dos caminos conversacionales, que tributan a cada uno de los objetivos referidos para este problema. El primero en torno a develar que tanta voz o importancia tenían los relatos de esas personas, O. y su familia, en la vida de la consultante. Esto se lleva a cabo a través de preguntas como ¿qué tan importante es la madre de O. para Ud.? O ¿cómo fue que lo que dijeron esas personas influyó tanto en Ud.?, ¿Qué sabían esas personas sobre Ud. y su historia?. Tras la deriva conversacional, se genera un cambio de narrativas co-construyéndose lo siguiente: *“aquellas personas que hablaron sobre mi rol de madre, no tenían idea de mi historia, ni cómo me sentía, ni lo que realmente pasaba”*, por ende, la importancia de estas personas se vuelve relativa, según su relato, refiriendo que: *“Yo creo que fui insegura y dejaba que sus comentarios me influyeran. No es que no tuve habilidades, solo pasaba por un momento malo”* o *“Yo no la quise dejar sola (a R.), a pesar de que nadie confiaba en mí”*. De tal forma su explicación y narrativa cambia, por ende, la consultante disminuye la emoción de rabia. Es aquí donde comienza el 2do foco de intervención, ya que esta nueva narrativa centrada en *“pasaba por un mal momento, en realidad si tengo habilidades”*, abre un amplio campo de narrativas que se busca enriquecer en torno al auto reconocimiento de la consultante sobre acciones que ella realiza y que, bajo sus significados, considera como sinónimo de ser *“buena madre”*. La intervención se centra en el registro escrito de tales acciones por parte del terapeuta en sesión, mientras la consultante sin instrucción, libre y voluntariamente las relata, lo que mediante el reflejo y feedback se vuelve a poner en conversación. Por ejemplo, la consultante refiere libremente en sesión : *“R. estuvo resfriada y le compré un remedio”* o *“a veces llora y llora y me agota, pero leí que esa es su forma de darse a entender”*. Por consiguiente, el terapeuta genera un reflejo y feedback de tales narrativas, promoviendo su enriquecimiento, por ejemplo: *“Me comentó que R. estuvo enferma y que salió a comprarle un medicamento para que ella estuviera mejor, me da la impresión según lo que me dice, que este gesto de cariño y preocupación les hizo sentir bien a ambas, ¿que opina Ud.?”* o *“Me parece increíble que a pesar de que no haya tenido a quien preguntarle sus dudas sobre cómo ser mamá, se las arregle buscando información y leyendo sola, sin*

duda creo que es una madre responsable, autónoma e independiente, ¿Cómo lo evalúa ud.?” De tal forma, su nueva narrativa se ve enriquecida mediante la descripción rica de logros aislados, emergiendo significados como: “*Creo que he cumplido bien mi rol*”, “*la cuidé, cuando estuvo enferma*”, “*me mentalizo que es un bebé y no tiene más formas de expresarse*”, “*me informo y leo*”, “*he generado un buen vínculo con ella, me elige, se siente bien conmigo, me reconforta, veo una niña feliz*”, “*Hoy no me importa mucho lo que él piense respecto a mis habilidades, ahora veo que es mentira*”, “*Yo si tengo habilidades, yo soy la que me hago cargo de ella y está bien gracias a mí, yo he tomado las decisiones*”.

Todos los problemas trabajados hasta el momento se encontraban relacionados en más de alguna forma, por ende, la disolución de uno también influía en el otro, incluso en los que no se encontraban en el mismo dominio de existencia. Desde este punto, se disuelve en la consultante la culpa, el miedo y la rabia, incorporando un nuevo significado respecto al tipo de madre que ha sido con su hija, tal como se ha referido en el cambio de sus narrativas. El cambio de narrativas, viene aparejado con acciones concretas hacia R. como mayores muestras de preocupación, mayor estimulación, generación de instancias de juego, menos “*pataletas*” de R., entre muchas otras acciones que tienen satisfecha a la consultante y que dan cuenta en su narrativa de la disolución de su sufrimiento.

#### 6.9.4 Problema XYZ 4

Dominio de existencia individual/social

**X** (Explicación) : “*Soy valorada solo por cómo me ven, soy indigna*”  
**Y** (Emoción) : Rabia  
**Z** (Por qué ahora) : ¿En qué la ayudo?

##### 6.9.4.1 Objetivo

- Fomentar en la consultante otras formas de ser valorada en función de la deconstrucción de su definición de “*ser indigna*” basada en su imagen corporal.

#### 6.9.4.2 Intervención

Como se refirió en el apartado anterior, el dolor que trae la consultante se encuentra disuelto, lo cual se explicita en sesión mediante la retroalimentación sobre el proceso y el cambio en sus narrativas. Por ende, y en miras de plantear el alta terapéutica, se realiza la pregunta ¿En qué puedo ayudarla ahora?, donde la consultante responde *“he revertido toda mi historia, menos la concepción de mi imagen corporal”*. De tal forma, a través de un curioso, se busca comprender el significado de lo que la consultante denomina imagen corporal, llegando a relatos como *“Me encuentro fea y gorda”, “siempre me siento al último o al lado de la puerta, quiero pasar desapercibida”, “me ando camuflando, a la defensiva”, “me preocupa el cuerpo y ser valorada por eso”, “la dignidad de la sociedad está puesta en cómo te ven”, “ser gorda es un antivalor de la sociedad”*. Es así como se co-construye que la explicación del problema se centra en definirse como indigna, en relación a cómo ella valora su cuerpo y como la sociedad lo hace, lo que emerge junto a la emoción de la rabia.

La intervención se lleva a cabo mediante la búsqueda de excepciones al relato, es decir, en buscar instancias en su historia pasada y actual sobre otras formas de ser valorada, por consiguiente, otras formas de ser digna, dejando de lado el foco en el problema. De tal manera, emergen en sesión cuatro tipos de historias excepcionales sobre dignidad, como respuesta a la pregunta: ¿Recuerda, en su historia actual o pasada, algunas acciones, situaciones o personas con las que se sintió valorada y que quisiera compartir ahora?.

- Historias del deporte: Principalmente en relación al tenis, deporte que la consultante desempeña óptimamente y donde refiere tener recursos. Menciona que en el tenis se ha sobre puesto a sus limitaciones físicas, ha logrado ser hábil y sacar partidos adelante a pesar de ir perdiendo. Ha logrado superarse a pesar que su padre le refería que *“jamás podría jugar tenis por ser gorda”*. Refiere que el tenis le da seguridad y es aplaudida cuando hace buenos puntos: *“en el tenis logro sentirme valorada”*.

- Historias de liderazgo: La consultante refiere haber sido presidenta de curso durante toda la media, e incluso haber llegado a ser la presidenta del centro de alumnos en un colegio Masón. Puntualiza aquello ya que su ideología era distinta y logró ser elegida. Se indaga sobre cómo llegó a ser elegida y refiere que sus compañeros la querían mucho porque respondía a las necesidades del curso, porque hacía cosas para evitar las injusticias, inspiraba confianza y por que era coherente y contestataria. Muchos años de su vida fue valorada como presidenta, siendo re-electa 4 veces, además de ser la presidenta del centro general de alumnos de un colegio con creencias distintas a la suya en 4to medio.
- Historias de valentía: Señala que en su infancia se dedicaba al motocross, refiriendo que lo hizo porque mucha gente le decía que jamás podría hacerlo. Refiere que pudo superar todas sus frustraciones y que hacerlo le ayudó a sentirse más valiente.
- Historias de vida excepcional: Se recapitulan los principales hitos en su vida y lo difícil que fue ésta siendo criada hasta los 10 años por su padre, el fallecimiento de su madre, luego criada por sus abuelos, todos eventos cargados de dolor, sin embargo, la consultante refiere que pudo revertir su historia. Hoy tiene dos trabajos y además está en el último año de la carrera de derecho, y por si fuera poco, es madre de una niña de un año. Se significa que su vida es admirable y ella refiere sentirse orgullosa de cómo ha revertido el dolor de su historia hoy día.

De tal manera la consultante significa que es posible ser valorada de muchas formas y que en su vida existen innumerables ejemplo de ello, pasando *“la imagen corporal”* a un segundo plano en su narrativa. La narrativa de *“Soy valorada solo por cómo me ven, soy indigna”* centrada en la rabia, pasa a ser *“he sido valorada de muchas formas, he sido digna pero no lo veía, hoy tomaré las riendas de mi dignidad”* disolviéndose la emoción displacentera.

## 6.9.5 Co-construcción de canción

### 6.9.5.1 Objetivo

Dar testimonio de la historia de cambio terapéutico y los nuevos significados de la consultante mediante la co-construcción de una canción en el cierre del proceso.

### 6.9.5.2 Intervención

A continuación, se presentan en detalle, las características y/o elementos clave del proceso de co-construcción de la canción basados en la experiencias de Denborough (2002), Weber (2009) y Hegarty (2009), no obstante, también se incluyen modificaciones o incorporaciones del propio terapeuta.

