



UNIVERSIDAD  
DE  
VALPARAISO  
C H I L E

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**“Del diagnóstico a la co-construcción:  
Estudio de caso de  
Intervención en Terapia Sistémica Centrada en  
Narrativas en Atención Primaria de Salud”.**

**MACARENA ISABEL MENA PÉREZ**

PROFESORA GUÍA:

ANA MARÍA ZLACHEVSKY OJEDA

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

Marzo, 2015

Valparaíso, Chile



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a María Isabel, Milton, Catalina, Belén y Pablito, por entregarme amor infinito y confianza para culminar este proceso.

A mi esposo Hernán, por su apoyo incondicional.

Agradezco a Ana María Zlachevsky, por enseñarme una forma de pensar para hacer lo que me apasiona: la psicoterapia. Gracias por compartir tus experiencias desde el respeto y la entrega.

## INDICE

|   |     |
|---|-----|
| AGRADECIMIENTOS .....   | iii |
| INDICE.....   | iv  |
| RESUMEN.....  | vi  |
| I. INTRODUCCIÓN.....  | 7   |
| II. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....  | 10  |
| 2.1. Conceptualización de Salud Pública en Chile.....   | 10  |
| 2.2. Centro de Salud Familiar- CESFAM.....  | 13  |
| 2.3. Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud.....                                  | 15  |
| 2.4. Reforma de Salud AUGE y Salud Mental.....  | 18  |
| 2.5. Contextualización del Centro de Salud Familiar de Puchuncaví<br>y Programa Salud Mental..... | 20  |
| 2.6 Modelo Sistémico Centrado en Narrativa.....   | 23  |
| 2.6.1 La triada inseparable en Psicoterapia<br>Sistémica Centrada en Narrativas.....              | 27  |
| 2.6.2 Terapeuta.....  | 31  |
| 2.6.3 Patologización y Terapia Sistémica Centrada en Narrativa.....                               | 35  |
| III. OBJETIVOS.....   | 37  |
| 3.1. Objetivo General.....  | 37  |
| 3.2. Objetivos Específicos .....  | 37  |
| IV. ABORDAJE METODOLÓGICO.....  | 38  |
| 4.1 Fundamentos Ontoepistémicos.....  | 38  |
| 4.2. Estrategia de Investigación.....   | 39  |
| 4.3 Técnica o Instrumento de recolección de información.....                                      | 40  |
| 4.4 Descripción de Estudio de Caso.....   | 42  |
| 4.4.1 Identificación del consultante.....   | 43  |
| 4.4.2 Análisis del motivo de consulta.....  | 44  |
| 4.4.3 Historia Problema.....  | 45  |
| 4.4.4 Análisis y descripción de las conductas problemas.....                                      | 45  |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 4.4.5  | Establecimiento de las metas del tratamiento.....  | 46 |
| 4.4.6  | Estudios de los objetivos terapéuticos.....  | 46 |
| 4.4.7  | Selección del tratamiento más indicado.....  | 47 |
| 4.4.8  | Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y<br>resultados obtenidos en esta fase..... | 48 |
| 4.4.9  | Aplicación del tratamiento.....  | 48 |
| 4.4.10 | Evaluación de la eficacia del tratamiento.....   | 60 |
| 4.4.11 | Seguimiento.....   | 60 |
| 4.4.12 | Observaciones.....   | 61 |
| 4.5    | Criterios de Rigor en la investigación cualitativa.....  | 61 |
| 4.5.1  | Criterio de Credibilidad.....  | 62 |
| 4.5.2  | Criterio de Tranferibilidad.....   | 62 |
| 4.5.3  | Criterio de Dependencia.....   | 62 |
| 4.5.4  | Criterio de Confirmabilidad.....   | 62 |
| V      | RESULTADOS.....  | 63 |
| VI     | REFLEXIONES FINALES.....   | 67 |
| VII.   | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 71 |
| VIII.  | ANEXOS.....  | 75 |
| 8.1    | Consentimiento Informado.....  | 75 |
| 8.2    | Consentimiento informado de la Institución de Salud.....   | 77 |
| 8.3    | Consentimiento de participación en Modalidad de Psicoterapia.....                                | 78 |
| 8.4.   | Modelo de árbol utilizado en taller “Árbol de la Vida”.....                                      | 79 |
| 8.5    | Árbol de Julieta.....  | 80 |
| 8.6    | Certificado de Julieta de Participación al Taller Árbol de la Vida.....                          | 81 |
| 8.7    | Registro Fotográfico de Celebración en Taller árbol de la Vida.....                              | 82 |
| 8.8    | Tarea sesión 5: “Línea de tiempo”.....   | 83 |
| 8.9    | Registro fotográfico en Psicoterapia.....  | 85 |
| 8.10   | Sesión de Seguimiento.....   | 86 |
| 8.11   | Certificado para Junta de Vecinos.....   | 88 |

## RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como propósito describir el proceso terapéutico de Julieta, consultante femenino de 60 años de edad, con quien la terapeuta realizó intervenciones utilizando la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas. La psicoterapia se efectuó en el contexto de Atención Primaria de Salud, en el Centro de Salud Familiar de Puchuncaví.

Para la redacción de estudios de caso clínico se utilizó el modelo de Buela – Casal y Sierra (2002), con modificaciones de la autora para su adecuación al modelo utilizado.

El proceso terapéutico contó con nueve sesiones más una sesión de seguimiento, que se iniciaron con el diagnóstico de “depresión leve y respuesta al estrés” efectuado por el médico del Centro de Salud Familiar. Así comenzó un proceso en que las explicaciones se van deconstruyendo hasta que emergen alternativas que le dan sentido a lo que le ocurre.

Los objetivos del proceso psicoterapéutico fueron comprender lo que le generaba sufrimiento a la consultante desde la curiosidad y lograr cambios en la narrativa, generando nuevas pautas de acción y explicaciones alternativas de lo que le sucede, a modo de que logre desentramarse del dolor. A partir de la construcción de la estrategia terapéutica X(explicación), Y(emoción), Z(acción) y reconociendo el dominio de existencia de donde surgía el problema, la terapeuta abordó las temáticas propuestas por la consultante.

Los resultados y énfasis del estudio están puestos en la descripción del caso único y particular, dando cuenta del estado de bienestar emocional desde su narrativa posterior. Además de sistematizar e incorporar la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas en las Políticas Públicas de Salud a través de las intervenciones realizadas en el Programa de Salud Mental de la Atención Primaria de Salud.

*Palabras claves:* Modelo Sistémico Centrado en Narrativas- Atención Primaria de Salud- Estudio de caso.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso fue abordado en el contexto de la Atención Primaria de Salud, en el Centro de Salud Familiar de Puchuncaví.

Los Centros de Salud Familiar (Cesfam) son el primer acceso de la población al sistema de salud y tienen como objetivo la promoción y prevención en salud, así como también otorgar tratamiento a diversas enfermedades de baja complejidad. Se rigen bajo el Modelo de “Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario”, el que plantea la necesidad de centrarse en el usuario, sus familias y en el entorno social que les rodea, efectuando acciones de prevención y promoción de estilos de vida saludable, manteniendo un contacto fluido con la comunidad (Depaux, 2008).

Uno de los programas que se desarrolla en los Centros de Salud Familiar es el Programa de Salud Mental, orientado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.

El Ministerio de Salud incorpora a la salud mental en uno de los ejes a intervenir por el deterioro que produce en las áreas importantes de la vida: el cuidado personal, las responsabilidades familiares, sociales y la actividad laboral, generando un impacto en la calidad de vida de las personas. (Programa Salud Mental, Minsal 2001).

La epidemiología, expuesta por el Minsal, ha demostrado que los problemas de salud mental adquieren una importancia creciente en la población chilena y entre ellos los “trastornos del ánimo y ansiosos son los que por su magnitud e impacto se hacen necesario enfrentar” (Minsal, 2013).