- Dedicación extra-terapéutica: La construcción de la canción propiamente tal, se lleva a cabo en el espacio extra terapéutico, donde es necesario dedicar tiempo para su composición musical y definición de la historia de cambio inserta en ella. No obstante, hay momentos en que se presenta dentro de la sesión, principalmente en relación al punto de representatividad de la historia, que será detallado posteriormente.
- Canción de esperanza: Se denomina de tal forma, ya que es una canción que está centrada en los recursos de la consultante, y no representa, bajo ningún punto de vista, las limitaciones o carencias que pudiesen dar fuerza al problema.
- Historias narradas en 1ª persona: Importante punto centrado en el tipo de narración de la canción, ésta es siempre en 1era persona, independiente que el sexo del terapeuta sea distinto al del consultante, como es el presente caso. Esto, se cree, otorga un mayor sentido de pertenencia de la propia historia.
- Citas textuales de la consultante: La letra de la canción no es escrita al azar, o en base a lo que el terapeuta quiera expresar respecto a la consultante. La canción está escrita con citas textuales, o a veces parafraseadas, en base a las notas de sesión realizadas por el terapeuta sobre el desarrollo del problema y la historia de la consultante.

- Sistema de creencias: De tal forma, las citas textuales elegidas, responden al sistema de creencias de la consultante, es decir, en base a lo que ella distingue como importante, y debe ser congruente con su ontología personal, de lo contrario la representatividad se ve limitada.
  
- Asegurar representatividad de la historia: Es importante realizar acciones concretas que aseguren que lo que el terapeuta está distinguiendo a través de elementos lingüísticos en la canción, es representativo de la historia de cambio de la consultante y como forma de tributar al proceso co-constructivo de la canción. Para ello se presentó en sesión un bosquejo escrito de la canción, con lo que podría ser su estructura final. De tal manera, se pregunta directamente si tal descripción sobre su historia le representa, si desea hacer alguna crítica, sugerencia o cambiar algunas frases. La consultante se sintió totalmente representada, esto en base a lo expresado en su lenguaje verbal y no verbal, emocionándose por el registro escrito de su historia.
  
- Título: Se propone a la consultante que ponga el título de su historia, y por ende, de la canción. Es importante porque el título es un concepto lingüístico que sintetiza la historia de la consultante y que debe representarle. La consultante refiere que el título “*Renacer*” responde a su historia de cambio. Su justificación es que siente que la canción describe cómo ella ha vuelto a nacer y ha vuelto a ver la vida de otra manera. Así también el título “*Renacer*” tiene un fuerte componente emocional, intrínsecamente relacionado con su proceso terapéutico y los temas abordados, ya que renacer es el significado del nombre “R.”, su hija.
  
- Historia con trama cronológica : Es importante que la historia tenga un orden cronológico que otorgue cierta estructura, esto se relaciona directamente con la presentación de narrativas previas al proceso y posteriormente las nuevas narrativas, que dan cuenta del cambio terapéutico. Para ello se incorpora el pasado: lo superado, lo sobrevivido; el presente: los nuevos significados co-construidos explícitos; y el futuro: la esperanza, la nueva forma de seguir emergiendo en la praxis cotidiana.

- Historia vinculada a terceros significativos: Los significados no se construyen de forma aislada, sino en relación, y como se ha referido, en relación a personas que son importantes para los consultantes, por ende, se considera que éstos deben ser incorporados en una historia que representa el cambio en la consultante, ya sea personas importantes en el mismo proceso terapéutico, como en la historia de vida. Por ende, la canción incluye explícitamente a R., quién se configura como una persona muy significativa para la consultante y en la que por cierto, se centra mayoritariamente el proceso psicoterapéutico.
  
- Parámetros musicales: como se ha referido, la música tiene diversos efectos en las personas en base a la combinación que se realice de ciertos parámetros como: 1) Armonía. Se utiliza una melodía suave y dulce que invite al relax y contacto con emociones placenteras. 2) Ritmo. Se comienza con un ritmo lento que facilite el contacto con las historias superadas y se culmina con un patrón más rítmico y rápido en relación a la nueva historia. 3) Acordes. La progresión de acordes comienza con secuencias menores y culmina con secuencias mayores, que invitan a la alegría y esperanza, en congruencia con la nueva historia narrada. De tal manera, la configuración de la canción es única y al ser una canción que cabe dentro de la categoría popular, se caracteriza por su simpleza y facilidad de ser aprendida.
  
- Relación entre letra y música: en consecuencia con la idea anterior, los coros de la canción, donde cambian los parámetros musicales descritos, se asocian a significados fuerza, o narrativas importantes para la consultante, que fueron ampliamente trabajadas en sesión, en función de lograr una asociación que evoque emociones, en ningún caso displacenteras.
  
- Producto co-construido: Si bien la música es compuesta por el terapeuta, la letra de la canción, que no es más que la propia historia de cambio de la consultante, es facilitada por ella. No obstante, las distinciones en el papel sean propuestas en una primera instancia por el terapeuta en base a citas textuales, éstas se encuentran en todo

momento sujetas a la representatividad de la consultante, por ende, sujeta a cambios o sugerencias. El proceso de co-construcción de canción se plantea a la consultante de la siguiente forma: “Ud. aporta la letra, que es su historia. Yo, por mi parte, la música.”

- Entrega de historia y canción: El producto, es decir la canción y su letra, es entregado a la consultante. Éste fue entregado vía remota, debido a la distancia geográfica que existe entre la residencia de la consultante (Valparaíso) y la del terapeuta (Talca). Por ende, se envió un correo electrónico a la consultante que llevaba adjunta la canción en formato de audio y un documento en PDF con su historia, es decir, la letra de la canción (para ambos, link de audio y texto, véase anexo 5). El tener ambos productos en formato digital, le permite a la consultante tener acceso a ellos cuando lo desee o necesite. En el correo se explica el contexto de los productos co-construidos así como se invita a emitir una opinión sobre ello, con miras a tener una retroalimentación sobre el impacto que pudo o no tener la canción.
- Respuesta: La consultante entrega una respuesta vía correo electrónico sobre qué le pareció la canción, así como describe lo importante que fue para ella y las emociones que le evocó respecto a su vida y proceso. En anexos se presenta el correo en detalle (Ver anexo 6).

Tanto la canción co-construida y respuesta de la consultante se presentan en sus formatos originales de entrega y recepción respectivamente en anexos, no obstante, y sin perjuicio de lo anterior, también se presentan a continuación a modo de profundizar y complementar la descripción del proceso.

– **Canción co-construida:**

**RENACER**

Por ~~XXXXXXXXXX~~

Creí,  
Los cuentos que contaron de mí.  
Mucha gente  
Me llamó negligente,  
Me cuestionaba,  
Pero en mis zapatos no estaban.

Me sentí, vulnerable y me afectó,  
Fue injusto, fue un gran dolor,  
Pero hoy tomaré  
Las riendas de mi dignidad.

**Para gritar, soy fuerte,  
Me la pude a pesar de todo.  
Tenía miedo y no había  
Nadie que fuera mi guía.**

Quizás, insegura me sentí  
Y dejé que comentarios influyeran en mí.  
Pero habilidades siempre tuve,  
Solo en malos momentos estuve.

**Y hoy no me importa lo que piensen,  
Se quién soy, lo sé firmemente.  
Ahora se de qué trata,  
Mi prioridad siempre fue Renata.**

Nunca la dejé sola,  
a pesar que nadie confiaba en mí.  
Y hoy veo una niña feliz,  
Mi historia revertí.  
Y se que lo estoy haciendo bien,  
Porque soy juez y parte,  
En este mismo instante,  
De cómo estoy viviendo,  
De cómo voy renaciendo.

– **Respuesta de la consultante frente a la entrega de canción co-construida:**

Alejandro:

*Estoy gratamente impresionada de las cosas que se pueden construir a través del seguimiento de la historia de una persona, en este caso una canción. Cuando la escuché me emocioné mucho, y de inmediato en mi cabeza surgieron los recuerdos, desde que recibí a Renata por primera vez en el hospital hasta el día de hoy. Tengo la sensación que resumió todo lo que viví y esto fue una maravillosa forma de poner término a esa etapa. Siento que es una forma única de registrar todo este proceso y creo que cada vez que necesite una palabra de aliento estará esta canción a la cual sin duda recurriré.*

*Creo que esta idea que de registrar testimonios es sorprendente, porque evoca tantas emociones que le dan sentido a lo vivido.*

*Por otra parte, creo que es un privilegio este regalo que entregas a tus pacientes. Sólo tengo palabras de agradecimiento hacia tí.  
Un abrazo enorme, muchas gracias Alejandro.*

*Éxito con tu tesis!*

## 6.10 Evaluación de la eficacia del tratamiento

Como se ha referido y en consecuencia con el modelo presentado, para describir la “eficacia del tratamiento” habría que remontarse, necesariamente, al cambio de narrativas y, por ende, de significados en la consultante, lo que conlleva a la disolución de las emociones displacenteras asociadas, liberándola de su dolor.

Se ha expuesto en detalle tal cambio de narrativas en el apartado de “aplicación del tratamiento”, no obstante, y sin el afán de redundar, se presentarán concisa y brevemente en este apartado con fines descriptivos. En torno al problema 1, que se centraba en la narrativa “*no quiero a mi hija*” (culpa), se genera un cambio en el relato en torno a “*nadie me enseñó a ser mamá*”, que libera de la culpa a la consultante, sin embargo, se asocia a la emoción del miedo. Lo anterior converge en el problema 2, que se centra en la explicación “*no sé ser mamá*”(miedo), lo que se transforma en la narrativa “*hice lo mejor que pude en las condiciones que tenía*”, lo que disuelve el miedo en la consultante. La narrativa del problema 3 se centra en la emoción de la rabia y se asocia al relato “*dejé que influyeran en mí*”, lo que posteriormente da paso a la narrativa: “*Hoy no me importa lo que piensen, ahora veo que es mentira. Yo si tengo habilidades, yo soy la que me hago cargo de ella y está bien gracias a mí, yo he tomado las decisiones*”, disolviendo la emoción de la rabia. Finalmente, el problema 4 centrado en la narrativa “*Soy valorada solo por cómo me ven, soy indigna*” (rabia), se ve modificado por la narrativa: “*he sido valorada de muchas formas, hoy tomaré las riendas de mi dignidad*”, generando que la emoción de rabia que le aqueja, desaparezca.

Se cree que el producto de la canción co-construida es una útil forma de ver el cambio de narrativas, y por ende, de “evaluar el tratamiento”, ya que ésta representa las narrativas de la consultante preexistentes al proceso, donde se alojaba el problema, así como las nuevas narrativas incorporadas en el proceso que disuelven su dolor, convergiendo en su historia de cambio, que es precisamente lo que representa la canción. Por ende, se sugiere acudir a ella en anexos para tener otra fuente de evaluación (ver anexo 5).

Una nueva narrativa emerge junto a nuevas formas de actuar, por ende, éstas también serían indicadores de cambio terapéutico y permitirían “evaluar el tratamiento”. Por tanto, es importante referir que la consultante retomó la rigurosidad de su tratamiento farmacológico, acudiendo a control con psiquiatra de forma voluntaria. Si bien el diagnóstico de la consultante no fue el foco de la intervención, ni tampoco fue abordado, se considera que es un indicador de cambio. Es imposible puntualizar la secuencia de hechos en torno a si la incorporación del tratamiento farmacológico favoreció el cambio terapéutico de narrativas en sesión, o si éstas influyeron en la decisión de acudir a psiquiatra. No tiene sentido precisarlo ya que tal proceso está inmerso en una recursividad infinita de mutua influencia y emerge, sin la necesidad de la consideración de linealidad causal. Lo importante es que tal acción denota un cambio positivo en la consultante, que es posible de ser distinguido por ella, por el terapeuta y por personas significativas para ella. Otra acción concreta que da cuenta del cambio en la consultante y que por cierto, converge en el alta terapéutica, fue un evento extraordinario, en el que la consultante acude a control médico de R.. Una enfermera culpa a la consultante por el dolor de estómago que su hija tenía en ese instante, y en el mismo lugar una parvularia cuestiona la crianza que le daba a su hija, así como que esté estudiando y no dedicándose totalmente a R., refiriéndole éstas que: *“los hijos siempre deben estar primero”*. La consultante se molestó por estas descripciones y refiere que actuó distinto a como lo hubiera hecho antes, previo a la terapia, refiriendo : *“no me compré el cuento, no callé lo que pensaba. Nadie me dirá cómo debo ser mamá”, “yo soy Juez y Parte”*. De tal manera, otorgó una serie de argumentos a estas personas, para demostrar que estaban equivocadas y, defendiendo su punto de vista, no permitió que las distinciones de las profesionales sobre su rol de madre, influyeran sobre las nuevas narrativas y significados co-construidos en el proceso terapéutico, en torno a su nueva forma de vivir la maternidad. Luego de tal situación, se plantea el alta terapéutica, como evento culmine de una nueva historia, alejada del dolor que le trajo a consultar.

Es indudable que existe un cambio en la posición de P. respecto a la maternidad, lo que da cuenta, también, de la evaluación de eficacia del tratamiento. De tal manera, esto se

ve reflejado en el vínculo madre-hija, en acciones concretas como: Cuidados efectivos en torno a situaciones de enfermedad de R., otorgándole los cuidados necesarios para su salud y promoción de bienestar; existe una incorporación de R. en las actividades cotidianas de P., como incorporarla en sus lecturas académicas o labores del hogar, manteniéndola cerca; se generan instancias de “vinculación positiva” que no se visualizaban antes, como lectura de cuentos, estimulación cognitiva (lenguaje y memoria), y participación conjunta en juegos. Por parte de R., existe una menor frecuencia de “pataletas” y de llantos incontrolables, y cuando estos ocurren, P. es capaz de responder adecuadamente a las necesidades de R, existiendo por tanto, una apreciación de comunicación efectiva entre ambas; existe mayor frecuencia de risas en R. y una búsqueda activa hacia su madre. Desde una lógica tradicional, es posible referir que ha existido un aumento importante en la calidad del vínculo, configurando un apego de tipo seguro entre la diada.

#### 6.11 Seguimiento

Se realiza una sesión de seguimiento a la consultante en el centro de atención psicológica de la Universidad de Valparaíso a los 4 meses de transcurrida la última sesión. Se precisan los significados actuales en torno a los principales problemas abordados en sesión. De tal manera se presenta un breve ejemplo de las narrativas que emergen en esta sesión de seguimiento en torno aquello que en algún momento fue causante de sufrimiento para la consultante y/o que es importante para ella o para el proceso.

– **R.**

¿Cómo ha estado R.? ¿Qué situaciones o experiencias dan cuenta para ud. que ella y ud. están bien?

- *“Está muy bien, juego con ella, la estimulo, la integro, estudio con ella, no me molesta, soy tolerante, conversamos juntas”.*
- *“Es tan inteligente, tan activa, le gustan cosas que a otros niños no, aprendió a contar hasta el 9, me pasa las pantuflas, me hace masajes espontáneamente cuando estoy cansada”*

- *“La tía del jardín la quiere subir de nivel porque va más avanzada que sus compañeros”*
  
- **O.**
  - ¿Cómo se ha desarrollado la relación con O. este último tiempo? ¿Qué es lo que más le agrada de esta nueva forma en la que han logrado relacionarse? ¿Qué actividades han realizado juntos últimamente que han sido importantes para Ud.?
  
  - *“Jugamos tenis, está tomando fuerza la relación, hay mayor interés, me apoya en serio, no solo en lo económico. Me defiende, ahora cree en mí y en mis habilidades”*
  - *“La relación está tranquila, nos apoyamos mucho, ha estado muy presente y descansa sobre él”.*
  - *“Me acompañó a comprar ropa, me ayudó a tomar seguridad”*
  
- **“Imagen corporal”**
  - ¿Cómo ha combatido esta nueva P. el tema de la imagen corporal que en algún momento le aquejó? ¿Ha habido nuevas historias que hayan enriquecido su dignidad?
  
  - *“Le he restado importancia, hay cosas más importantes. Gorda o fea, lo que importa son mis capacidades, es transitorio. Prefiero estar así y preocuparme por mi carrera que ser flaca y echarme todo. Sacar mi carrera es por R.”*
  - *“Ya no me siento tan poca cosa con la ropa, lo importante es tu trabajo, sé que puedo ser buena, las personas confían en mí”.*
  - *“Me siento importante en mi práctica profesional porque ayudo a gente que no tiene recursos, no sabía que tenía esta vocación social”*
  
- **Canción**
  - ¿Qué significó para Ud. la canción?

- *“Sinceramente, no la he vuelto a escuchar, pero a veces recuerdo frases clave”.*
  - *“Es como un consejo de ti misma, una especie de salvavidas al que puedes recurrir”.*
  - *“Será algo que me va a recordar que los problemas son estados, uno no es así”*
  - *“La canción soy yo demostrándome a mi misma que puedo salir adelante”*
  - *“Es mi escala de valores, no la de otra persona, dándome un consejo”*
- **Tratamiento farmacológico**
- ¿En que situación está respecto a su tratamiento farmacológico?
- *“Dejé completamente el clonazepam, abruptamente, lo pasé muy mal corporalmente al dejarlo, pero lo logré”*
  - *“Sigo con mis controles psiquiátricos y continúo con paroxetina y quetiapina”.*
- **Proceso terapéutico general**
- ¿Cómo evaluaría el proceso terapéutico en general? ¿Hubo algo que le gustara o no en particular?
- *“Tuve muchas psicoterapias antes, yo no entiendo de modelos, pero todas eran: Ya, tienes un problema, te doy este consejo.”*
  - *“Acá fue distinto, nunca me dijiste qué hacer, solo me mostraste luces y yo tomé las decisiones, eso me hizo seguir viniendo”.*

## 5.12 Observaciones

Es importante referir que la primera sesión con la consultante se realizó en sala Gesell, encontrándose tras el espejo, la supervisora del terapeuta y los compañeros de supervisión. Normalmente, la sala espejo trae consigo cierto nerviosismo para el terapeuta

por ser observado y evaluado en tal instancia, y este caso no es la excepción. Por otro lado, también para la consultante representó cierta incomodidad inicial, según se observó en su lenguaje no verbal, no obstante refiriera que no le complicaba la situación. En los últimos minutos de la sesión, el terapeuta sale del box para recibir instrucciones de supervisora y tras unos minutos, retorna a sesión con apoyo de ésta. Lo anterior, lejos de afectar negativamente el proceso, por la incorporación de un tercero, lo favoreció, en la medida que otorgó más seguridad al terapeuta y una conexión genuina con el sufrimiento de la consultante.