Es importante mencionar que el Programa de salud mental en la Atención Primaria de salud, se ha ido desarrollando en el sistema público de manera paulatina. En sus orígenes, el énfasis estaba puesto en las personas que consultaban por consumo problemático de alcohol. A partir del año 2001, se incorpora el tratamiento de la Depresión y el año 2004 se implementa el Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o dependencia de Alcohol y drogas en la Atención Primaria.

Con la creación del AUGE (Acceso Universal a Garantías en Salud), el año 2006 la Depresión en mayores de 15 años y más es incluida como una garantía explícita en salud. Ese mismo año, se implementa el Programa de tratamiento Integral de Violencia Intrafamiliar y al año siguiente, la atención de menores de 20 años con consumo perjudicial de alcohol y drogas.

Las estrategias para abordar los diferentes problemas de salud mental en la atención primaria de salud son: la detección y evaluación diagnóstica, tratamiento integral (intervenciones psicosociales individuales y de grupo), intervenciones preventivas, prescripción de fármacos, derivación y referencia asistida, alta y seguimiento, visita domiciliaria, actividades de prevención y educación y la colaboración con agrupaciones de autoayuda. (Programa de salud mental integral en Atención Primaria, 2014).

La Salud Pública, bajo el alero del Ministerio de Salud, ha implementado distintas propuestas de intervención las cuales bajo guías clínicas establecidas indican las recomendaciones sobre cómo intervenir en cada enfermedad de salud mental.

En los Centros de Salud Familiar se recomienda la utilización del modelo sistémico y biopsicosocial y para las intervenciones en el programa de salud mental en personas con “depresión”, la guía clínica propone la terapia cognitivo conductual para el tratamiento. (Guía clínica tratamiento de personas con depresión, Minsal 2006).

Si bien, las Políticas Públicas en salud orientan las intervenciones a través de guías clínicas y protocolos, los profesionales encargados de la ejecución del programa de salud mental, tienen la libertad de intervenir de acuerdo a su enfoque teórico.

En este punto surgen cuestionamientos en la forma en que se abordan las problemáticas y el correlato teórico que se plantea en protocolos y lineamientos otorgados por el Ministerio de Salud. Si bien estos enfoques dan respuesta a algunos casos, no siempre es así y hay ocasiones en que se hace necesario recurrir a otras alternativas.

Es por lo anterior, que en el presente estudio se pretende describir un proceso psicoterapéutico realizado en la atención primaria de salud, utilizando un modelo de atención distinto a los planteados por las Orientaciones Técnicas del Programa Salud Mental: El Modelo Sistémico Centrado en Narrativas.

La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, enfatiza la importancia del lenguaje, de las significaciones conjuntas, que les permite a las personas generar nuevas explicaciones de lo que les ocurre desde sus propios sistemas de significados, evitando la estigmatización o patologización. Con la utilización de este modelo se pretende dar cuenta de la generación de espacios dentro de la salud pública donde la experticia no la tiene el terapeuta, sino el consultante, resaltando sus historias, generando formulaciones positivas y cuidando de no trivializar el dolor del sistema consultante. En esta mirada se co-construyen otras posibilidades de explicación no exploradas, cuestionando el diagnóstico, ya que es considerado generador de estigma e imposibilitando a que las personas puedan explicarse lo que les sucede, sobre la base de sus propios recursos y no de las fallas.

El sentido y alcance de este estudio, está en proponer miradas alternativas para el abordaje en las intervenciones en Salud Pública, que se alejan del estigma de los diagnósticos y se centran en las personas y sus historias.

En vista de lo anterior, este estudio tiene como objetivo describir el proceso y los efectos terapéuticos de una de intervención realizada desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas en el contexto de Atención Primaria de Salud.

Se describe un caso único, Julieta, mujer de 60 años, quien fue diagnosticada por el médico del Centro de Salud Familiar de “depresión leve y reacción al estrés”.

Se utilizan las normas para la redacción de casos únicos de Buela-Casal y Sierra (2002), para describir el proceso y las intervenciones realizadas.

El estudio de caso es una de las metodologías utilizadas en la investigación en Psicología, pues permite a los clínicos transmitir sus experiencias de una forma sistemática y que otros psicólogos puedan entenderlas y discutir las, lo que contribuye al acercamiento de la teoría y práctica de la psicología clínica. (Montero y León, 2002).