Si bien se refirió que las sesiones fueron cada 15 días, esto era relativo al calendario de clases, ya que por motivos de distancia, el terapeuta sólo podía atender los días que se dictaban actividades académicas en contexto del programa de magister en Psicología Clínica, por ende, no siempre existió esa regularidad quincenal, espaciándose hasta 3 o 4 semanas en alguna oportunidad. Sin embargo, la consultante siempre tuvo una muy buena recepción y disposición respecto al agendamiento de sesiones, por ende, se distingue como una observación más que como una dificultad en el proceso. Al contrario, el trabajo personal entre sesiones fue muy importante y fructífero en el proceso, ya que este espacio entre sesiones le entregaba un tiempo suficiente a la consultante para reflexionar, auto observarse, cometer errores, regularse, realizar cambios y otorgarle un significado a la experiencia, que mediante el relato, compartía en sesión, lo cual se infiere, favoreció que el proceso, y por ende su malestar, no se extendiera más allá de las siete sesiones en las que se desarrolló.

Es indudable que el valor del lenguaje no verbal, entrega incluso más información que el lenguaje verbal o explícito, no obstante, por dificultades en torno a la distancia, el producto musical co-construido fue enviado por e-mail a la consultante, de tal forma, se pierde información respecto a su impacto y primeras impresiones, sin embargo, como se ha referido, también tiene otros beneficios como por ejemplo, que la consultante no sienta la obligación o presión, tal vez por deseabilidad social, de responder positivamente al producto musical en sesión, es decir, se limita su libertad de expresar que no le gustó, por ejemplo. De tal forma, el e-mail, la deja en total libertad, incluso de no entregar ninguna respuesta. También, el producto de forma digital, le otorga la posibilidad de acceder a él

cuando lo desee, a diferencia de si se hubiera entregado en persona, lo que tendría que haber sido mediante un CD que podría rayarse o simplemente perderse. Y, finalmente, la respuesta por e-mail de la consultante, es un importante medio de verificación escrito de primera fuente, respecto a la deriva que pudo tomar la canción en los oídos de la consultante.

## VII. CONCLUSIONES

Es posible concluir que la TSCN es una postura crítica tanto de las terapias modernas, como también de otras posmodernas, en cuanto busca diferenciarse de otras posturas tomando como base los distintos niveles jerárquicos conceptuales y respondiendo a ellos. Es así como la TSCN pone el acento en lo relacional del ser humano y no en lo intra psíquico, lo cual ubicado en el nivel de paradigma, genera un cambio trascendental en la comprensión y abordaje terapéutico. La posición del terapeuta, desde este modelo, pone acento en los recursos del consultante, buscando que “todos queden bien parados”, lo cual me maravilla, ya que creo en que las personas son intrínsecamente “buenas”, si es posible llamarlo así como distinción personal de un observador. La TSCN respeta, valora y se interesa en la red de significados del consultante, entendiendo que no es posible llevar un proceso óptimo si el terapeuta no se incluye en aquella red y co-construye nuevos significados con el consultante, los cuales permitan llevar a cabo nuevas interpretaciones de la experiencia, alejadas de un temple anímico centrado en el displacer. El TSCN no es un experto en nada que no sea hacer preguntas que movilicen el cambio, por ende no es experto en teorías, ni en técnicas, ni menos en la vida del consultante, por ende, toma siempre una actitud de interés genuino centrada en el curiosear, el no saber y en no dar nada por obvio. Tal postura ética requiere un terapeuta flexible, con imaginación y creativo en el arte del preguntar. Finalmente, el TSCN se hace cargo de sus operaciones de distinción como observador, no considerando la existencia de una verdad única, ni de una objetividad sin paréntesis, si no por el contrario, de comprender cada relato asociado a su circunstancia, red de significados e historia de vida, lo que converge en una psicoterapia cercana y cálida que no busca persuadir, dar consejos o instrucciones, ni cambiar al consultante a merced de lo que espera la propuesta social o el terapeuta, si no por el contrario, prioriza el desocultar el mundo desde su propio Dasein, priorizando la comprensión de su emoción, su explicación y su lenguaje en cada proyecto personal único.

No solo se piensa que lo anteriormente descrito se vea enriquecido con la consideración ontológica, sino que creo que sin ella, no sería posible tal posicionamiento terapéutico. De tal forma, se concluye que la consideración de la ontología personal del

terapeuta, es decir, su sistema de creencias en torno al misterio de la vida, facilitó no solo un alta terapéutica y la disolución del dolor de la consultante, sino que permitió la conversión de una pasión personal del terapeuta en una herramienta terapéutica, esto en referencia a la música. Como se ha mencionado, la TSCN no cuenta con un stock determinado de técnicas, por lo que en congruencia onto-epistemológica, cualquiera es susceptible de ser usada, incluso aquellas que no han sido ampliamente consideradas, como la música, y particularmente la co-construcción de canciones. Se cree que sin éstos espacios para la participación de la identidad única de cada terapeuta en el modelo, tal innovación no sería posible.

En el estudio de caso presentado, se mostró un proceso corto y con buenos resultados, esto en base a las narrativas que emergieron y la disolución de emociones displacenteras en la consultante. La pregunta es ¿qué favoreció o permitió un proceso de tales características?. Infinitas serían las respuestas de todo lo que influye en un proceso terapéutico, lo que no excluye lo extra terapéutico. Sin embargo, es indudable que uno de los elementos que favoreció el proceso es la co-construcción de los problemas mediante el modelo XYZ. Desde la teoría se plantea que su utilidad se basa en otorgar una guía del proceso mediante la co-construcción de problemas trabajables, y desde la práctica ha quedado ampliamente comprobado en el caso presentado. Tal forma de presentar los problemas psicológicos, promueve que el foco terapéutico sea puesto en lo que realmente le importa a la consultante, y no en lo que el terapeuta quiera o sienta que deba trabajar. Por consiguiente, el foco nunca estuvo puesto en el diagnóstico psiquiátrico de trastorno bipolar tipo II con el que la consultante venía, y con el que se presentó en la primera sesión. La TSCN no se centra en la patología, no obstante, tal consideración, permitió, mediante un curioso e interés genuino, la posibilidad de conocer aspectos de su vida donde el problema no había ejercido influencia, aspectos que ni la consultante consideraba en su historia. Tal como se refirió en el apartado de evaluación, respecto a que el foco no haya estado puesto en su diagnóstico, no quiere decir que no haya habido un impacto respecto a ello, por ejemplo, en el interés de retomar el tratamiento farmacológico e ir a consultar espontáneamente a un profesional psiquiatra. Es importante referirlo, porque la

TSCN parte de la premisa de que “somos un cuerpo” y por ende, “biología manda”, aunque este no haya sido el foco de intervención.

La TSCN, como abordaje posmoderno, representa sin duda una posición crítica respecto a los abordajes tradicionales modernos en psicoterapia, lo que se considera una importante fortaleza del modelo. Probablemente el proceso hubiese sido muy distinto de haber seguido una lógica basada en el diagnóstico y los tratamientos tradicionales. No sería extraño, en consecuencia, haber “tratado” a una madre “con depresión pos parto”, “bipolar”, “negligente” y “incompetente” o “sin competencias parentales”, que no responde sensiblemente a las necesidades de su hija, la que por cierto, podría haber sido categorizada con un “apego inseguro”, y por que no, con un “trastorno de apego reactivo” que condicionaría, según la literatura y los estudios tradicionales presentados, el desarrollo posterior de otra “sintomatología psicopatológica.” No obstante, desde la TSCN se puso énfasis no en el déficit si no en los recursos, y en la posibilidad de ejercer una maternidad no centrada en las visiones tradicionales patologizantes de la misma, lo que configuró el alivio del sufrimiento que aquejaba a la consultante. Las distinciones del observador nos dicen más de éste que de lo observado (Maturana, 1978). Esta frase invita a pensar sobre qué observamos en un proceso psicoterapéutico. Desde la TSCN, como ya se ha referido, el foco se centra en los recursos, en lo que la consultante tiene y no en lo que carece. De tal forma, es posible dar cuenta de la consultante como una persona valiente, esforzada, perseverante, cariñosa, alegre, deportista, inteligente, autónoma, independiente, trabajadora, noble, preocupada por el bienestar de sus seres queridos, etc. Es más, si hablamos de los “resultados o eficacia del tratamiento”, se puede referir un proceso satisfactorio, que disolvió el dolor que aquejaba a la consultante, en el que no fue necesario recurrir a la clasificación diagnóstica ni a las posibles visiones del caso desde una perspectiva tradicional hegemónica de la psicoterapia, centrada en las “habilidades parentales” o en la psicopatología del apego. Entender los problemas habitando en el lenguaje, elimina la necesidad de considerarlos como parte de la persona, dando cabida a abordajes psicoterapéuticos respetuosos, que no requieren ni le son deseables, la categorización o la apropiación de etiquetas diagnósticas intrapsíquicas. Ya lo dijo White y Epston (1993): El problema es el problema, la persona nunca es el problema.

No en pocas ocasiones se trivializa la relación del lenguaje con la emergencia de la realidad mediante la frase: “El lenguaje construye realidades” (Maturana, 1989; Gergen 2006), llegando a caricaturizar, muchas veces desde el sentido común, que hablar distinto no cambia en nada la realidad. Sin embargo, el cambio de narrativas, no solo representa un cambio en lo que se dice, si no también en lo que se hace, es decir, una narrativa distinta viene aparejada con acciones concretas, también distintas. De tal manera, la emergencia de nuevos relatos no es solo hablar de una forma distinta o contar(se) historias distintas sobre algún problema o situación, si no que, y en consecuencia a como se ha definido narrativa (Zlachevsky, 2008) y lenguaje (Maturana, 1997) a lo largo de este escrito, éstas historias se materializan en acciones cotidianas o coordinaciones relacionales, que a su vez, permiten ser interpretadas a través del lenguaje con un significado que enriquece estas mismas historias. Estos acontecimientos concretos que forman parte de una nueva trama dramática en la vida de las personas, se configuran como un recurso importante de la TSCN, que invita a pensar que hablar distinto sobre un problema, no es solo un ejercicio cognitivo intra psíquico, sino que tiene consecuencias relacionales, acciones y por sobre todo, cambios concretos. Particularmente, en el caso presentado, las nuevas narrativas co-construidas junto a P. sobre su historia de madre promovieron la emergencia de conductas que no habían sido desarrolladas por ella en torno a la vinculación positiva con su hija, acciones que a su vez enriquecen la nueva trama narrativa emergente. De tal forma, las distinciones a través del lenguaje que se hacen de una acción enriquecen una narrativa, la que a su vez tiene efectos en las acciones que la configuran. Vale aclarar que no es un proceso lineal-causal, ni siquiera circular, es un proceso en el que la realidad, emerge junto al lenguaje.

Historias con mejor forma (Sluzki, 2006), historias alternativas (White, 2016), historias con significados descentrados del dolor (Zlachevsky, 2015) o historias de cambio terapéutico, etc. Sea cual sea la forma conceptual en que lo distingamos, nos estamos refiriendo a la emergencia de narrativas de bienestar en la consultante, lo que desde la TSCN es trascendental, ya que la narrativa que da cuenta del cambio, es el cambio terapéutico en sí mismo. Por ende, para el terapeuta era muy importante que la nueva historia trascienda, que se convierta en un producto amigable, y tome forma de testimonio

del proceso vivido, es decir, de la propia historia de cambio de la consultante, por lo que se recurrió, tal como se ha referido, al uso de herramientas musicales, específicamente en torno a la co-construcción de una canción. Los terapeutas narrativos han utilizado ampliamente técnicas y herramientas, en lo que han denominado rito de definición o de pasaje, correspondiente a la fase final de un proceso terapéutico, como: cartas terapéuticas, metáforas, certificados, diplomas, amuletos, testigos externos, etc. (White y Epston, 1993). Sin embargo, y a diferencia de las experiencias planteadas en torno a la música desde la escuela narrativa australiana-neozelandesa, en el presente estudio de caso, la incorporación de canciones no se utiliza como un medio para el proceso terapéutico general, es decir, no se realiza la intervención a través de la co-construcción de canciones, si no que ésta, en el caso planteado, es un producto final del proceso y representante de la historia de cambio del mismo. Por ende, se configura como un medio testimonio de la narrativa de cambio terapéutico. Tiene similitudes con lo que Sluzki (1995) llamó “anclaje” que refiere que la culminación de un proceso terapéutico debe centrarse en afianzar los nuevos relatos, es decir, que el terapeuta debe escoger una forma de anclar las nuevas historias a través de tareas o actividades específicamente diseñadas para reconstituir y reconfirmar estos nuevos relatos. Es decir, anclar las historias es una forma en que el terapeuta favorece nuevos relatos, por lo tanto, cómo la transformación de las narrativas se materializa en la práctica. El autor refiere que tales prácticas conformarían lo que denomina micro-prácticas transformativas (Sluzki, 1995). Sin embargo, el cómo hacerlo no está definido, existiendo diversas formas de llevarlo a cabo. En el presente caso, como ya es sabido, tal forma de testimonio se realiza a través de una canción. Por ende, es posible concluir que la co-construcción de la canción como un testimonio musical del proceso, se presenta como una innovación respecto a las experiencias presentadas por la escuela narrativa australiana-neozelandesa, en la medida que no es un medio para conseguir objetivos terapéuticos durante el proceso general en el que éste se base, si no que es un objeto materializado y culmine del mismo. No obstante, en palabras de White y Epston (1993) podría referirse que la canción co-construida se configurara como un contra documento, en la medida que es creada para la representación de nuevos relatos de la consultante, así como para la consolidación de nuevos significados acerca de sí misma.

Sin embargo, más allá de las distinciones lingüísticas de lo que es o no es lo que conceptualmente se realizó con la canción, lo que cobra real importancia, a ojos del terapeuta, es el análisis de la deriva que la canción pudo tener en la consultante, en base a su respuesta vía correo electrónico y sesión de seguimiento. Frente a ello, es posible concluir que: 1) la canción generó gratitud en la consultante, sintiéndose impresionada, privilegiada y la vez honrada, por la construcción llevada a cabo mediante el seguimiento de su historia. Asimismo, refiere que 2) al escucharla la invadieron “emociones positivas” y una inmediata asociación de recuerdos en torno a los temas trabajados, se aprecia además que 3) ésta representó y resumió lo que vivió en el proceso y que se configura como una maravillosa forma de poner término a la terapia. Asimismo, 4) la consultante siente que es una forma única de registro y testimonio que le da sentido a lo vivido. 5) Refiere que cada vez que necesite una palabra de aliento podrá recurrir a este producto como una especie de “*salvavidas*”. Finalmente y no por ello menos importante, 6) se aprecia que en la canción se vio representada en su propia “*escala de valores*”, por ende, tal palabra de aliento o consejo no vendría de cualquier vertiente, sería desde una propia versión de sí misma, que en algún momento pasó por un sufrimiento que pudo superar, la que le “*hablaría*” a través de la canción, para cuando otra versión de sí misma esté en problemas.

Finalmente, en base a los argumentos referidos en este apartado, es posible concluir que la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas se configura como un abordaje terapéutico fructífero en torno a la problemática en contexto de maternidad desarrollada en este estudio de caso, así como el uso de herramientas musicales, específicamente la co-construcción de una canción, se convierte en un producto útil que otorga testimonio del cambio terapéutico promoviendo el bienestar de la consultante y de la disolución de su sufrimiento.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ainsworth, M.D. (1979): "Infant-Mother Attachment". *American Psychologist*, 34(10): 932-937.
2. Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, Vol. 1, 1978. Madrid: Alianza.
3. American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona.
4. Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
5. Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los Buenos Tratos a la Infancia. Parentalidad, apego, resiliencia* (4 Edición). España: Editorial Gedisa.
6. Beuchot, M. (2002). *Tratado de hermenéutica analógica. Hacia un nuevo modelo de interpretación*. Ciudad de México: Itaca.
7. Beuchot, M. (2016). *Hechos e interpretaciones. Hacia una hermenéutica analógica*. Ciudad de México: Fondo de cultura económica.
8. Bowlby, J. (1976). *La Separación Afectiva*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
9. Buela-Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525-532.
10. Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta Moebio*, (23), 204–216.

11. Carlson, E. (1998): “A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation”. *Child Development*, 69(4): 1107-1128
12. Coddou, F. (1992) “Alcances epistemológicos y conceptuales en relación al enfoque sistémico” Capítulo. 10 del libro *Integraciones en Psicoterapia*. Ed. CECIDEP. Santiago.
13. Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de Ética Profesional*. Santiago. Extraído el 15 de agosto de 2017 de <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2014/10/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL-VIGENTE.pdf>
14. Cuevas, A. (2002), “Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología”. *Revista cubana de psicología*, Vol 19, Nro 1.
15. Dell, P. F. (1985), “Understanding Bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences”. *Journal of marital and family therapy*, 11(1), 1-20. Traducción Demichelli.
16. Denborough, D. (2002). Community song writing and narrative practice. *Clinical Psychology*, (17).
17. Fonagy, P. (2000): “Apegos patológicos y acción terapéutica”. *Revista de Psicoanálisis*, Abril, nº 4.
18. Frith, S. (2001). Hacia una estética de la música popular. *Las Culturas Musicales. Lecturas En Etnomusicología*, (1987), 413–435.
19. Gadamer, H. (1988). *Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca, España: Sígueme.
20. Gergen, K. J. (2006). *Construir la realidad : el futuro de la psicoterapia*. Paidós.

21. Gergen, K., McNamee, S. (1996). *La terapia como construcción social*. Ed. Paidós. Barcelona.
22. Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275
23. Gómez, E. y Muñoz, M. (2014). Manual de escala de parentalidad positiva (e2p). Fundación ideas para la infancia, Santiago.
24. González, A. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 85–103.
25. Hegarty, T. (2009). Songs as Re-tellings. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (3), 44–54.
26. Heidegger, M. (1951). *“El ser y el tiempo”*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, Argentina.
27. Hidalgo, L. (2005). Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativas. *SINOPSIS EDUCATIVA. Revista Venezolana de Investigación*, 5(1–2), 225–243.
28. Hofweber, T (2009). «*Logic and Ontology*». Stanford Encyclopedia of Philosophy.
29. Jauset, J. (2011). *Música y neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas* (tercera ed). Barcelona: Editorial UOC.
30. Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T.B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.