El presente estudio de caso pretende aportar al conocimiento a través de la descripción y sistematización de un caso único, dando cuenta del proceso terapéutico, conectando los lineamientos teóricos de la Terapia Sistémica Centradas en Narrativa con la práctica clínica en la salud pública.

## **II. ANTECEDENTES TEÓRICOS.**

Este apartado abordará una contextualización de la Salud Pública en Chile, facilitando una comprensión amplia respecto a la realidad nacional en función de las orientaciones básicas en salud.

Posteriormente se describirá a los Centros de Salud Familiar específicamente al Centro de Salud Familiar de Puchuncaví y el Programa de Salud Mental que es donde se realizó el estudio.

Se hará una descripción de las reformas que han abordado los problemas de salud mental, otorgando un soporte para la comprensión del fenómeno.

Finalmente se describirá el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, que fue utilizado en las intervenciones del caso dando soporte teórico a la praxis clínica.

### **2.1. Contextualización de Salud Pública en Chile.**

En las últimas décadas Chile ha tenido grandes transformaciones, entre las que se encuentran: la disminución de las tasas de fecundidad y la mortalidad materna e infantil, ha aumentado la esperanza de vida y se ha generado un proceso paulatino de envejecimiento de la población. A su vez, se ha incrementado el sedentarismo, se ha insertado la mujer al trabajo, han aumentado las exigencias laborales y el consumismo; la postmodernidad ha traído cambios y las políticas públicas han tenido que adaptarse, generando reformas que estén acordes con los tiempos actuales (Minsal, 2012).

Una dimensión fundamental en las políticas públicas, es el concepto de Salud Pública, la que se entiende como la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas (Winslow, 1960).

La Salud Pública va más allá de los servicios de salud no personales o las intervenciones de carácter comunitarios dirigidos a la población, incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de salud. La salud pública es entendida como la salud de la población y abarca, por tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud. (La Salud Pública en las Américas, OPS 2002).

Es por lo anterior, que la Salud Pública no se entiende como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. Abarca las acciones de fomento de salud y de desarrollo del personal que trabaja en ella.

Desde el año 1990 se ha ido implementado de manera paulatina la reforma de salud en Chile. En el año 2002 fueron enviados cinco proyectos de ley que reflejaron los aspectos centrales de la reforma: 1) Ley de Deberes y Derechos de las Personas en Salud, su principal aspecto es la implementación del consentimiento informado. 2) Régimen de Garantías en Salud (GES - AUGE), incorpora una serie de patologías con garantías de atención, partiendo de 25 en el proyecto piloto del año 2005. 3) Ley de Financiamiento del Plan Auge y Chile Solidario, se establece un aumento del IVA al 19% para financiar tanto la reforma como el programa Chile Solidario. 4) Ley de Autoridad Sanitaria, establece la transformación de la organización de la red de salud pública hacia la que actualmente funciona. Un aspecto importante y controversial es la inclusión de la figura de Hospital Autogestionado. 5) Ley Instituciones de Salud y Previsional, pretende modificar la relación entre las Isapres y el nuevo modelo de salud, resguardando intereses de afiliados y prestadores. (Minsal, 2012).

Los procesos mencionados anteriormente dieron pie al denominado Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE, el que actualmente contempla 80 problemas de salud garantizados para toda la población chilena.

La última reforma en salud también incluyó la transformación del modelo clásico de la Atención Primaria, basado en la atención médico- paciente, al Modelo de Salud Familiar, entendiéndola como la atención integral del paciente dentro de su contexto familiar y sus interrelaciones con el medio ambiente y la comunidad en la que forma parte. Este enfoque posee una concepción sistémica y un enfoque biopsicosocial e interdisciplinario en salud. El énfasis está puesto en la promoción y prevención, en el trabajo en equipo y la participación comunitaria. Cambiando la denominación de Consultorios a Cesfam, Centro de Salud Familiar (Depaux, 2008).