31. Maturana, H. (1978). Biology of Language: The epistemology of reality. En: G. Miller & E. Lenneberg (Eds.). *Psychology and Biology of Language and Thought*.
32. Maturana, H. (1989). Lenguaje y realidad: El origen de lo humano\*. *Arch. Biol. Med. Exp*, 22, 77–81.
33. Maturana, H. (1992) *El sentido de lo Humano*. Ed. Hachette, Santiago de Chile.
34. Maturana, H.(1997) *La objetividad. Un argumento para obligar*. Editorial Dolmen, Santiago.
35. MIDESO y MINSAL (2016). *Empezando a crecer: Guía de la gestación y el nacimiento*. Santiago.
36. MINSAL (2014). Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Santiago.
37. O.M.S.: CIE-10 (1992) *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
38. Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría Y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4, 65–81.
39. Opazo, R. (1992) *Integración en psicoterapia*, Roberto Opazo ed., Cecidep, Santiago de Chile.
40. Ortega y Gasset, J. (1987). *Meditaciones del Quijote*. Revista de Occidente en Alianza Editorial.

41. Palma, J. (2013). *Musicoterapia. Estudios introductorios, selección y compilación* (Primera ed). Quito: PUCE.
42. Payne, M (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*, Editorial Paidós, Buenos Aires.
43. Poch Blasco, S. (2001). Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 42(42), 91–113.
44. Quintana, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima.
45. Real Academia Española (2017) *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). Consultado en <http://www.rae.es/>
46. Rodríguez, Y. (2002). La Hermenéutica Aplicada a La Interpretación Del Texto. El Uso De La Técnica Del Análisis De Contenido. *Revista Ciencias de La Educación*, 2(20).
47. Rosenstein, D.S., Horowitz, H.A. (1993): “Working Models of Attachment in Psychiatrically Hospitalized Adolescents: Relation to Psychopathology and Personality”, in Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, March, pp. 1-27.
48. Safrany, K. R., & Quezada Len, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6, 1–15.
49. Salgado, A. (2007). “Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos”. *Liberabit*, 13(13), 71-78.

50. Scandar, M. G. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, 14(1).
51. Scott, B. & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 351-367
52. Sebasti, J., & Sanin, G. (2015). *Teoría de la música* (primera ed, Vol. 1). Madrid. Obtenido de [https://www.teoria.com/articulos/guevara-sanin/guevara\\_sanin-teoria\\_de\\_la\\_musica.pdf](https://www.teoria.com/articulos/guevara-sanin/guevara_sanin-teoria_de_la_musica.pdf)
53. Sluzki, C. (1995). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. Vol. 6, N°. 22-23, 1995, págs. 53-70.
54. Sluzki, C. (2006). Victimización, recuperación y las historias “con mejor forma.” *Sistemas Familiares*, 22(1), 1–19.
55. Sluzki, C. (1996). *La red social*. Frontera de la práctica sistémica, Editorial Gedisa, Barcelona.
56. Stake, R.(2007). *Investigación con estudio de casos*. Ed. Morata, Madrid, España.
57. Szasz, T (1994). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
58. Ulrich, M. (1987). *Atlas de la música* (segunda ed). Madrid.
59. Valencia, E. & Gómez, E. (2010). Una Escala de Evaluación Familiar Eco-Sistémica para Programas Sociales: Confiabilidad y Validez de la NCFAS en Población de Alto riesgo Psicosocial. *Psykhé*, 19(1), 89-103.

60. Villamizar, M. (2007). *La musicoterapia como tratamiento para la conservación de la memoria, el esquema corporal y las nociones espacio-temporales en pacientes con demencia tipo Alzheimer*. Universidad Nacional de Colombia.
61. Wever, C. (2009). Musical re-tellings: Songs, singing, and resonance in narrative practice. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (3), 28–42.
62. White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Santiago de Chile: PRANAS Chile Ediciones.
63. White, M y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
64. Zlachevsky, A (1996). “Una mirada constructivista en psicoterapia”, *Revista Terapia Psicológica*, Año XIV, Vol. VI, N°26, Santiago de Chile.
65. Zlachevsky, A (2003). Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Revista Universitaria Límite*, 10, 47–64.
66. Zlachevsky, A. (2008). “Historia de la Psicoterapia sistémica cibernética: una forma de entenderla”, en Kaulino y Stecher, “*Cartografía de la psicología contemporánea. Pluralismo y modernidad*”, Cap. 12. Editorial LOM, Serie Universitaria, Santiago de Chile.
67. Zlachevsky, A. (2009). *El lenguaje —visto desde Ortega y Heidegger—, y la fundamentación filosófica de la psicoterapia conversacional*. Universidad de Chile.
68. Zlachevsky, A. (2011). La importancia de reflexionar sobre lo ontológico en el proceso de formación de terapeutas. Publicado en *Revista: Actas Psiquiátricas*, Buenos Aires, Junio 2011. Volumen 57, N° 2.

69. Zlachevsky, A. (2015). “*Relatos Clínicos, filosofía y terapia narrativa*”. Ediciones Mayor, Chile.

## IX. ANEXOS

### Anexo 1. Contrato terapéutico



N° DE FICHA: 123-2016

### CONTRATO TERAPEUTICO

El siguiente documento describe las características de funcionamiento del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso como forma de especificar los compromisos inherentes al proceso de atención psicológica que usted o la persona que usted representa está a punto de iniciar.

#### CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

1. El proceso de intervención psicológica estará a cargo de estudiantes de pregrado, postgrado o psicólogos voluntarios, quienes contarán con la supervisión de un docente especializado en psicoterapia.
2. El proceso se inicia a través de una entrevista de ingreso que es realizada en una sala de espejo. Esta primera entrevista, además de recoger información sobre el motivo de consulta, permitirá decidir si el caso se adecúa al nivel de complejidad al que el centro se orienta. En caso contrario, se entregarán indicaciones sobre las alternativas que existen para seguir el tratamiento.
3. La información que surja a propósito del proceso de atención psicológica será de uso confidencial, no obstante, podrá ser entregada al docente que supervisa al terapeuta a cargo del caso, como forma favorecer la efectividad del proceso que se lleva a cabo.
4. La frecuencia de las sesiones generalmente será semanal y cada una tendrá una duración de 45 minutos. La frecuencia se acordará junto al terapeuta.
5. Cada vez que el/la consultante falte a una sesión, deberá justificarla informando a la Secretaría de CAPSI. La falta a dos sesiones consecutivas sin aviso será causal de alta administrativa. Las faltas reiteradas, aun cuando sean justificadas, podrán ser igualmente causal de alta administrativa.
6. Cada paciente cancelará un monto acordado al inicio del proceso según tabla de valores del Centro de Atención Psicológica, éste deberá ser pagado al inicio de cada sesión. En caso de que, por motivos horarios u otros, no sea posible cancelar la sesión, deberá cancelar el monto adeudado durante la próxima sesión. El monto a cancelar por cada sesión, de acuerdo a tabla de precios de CAPSI es de: \$ 500
7. Cada paciente, podrá optar a una rebaja del arancel en caso de que, a través de un formulario que se encuentra en secretaria, justifique dificultades para cancelar el total de la atención. Éste deberá ser aprobado posteriormente por el Coordinador de CAPSI.

Con fecha: 24 Julio 2016 Yo, [Redacted]  
Declaro estar en conocimiento de las características de funcionamiento del centro de atención psicológica.

[Signature]  
Firma paciente

(o representante de éste en caso de ser menor de edad)

Avenida Brasil 2140, Valparaíso | Fono: +56 (32) 250 8603 - 2508605 -2508602 | E-mail:  
Ivonne.leiva@uv.cl  
www.uv.cl

## Anexo 2. Consentimiento para la utilización de información del proceso psicoterapéutico para la docencia.

Escuela de Psicología  
CAPSI  
Universidad de Valparaíso



### **CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROCESO PSICOTERAPAUTICO PARA LA DOCENCIA**

El siguiente documento informa sobre el uso que el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso dará a la información producto del proceso de Psicoterapia del que usted participará (o del que el/la menor de edad que usted representa participará). Por favor lea detenidamente este documento y realice todas las consultas específicas que le parezcan pertinentes:

#### **1. Grabación de Sesiones:**

Tanto la entrevista de ingreso como las sesiones posteriores de Psicoterapia podrían ser grabadas tanto en audio como en imagen. La utilización de esta información quedará reservada especialmente para la docencia dirigida a estudiantes de pregrado en Psicología y postgrado que siguen cursos de especialización en psicología clínica. Se justifica en este contexto la grabación de sesiones como forma de favorecer una mayor eficacia y eficiencia de la atención psicológica que el CAPSI ofrece al ser utilizada esta información tanto para la supervisión de casos como para el ejercicio de la docencia.