En la estructura actual de Salud en Chile se distinguen dos modelos: a) la Salud Pública que es administrada por el Estado, que incluye el sistema nacional de servicios de salud,

los establecimientos administrados por las municipalidades y el sistema de salud de las fuerzas armadas y b) la Salud Privada, que incluye clínicas, centros médicos, consultas privadas y mutuales de seguridad.

Dentro de la reforma de salud se potencia la autonomía local de las tomas de decisiones, como son las corporaciones municipales, sin abandonar el rol rector y fiscalizador del Ministerio.

El funcionamiento actual de la Salud Pública en Chile se estructura en base a niveles de atención: 1) La Atención Primaria (APS), la cual depende de los servicios de salud o municipalidades. Está compuesta por estaciones médicos rurales, postas de salud rural, consultorios, servicio de atención primaria de urgencia (SAPU), centros de salud mental comunitaria (COSAM), centros de salud familiar (CESFAM) y centros comunitarios de salud familiar (CECOSF).

2) La Atención Secundaria y Terciaria, compuesta por los centros de diagnóstico y tratamiento (CDT), centros de referencia en salud (CRS), consultorios adosados a especialidades (CAE) y Hospitales tipo 1 y 2 de alta complejidad y hospitales tipo 3 y 4 mediana y baja complejidad.

La Salud Pública en Chile ha ido variado de acuerdo a las demandas existentes por parte de la población. Es así como el cambio epidemiológico obligó a la autoridad sanitaria a centrarse en dificultades que antes no causaban aprieto ni deterioro. El cambio cultural y de estilo de vida ha generado que las enfermedades no transmisibles sean una preocupación actual, dentro de ellas se encuentran: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes, aquellas relacionadas a estilos de vida no saludable como tabaquismo, alimentación no saludable, inactividad física y consumo excesivo de alcohol. (Indicadores básicos de salud- Minsal, 2012.)

## **2.2. Centros de Salud Familiar – CESFAM.**

En la última década, la Salud Pública ha presentado reformas, lo que ha implicado la instalación de nuevas prácticas y formas de entendimiento centradas en la familia y en la comunidad. Las intervenciones que se realizan, no están puestas sólo en quien consulta, sino que en todo el núcleo familiar y su entorno. (Depaux, 2008).

Lo anterior se traduce en la creación de los Centros de Salud Familiar, los cuales tienen como objetivo “otorgar una atención integral del paciente dentro de su contexto familiar y sus interrelaciones con el medio ambiente y la comunidad en la que forma parte”. (Depaux, 2008). El énfasis está puesto en la promoción y prevención, en el trabajo en equipo y la participación comunitaria.

El modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar, se basa en la teoría biopsicosocial planteada por George Engel, quien manifiesta que la relación salud enfermedad es un proceso multidimensional donde interactúan de manera permanente sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. Desde esta perspectiva la tarea de las instituciones ya no es cuidar la enfermedad, sino cuidar la salud. Es así que se pasa de un modelo centrado en la enfermedad, a un modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad, desarrollando un enfoque multidisciplinario e integral (Depaux, 2008).

El modelo biopsicosocial constituye la base teórica del actual Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar. Utilizando como referencia la Teoría General de Sistemas. Depaux (2008) realiza una crítica al Modelo Biomédico, ya que considera a la enfermedad como un modelo unifactorial, entendido como un proceso en términos de causa efecto desde una mirada centrada en el aspecto biológico. Por tanto, propone considerar la salud y enfermedad como un continuo, donde el profesional ve a la persona y su malestar en forma holística, como un sistema, donde el objetivo principal es la salud de las personas que consultan.

Este modelo considera que no existe profesional objetivo, visualiza a la persona como unidad cuerpo-mente-espíritu y pone en valor terapéutico la relación del equipo con la

persona, reconociendo que en el proceso de la consulta, la pauta de comunicación, el entorno y las condiciones del momento ejercen una gran influencia.

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar se caracteriza, por estar centrado en el usuario, entendido como un ser integral. Pretende garantizar la continuidad de la atención, trabajar en red, promover la mejora continua, tener un énfasis en lo promocional preventivo y abrir espacios para la participación comunitaria (Depaux,2008).

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario, ha generado cambios en los equipos de salud, en la forma de analizar el proceso salud enfermedad, pasando de un pensamiento lineal (causa- efecto) a un modelo más bien circular de comprensión de los fenómenos con un enfoque biopsicosocial (pensamiento sistémico) e interdisciplinario en salud. (Depaux, 2008).

Desde esta perspectiva, las intervenciones en los Cefam incluyen a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud-enfermedad de un individuo, considerando la influencia que la familia tiene sobre la salud de sus miembros y cómo la enfermedad de algunos de los integrantes, afecta al sistema familiar. Así mismo introduce a la familia como unidad de cuidados, lo que implica trabajar con la familia como sistema, comprenderla desde la perspectiva de su estructura, sus riesgos, los eventos estresantes, recursos, organización, etc. También implica generar intervenciones por parte del equipo desde un enfoque sistémico (Depaux y otros, 2008).

La propuesta del Ministerio de Salud, a partir del año 1993, ha considerado una nueva forma de relación con las personas, familias y comunidad, en la que su participación comunitaria pasa a ser relevante en la promoción y prevención, realizando planes de intervención junto con la familia en los los diferentes programas existentes.

Cabe destacar que el cambio de mirada desde el año 1993, ha sido un proceso paulatino de transformación, donde las capacitaciones al equipo de salud y el compromiso constante con el Modelo de Salud Familiar y Comunitario se consideran claves para su ejecución. Este proceso requiere un esfuerzo de los equipos de salud y un cambio en la forma de ver y entender la salud.

El proceso de cambio de mirada requiere tiempo, recursos e iniciativa de los equipos de salud, los que se deben traducir en nuevas estrategias y nuevas modalidades de atención. Ya que implica entender de una manera diferente la enfermedad y la modalidad de tratamiento.

La salud mental dentro de este contexto es considerada como un componente fundamental de la realidad del individuo y la comunidad, razón por la cual figura entre las prioridades nacionales determinadas por el Ministerio de Salud.

En los Centros de Salud Familiar (Cesfam), se intenta abandonar la mirada de tipo biomédica, para transformarse en una mirada biopsicosocial, donde la intención es que la salud familiar está en constante relación con el entorno y con los intercambios que se establecen en la comunidad. En esta nueva manera de comprender la salud, la persona debiera transformarse en una persona activa en su mejoría o conservación de una buena salud. El objetivo es que en la comunidad y el Cesfam en conjunto creen estrategias para activar redes de protección y mantención de la salud de quienes viven en la comuna.

### **2.3. Programa Salud Mental en Atención Primaria de Salud.**

La Salud Pública orientada a la Salud Mental se desarrolla a través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría cuyo objetivo es “contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Plan Nacional de Psiquiatría, MINSAL, 1999).

Este plan se basa en el concepto de que la salud, y en especial la salud mental, no sólo depende de factores biológicos inherentes a las personas o grupos, sino también a las condiciones en que ellos viven. Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de salud, responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación.

La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivos de los trastornos mentales requieren de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados en la comunidad, así como de servicios de otros sectores.

El Programa de Salud Mental y Psiquiatría, en vigencia desde 1990 describe un conjunto de acciones para realizar en los distintos establecimientos orientados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

Este programa tiene como objetivo: “desarrollar factores protectores en la Salud Mental en la población beneficiaria; evitar y retrasar las enfermedades de salud mental prevenibles; detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en la evidencia; mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución, de sus familiares y/o cuidadores”. (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 1999).

Las prioridades ejercidas por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría son la promoción y prevención en salud mental; trastornos asociados a la violencia como maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política; trastornos de la hiperactividad a niños y adolescentes en edad escolar; depresión; trastornos psiquiátricos severos, esquizofrenia; alzheimer y otras demencias; y abuso y dependencia de alcohol y drogas.