#### **2. Observación de sesiones en sala espejo:**

Tanto la entrevista de ingreso como las sesiones posteriores de Psicoterapia podrían ser observadas en vivo por docentes supervisores y estudiantes de IV año, V año y postgrado que siguen un proceso de formación en Psicología Clínica, quienes acompañarán el proceso. La participación de supervisores y observadores externos, favorece la eficiencia y efectividad de la atención, en cuanto se constituyen en un equipo que permite reflexionar sobre la intervención, entregando información que puede complementar favorablemente la psicoterapia.

#### **3. Confidencialidad de la información:**

En todo momento se velará por la confidencialidad de la información que surgida durante las sesiones se encuentra contenida en fichas clínicas o grabada en audio/video. Sin embargo ésta podría perder el carácter de confidencial en caso de que se evidencie riesgo a la integridad física y psicológica del consultante o de éste hacia terceros; o bien, sea solicitada en un contexto judicial.

Toda esta información será guardada de manera segura en un lugar que quedará bajo llave y será utilizada solamente por personas relacionadas al CAPSI.

Escuela de Psicología  
CAPSI  
Universidad de Valparaíso



Yo.....rut....., he sido claramente informado/a sobre la utilización que se dará a los datos producto del proceso de psicoterapia del que participaré/del que participará la persona que represento y estoy:

~~De~~ En  
acuerdo desacuerdo

Grabación de sesiones en audio o video para su uso para actividades de docencia

Atención en sala de espejo

Finalmente, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte la continuidad del proceso de psicoterapia del que participo.

Observaciones del/la consultante: (señale aquí si el/la consultante tiene observaciones específicas sobre aspectos señalados en este consentimiento informado)

Firma Usuario

Firma Terapeuta

Valparaíso, 24 JUNIO 2016.-

N° de Ficha : 123 - 2016

## Anexo 3. Consentimiento informado para participación en estudio de caso



Valparaíso, abril de 2017

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

El propósito del presente documento es invitarla a participar en el estudio titulado "la co-construcción de canciones como medio de anclaje de historias en psicoterapia", realizado por el psicólogo Alejandro Cifuentes Muñoz, en el contexto de la tesis de Magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso.

Para que Ud. tome una decisión informada, se le explicará a continuación, cuales serán los procedimientos involucrados en la ejecución de esta investigación, así como en qué consistirá su colaboración:

#### 1. Dónde y cuándo se llevará a cabo el estudio

El estudio se llevará a cabo en el centro de atención psicológica de la Universidad de Valparaíso durante el año 2016 y 2017, considerando la totalidad de sesiones llevadas a cabo, incluyendo la de seguimiento.

#### 2. Relevancia del estudio y beneficios

A través de la descripción de un caso abordado desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en conjunto con la utilización de herramientas musicales en el proceso, se busca innovar y aportar con nuevos enfoques y herramientas a la psicoterapia.

#### 3. Objetivos

Describir un proceso psicoterapéutico basado en la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, en el que se utilizan herramientas musicales como medio de anclaje de historias de cambio terapéutico, mediante la modalidad de un estudio de caso.

#### 4. En qué consiste su participación

Su participación es voluntaria y consistirá en la autorización para describir las sesiones psicoterapéuticas llevadas a cabo por el psicólogo Alejandro Cifuentes en el contexto de atención del centro de psicología de la Universidad de Valparaíso.

5. Riesgos

Ud. No será expuesta a ningún riesgo, puesto que toda información que pudiera identificarla y romper la confidencialidad será resguardada.

6. Costos y pagos

La participante no recibirá dinero como concepto de pago por la participación en este estudio.

7. Derechos de la participante

La participante tiene derecho a manifestar sus dudas respecto al estudio mismo, así como de su participación, pudiendo solicitar su retiro. Para cualquier fin relacionado con el estudio, se podrá comunicar directamente con el investigador Alejandro Cifuentes mediante correo electrónico a: [acifuentes@utalca.cl](mailto:acifuentes@utalca.cl)

8. Reserva de la identidad de la participante

Se realizará una modificación del nombre de la participante, a modo de resguardar su identidad. Asimismo, no se expondrán registros fotográficos o de otro tipo que pudieran exponerla.

9. Confidencialidad de los datos

La información recogida será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Solo tendrán acceso a ellos el investigador Alejandro Cifuentes y la profesora guía Ana María Zlachevsky.

10. Utilización y publicación de los hallazgos

Una vez que finalice la investigación, los resultados generales podrán ser expuestos en actividades o publicaciones académicas como revistas del área de la psicología o filosofía, siempre resguardando estrictamente la identidad de la participante.

  
Alejandro Cifuentes Muñoz  
17.497.432-2  
Psicólogo

  
  
Participante del estudio

Anexo 4. Pauta de descripción de sesiones

N° sesión	Descripción general	Intervención	Narrativas centrales
1	Se realiza sesión inicial en contexto de sala Gesell y se indaga en torno a la queja.	Se explicita contexto de supervisión respecto al uso de la sala Gesell. Se realiza una fase social para posteriormente indagar sobre el motivo de consulta. Se realiza genograma y se recaban antecedentes históricos atinentes a la queja.	<i>“Todo en mi vida se vio mermado cuando R. nació”, “No estaba planificada, no juego con ella ni le presto atención”, “tomo 8 gr. de Clonazepam al día para regularme”, “Antes de ser mamá era flaca y alegre”, “Yo quería abortarla, pero O. estaba contento”, “Estoy aquí por mi negligencia, no la quería, no quería amamantarla”, “la culpa me tiene acá”, “no tengo habilidades parentales, eso me dijeron en el taller”.</i>
2	Se realiza sesión en box individual, trabajando entorno a las emociones de la culpa y miedo provenientes de las explicaciones del problema 1 y 2 respectivamente.	Se busca de-construir el significado de “mala madre” , centrado en la rabia, en función de ofrecer el significado a “no saber cómo ser mamá”. Se comprende y trabaja el miedo que genera esta segunda explicación.	<i>“Esta semana no me cuestioné tanto”, “suspendí el litio en mi embarazo, tengo que cuidar a este ser humano, no merecía eso ella”, “leí las advertencias de los medicamentos sobre el embarazo, decidí suspenderlos todos”, “Voy a ir a jugar tenis este mes”, “cuando voy a jugar, R. Queda bien cuidada,</i>

		<p>Se, ofrece contexto conversacional para la emergencia de significados menos dolorosos realzando relatos excepcionales en torno al problema.</p> <p>Se mantienen conversaciones sobre el embarazo, el deporte, la historia de su madre y su padre.</p>	<p><i>quedo tranquila”, “Aseguro a R. Cuando siento que me van a asaltar”, “La voy a ver mil veces por si hubiera una araña”, “A veces quiero la eutanasia, quiero escapar, pero otras veces R. es mi todo”, “no quiero que le pase lo que me pasó a mi”, “tuve un padre muy maltratador”, “a los 10 años falleció mi mamá”, “mi mamá murió por una septicemia en el parto de mi hermana”, “mi papá no me dejó ver a mi mamá, yo supe que no iba a volver,” cuando estuve embarazada tenía miedo de pasar lo mismo que pasó mi mamá”, “quedé a la deriva, fue lo mejor que pude hacer”, “vivir un embarazo sola me daba miedo”, “quiero decir: soy fuerte, me la pude a pesar de todo”</i></p>
<b>3</b>	<p>Se indaga relación de pareja con O. y consultante. Se da paso a la construcción del problema 3</p>	<p>Se realizan preguntas para dilucidar la jerarquía e importancia de O. en la relación, para entender el contexto del evento ortogonal inicial.</p> <p>Se busca entender el</p>	<p><i>“yo no estoy enamorada, solo estoy con O. por que aun no soy independiente económicamente”, “el me falta el respeto”, “me estoy sacrificando por R.”</i></p>

		<p>contexto de emergencia de los significados dolorosos respecto a al rol de madre de la consultante, precisando la participación de terceros y su importancia.</p> <p>Se aborda la emoción de la rabia de-construyendo el significado de identidad de madre de la consultante y enriqueciendo relatos alternativos y excepcionales</p>	<p><i>“Cuando tuve a R. me descontrolé, decidí no amamantar y todo partió mal”, “me criticaba la mamá de O. y él se sumaba a eso”, “No sabía bañarla, tomaba leche y lloraba porque se la daba mal”, “O. me decía que tenía que internarme y que luego volveríamos”, “me decían que iba a matar a R.”, “O. me expuso en público, me sentí vulnerable y me afectó”, “Me decían: estás loca, tienes que internarte, nunca cambiarás, no sirves para nada”, “fue injusto y doloroso”,</i></p> <p><i>“Cuidé a R. porque estuvo enferma, no trabajé”, “creo que he cumplido bien mi rol”, “yo no la quise dejar sola, a pesar que nadie confiaba en mí”, “He generado un buen vínculo con R., ella me elije, se siente bien conmigo”, “R. siempre tiene sus necesidades cubiertas”, “en realidad, hoy no me importa mucho lo que piensen respecto a mis habilidades, ahora veo que es</i></p>
--	--	---	--