El Programa de Salud Mental y Psiquiatría propone diversas actividades a implementar en la Atención Primaria, se destacan las consultorías de salud mental, actividad conjunta entre el nivel primario de atención y el secundario; intervención psicosocial grupal, dirigida a personas que poseen un elevado riesgo de enfermedad mental; actividades comunitarias con organizaciones o redes de apoyo, grupos de autoayuda, establecimientos educacionales y laborales; consulta médica de salud mental, la cual la realiza el médico con personas consultantes que presentan un alto riesgo para desarrollar enfermedad mental; visita domiciliaria de salud mental; psicoterapia individual y psicoterapia grupal.

La red pública de salud implementó el año 2001 el “Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria”. (MISAL, 2001), a través

de convenios entre los Servicios de salud y municipios. El año 2006 ingresa como patología en el Plan Auge, garantizando la cobertura y tratamiento al 100% de la población que padezca esta patología. (Minsal, 2001).

De esta manera se introdujo el profesional psicólogo y se destinó horas médicas para el programa de salud mental, conformando el Equipo de Salud Mental en los servicios de atención. Las cantidades de horas de recurso humano variaron de acuerdo a cada población destinada por per cápita.

Los materiales entregados desde el Ministerio hacia la atención primaria fueron, Guía Clínica de Depresión, Manual de Intervención Grupal, trípticos educativos, Pauta Diagnóstica CIE-10 y material de sistema de registro.

El aumento del diagnóstico y los efectos de la “depresión” en la calidad de vida de la población, determinó que esta patología fuese diagnosticada y tratada en los centros de Atención Primaria.

Según el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, del 100% de los problemas de salud, un 7.4 % refieren ser de problemas de Salud Mental AUGE, del cual un 97,2 % son casos de depresión, un 2,1% de esquizofrenia y un 0,7% de consumo alcohol y drogas menores de 20 años. (Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo a partir de información de Fonasa y Superintendencia de Salud, 2008).

Los equipos de psiquiatría y salud mental de los niveles secundario y terciario tienen una importante responsabilidad que cumplir en lo que se refiere a tratamiento de casos severos, complicados o resistentes al tratamiento que se brinda en el nivel primario. Pero el rol de estos equipos tiene además una proyección en la articulación de los distintos niveles de atención, potenciando la red de atención de salud. Los equipos de psiquiatría cumplen el rol de asesorar y capacitar continuamente al equipo de salud del nivel primario. Esta relación debe desarrollarse de forma sistemática, fortaleciendo el trabajo conjunto entre los equipos del nivel secundario y el equipo de atención primaria.

El sistema sanitario chileno ha implementado una política de salud mental que ha definido la estructura básica del sistema de atención, puesto que la epidemiología ha

demostrado que los problemas de salud mental adquieren una importancia creciente en la población chilena y entre ellos, la “depresión”, es el que por su magnitud e impacto se hace necesario enfrentar (Derogatis, 1996).

#### **2.4. Reforma de Salud AUGE y Salud Mental.**

Esta reforma de Salud, a la cual se da curso legal con la ley 19.966, se caracteriza por otorgar acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a patologías de la salud. El Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), identifica los problemas de salud más frecuentes en la población y asegura la atención médica y al mismo tiempo un co-pago máximo para la atención por parte del usuario.

La Garantía Explícita de Acceso es la obligación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y de las Instituciones de Salud Provisional (Isapre), de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas. Tienen derecho a tales garantías todos los afiliados a los sistemas de Isapres y Fonasa. La garantía de acceso se refiere a que el sistema público de salud no rechace por cualquier circunstancia a quienes tienen derecho dada su correcta afiliación a este seguro.

La Garantía Explícita de Oportunidad que otorga el Plan Auge es el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina la ley. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda.

Los contratos con prestadores públicos contemplan tanto la resolución en sus propios establecimientos, como la compra a terceros que éstos directamente realizan.

La Garantía Explícita de Protección Financiera es la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un máximo de 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

Por cada patología se establecen guías clínicas, donde se especifican las intervenciones existentes para el tratamiento, los tiempos máximos para la atención y se detalla las diferentes prestaciones a la cual la persona tiene acceso.

Los problemas de Salud Mental incluidos en el AUGE son los siguientes:

Problema N° 15: Esquizofrenia, decreto 170, todo beneficiario con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas, a partir del 1 de julio 2005.