			<i>mentira”, “yo si tengo habilidades parentales, yo soy la que me hago cargo de ella y está bien gracias a mi, yo tomo las decisiones”.</i>
<b>4</b>	La consultante se aprecia mucho mejor, y refiere sentirse más tranquila. Se Se comienzan a gestar relatos asociados al problema 4	<p>Se enriquecen narrativas en torno a problemas 1, 2 y 3 abordados en sesiones anteriores.</p> <p>Se otorga feedback en torno a lo trabajado y a la apreciación de disolución de las emociones displacenteras que le aquejaban.</p> <p>Se realiza pregunta ¿en que la puedo apoyar ahora?.</p> <p>Se abra paso a relatos sobre imagen corporal y dignidad, dando cabida al problema 4.</p>	<p><i>“R. tuvo pataletas, pero me dio risa, no me molesté”, “la calmé, quería quedarse conmigo”, “siento que lo estoy haciendo bien”, “me di cuenta que tratándola mejor ella reacciona mejor”.</i></p> <p><i>“he revertido toda mi historia menos mi imagen corporal”, “ganaría confianza con menos peso”, “me siento al último, al lado de la puerta”, “he perdido oportunidades de trabajo por vergüenza”, “no fui a mi gira por insegura”, “todas las personas me decían que estaba muy gorda”, “ser gorda es un anti valor de la sociedad”, “la publicidad te dice que la obesidad es mala, no necesariamente por salud, te juzgan por eso”, “siento el valor negativo de la sociedad, me siento como un anti estereotipo”, “Al verme no van a decir que soy inteligente</i></p>

			<p><i>o que soy buena mamá, que tengo dos trabajos, van a decir que soy gorda”, “me siento indigna”.</i></p>
5	<p>Se concreta la construcción del problema 4 y se trabaja sobre la emoción de la rabia asociada a la indignidad que conlleva la imagen corporal para consultante</p>	<p>Se busca fomentar en la consultante otras formas de ser valorada en función de la de-construcción de su definición de “ser indigna” basada en su imagen corporal. Para ellos se indaga en relatos excepcionales en torno a otras formas de valoración en su historia, así como en la actualidad.</p>	<p><i>“En el tenis me sobrepongo a mis limitaciones físicas”, “sé cuando tengo más recursos que mis contrincantes”, “supero el nerviosismo y la frustración”.</i></p> <p><i>“Fue presidenta de curso toda la educación media”, “me elegían porque puedo llevar cosas a la práctica, soy proactiva”, “mis compañeros me querían mucho, me protegían”, “Fue presidenta del centro de alumnos en un colegio Masón”, “me carga la injusticia y hago cosas por ella”, “Inspiro confianza, soy coherente y contestataria”.</i></p> <p><i>“Cuando chica hacia moto cross”, “todos me decían: no puedes hacerlo, y lo hice”, “superé mis frustraciones”, “me ayudó a ser más valiente”.</i></p> <p><i>“Mi vida no ha sido fácil, pero he revertido mi historia”, “hoy tomaré las riendas de mi</i></p>

			<i>dignidad”.</i>
6	Se realiza un sondeo general sobre las narrativas que han ido emergiendo en torno a los problemas trabajados en función de precisar la posibilidad de alta	<p>Se indaga respecto a los significados actuales de la consultante en torno a R., O. y respecto a la valoración de dignidad asociada a su imagen corporal.</p> <p>Se enriquecen relatos que tributen a la nueva historia de cambio, asociada a los nuevos significados de cada problema trabajado.</p> <p>Se precisa un evento extraordinario en torno a control médico de R. donde la consultante no dejó pasar a llevar su nueva historia frente a críticas de profesionales.</p> <p>Se plantea el alta terapéutica.</p>	<p><i>“Estoy tranquila, con más ánimo”, “con R. estoy bien, me siento más tolerante, ya no me molesta”, “puedo integrarla, juego con ella y la estímulo”, “con O. estoy mejor, ha estado tomando más fuerza la relación”, “jugamos tenis juntos”, “O. me dice: los estás haciendo bien”, “ahora me da apoyo y no solo en lo económico”.</i></p> <p><i>“Le he restado importancia a mi autoimagen”, “hay cosas más importantes”, “lo que importa son mis capacidades, por eso soy valorada”, “mi meta es mi carrera, antes era flaca pero me echaba todo”, “mi prioridad siempre fue R.”.</i></p> <p><i>“no me compré el cuento, no callé lo que pensaba”, “no aguantaré que nadie me de consejos de crianza”, “mis capacidades están al máximo”, “siento herramientas y ya no me comparo”, “soy juez y parte”, “R. es una niña feliz”</i></p>
7	Se lleva a cabo última	Se realiza un recorrido en	<i>“Estoy más segura de mi rol</i>

	<p>sesión donde se presenta bosquejo de historia de cambio terapéutico. Se otorga el alta terapéutica.</p>	<p>torno a las vivencias del proceso por parte de la consultante, y se otorga un feedback de los problemas trabajados y los cambios en los significados que estaban centrados en el dolor.</p> <p>Se presenta el texto escrito a mano a la consultante, sobre la historia de cambio terapéutico que pudo distinguir el terapeuta en función de asegurar representatividad de su historia.</p> <p>Se pone un título a la historia.</p> <p>Se otorga el alta terapéutica y se refiere que se tomará contacto con ella para el envío de su historia.</p>	<p><i>como mamá”, “me limpiaste los lentes, yo tenía las respuestas”.</i></p> <p><i>“la historia me representa totalmente, esa soy yo”, “no le cambiaría nada, me gusta como está”, “le pondría el título de renacer, siento que eso es lo que viví en este proceso”.</i></p>
<p><b>Seg.</b></p>	<p>Se realiza sesión de seguimiento. Se indagan narrativas asociadas a los problemas trabajados.</p>	<p>Se plantea una deriva conversacional en torno a los problemas trabajados en sesión, es decir, en torno a los significados asociados a R., O., y dignidad.</p> <p>Se indaga sobre deriva de</p>	<p><i>“He estado muy bien”, “estoy haciendo mi práctica y me siento realizada”, “estoy encantada con la labor social de mi trabajo”, “ comencé mi tesis sobre negligencias médicas, sigo trabajando como empaque y como</i></p>

		<p>la canción e historia enviadas posterior a la 7ma sesión.</p> <p>Se evocan narrativas en torno al proceso terapéutico en general.</p> <p>Se concreta la firma de consentimiento informado para participar en estudio de caso.</p>	<p><i>procuradora</i>".</p> <p><i>"R. es tan inteligente, tan activa", "le gustan cosas que a otros niños no", "sabe contar hasta el nueve", "me pasa las pantuflas y me hace masajes cuando llego cansada aunque yo no le diga nada", "la integro, conversamos, la incluyo en mi rutina", "la tía del jardín la quiere ascender de nivel".</i></p> <p><i>"La relación con O. ha estado tranquila, nos apoyamos harto", "descanso sobre él, ha estado muy presente", "me acompañó a comprar ropa".</i></p> <p><i>"ahora me siento segura, ya no me siento tan poca cosa con la ropa", "lo que importa es mi trabajo, sé que puedo ser buena, las personas confían en mí".</i></p> <p><i>"Sinceramente, no he vuelto a escuchar la canción, pero a veces recuerdo frases clave".</i></p> <p><i>"Es como un consejo de ti misma, una especie de salvavidas al que puedes recurrir", "Será algo que me va a recordar que los</i></p>
--	--	--	---

		<p><i>problemas son estados, uno no es así”, “La canción soy yo demostrándome a mi misma que puedo salir adelante”, “Es mi escala de valores, no la de otra persona, dándome un consejo”.</i></p> <p><i>“Dejé completamente el clonazepam, abruptamente, lo pasé muy mal corporalmente al dejarlo, pero lo logré”, “Sigo con mis controles psiquiátricos y continúo con paroxetina y quetiapina”.</i></p> <p><i>“Tuve muchas psicoterapias antes, yo no entiendo de modelos, pero todas eran: Ya, tienes un problema, te doy este consejo”, “Acá fue distinto, nunca me dijiste qué hacer, solo me mostraste luces y yo tomé las decisiones, eso me hizo seguir viniendo”.</i></p>
--	--	--

Anexo 5. Canción co-construida

Escuchar en: <https://soundcloud.com/alecifu07/pia-renacer>

**RENACER**

Por ~~XXXXXXXXXX~~

Creí,  
Los cuentos que contaron de mí.  
Mucha gente  
Me llamó negligente,  
Me cuestionaba,  
Pero en mis zapatos no estaban.

Me sentí, vulnerable y me afectó,  
Fue injusto, fue un gran dolor,  
Pero hoy tomaré  
Las riendas de mi dignidad.

**Para gritar, soy fuerte,  
Me la pude a pesar de todo.  
Tenía miedo y no había  
Nadie que fuera mi guía.**

Quizás, insegura me sentí  
Y dejé que comentarios influyeran en mí.  
Pero habilidades siempre tuve,  
Solo en malos momentos estuve.

**Y hoy no me importa lo que piensen,  
Se quién soy, lo sé firmemente.  
Ahora se de qué trata,  
Mi prioridad siempre fue Renata.**

Nunca la dejé sola,  
a pesar que nadie confiaba en mí.  
Y hoy veo una niña feliz,  
Mi historia revertí.  
Y se que lo estoy haciendo bien,  
Porque soy juez y parte,  
En este mismo instante,  
De cómo estoy viviendo,  
De cómo voy renaciendo.