Problema N° 34: Depresión en personas 15 años y más, decreto 228, a partir del 1 de julio 2006.

Problema N° 53: Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo o moderado de alcohol y drogas a personas menores de 20 años, decreto 44, a partir del 1 de julio 2007.

Problema N° 75: Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más a partir del año 2013.

En la “Depresión” la prestación cubre a personas mayores de 15 años que hayan sido diagnosticadas de depresión leve, moderada o severa, incluyendo tratamiento y medicamentos, de forma inmediata una vez confirmado el diagnóstico, en un plazo máximo de atención de 30 días una vez realizada la derivación y confirmación diagnóstica.

Los usuarios que porten Fonasa con tramo A y B no pagan por ninguna atención garantizada. Tampoco pagan aquellos usuarios beneficiarios de Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud y Derechos (PRAIS) y quienes tengan 60 años y más, independiente del tramo de Fonasa.

Los beneficiarios con tramo C y D, menores de 60 años, pagan como máximo el 10% y 20% respectivamente en las prestaciones que tienen asociados un copago (Nivel secundario de atención).

## **2.5. Contextualización del Centro de Salud Familiar de Puchuncaví y Programa de Salud Mental.**

El Cesfam de Puchuncaví (Centro de Salud Familiar), pertenece a la atención de Salud Pública encargada de la Atención Primaria de Salud (APS) de la Comuna de Puchuncaví, dependiendo de la Municipalidad de Puchuncaví.

La comuna de Puchuncaví, pertenece a la V<sup>o</sup> región de Valparaíso, limitando al Norte con la Comuna de Zapallar (Provincia de Petorca), al Sur con las comunas de Quillota (Provincia de Quillota), y Quintero (Provincia de Valparaíso). Al este con las comunas de Nogales y la Cruz (Provincia de Quillota) y al Oeste con el Océano Pacífico.

El Departamento de Salud depende de la Municipalidad de Puchuncaví y actualmente cuenta con dos centros de Salud Familiar (Cesfam) de nivel Medio Superior: Ventanas y Puchuncaví, dos postas de Salud Rural, Maitencillo y Horcón. Y estaciones médico rurales: Maitenes, El Rincón, Pucalán, Los Maquis, La Canela, La Quebrada, Potrerillos y La Laguna.

Las principales actividades económicas de los usuarios de estos centros se encuentran en las áreas ligadas al turismo, agricultura, pesca y actividades industriales derivadas del funcionamiento de las plantas de Codelco, Gasmar y Chilgener ubicadas en la localidad de Ventanas, perteneciente también a la comuna. Situación que la ha llevado a ser declarada zona saturada de contaminación con Anhídrido Sulfuroso, lo que acentúa las patologías respiratorias y agrava los cuadros crónicos respiratorios.

La comuna de Puchuncaví, cuenta con 22 localidades de muy diferentes situaciones socioeconómicas, dado que la geografía comunal abarca desde un extenso borde costero, hasta pequeños pueblos ubicados entre los numerosos cerros que conforman el paisaje. Si bien la comuna es atravesada por vías de tránsito de alta velocidad, varias de sus localidades más rurales quedan aisladas en épocas de lluvias.

El Cesfam cuenta con programas para la atención de los usuarios en diferentes áreas: Programa Cardiovascular, del Adulto Mayor, de la Salud Sexual y Reproductiva, del Adolescente, Infantil, Salud Oral, Nutricional y Programa de Salud Mental.

El Programa de Salud Mental realiza detección, diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción en variadas temáticas como: abuso de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar, trastornos depresivos y trastornos tempranos de la infancia, entre otros.

El Equipo de Salud Mental de Puchuncaví está compuesto por médico, psicóloga y asistente social. Sus intervenciones están regidas por las orientaciones entregadas por el Ministerio de Salud a través de las Guías Clínicas de las diversas patologías. Estas pautas de acción orientan procesos de psicoterapia, consejería individual y familiar, visitas domiciliarias, campañas de promoción y prevención, taller de intervención grupal, entre otras; con el fin de proporcionar a la comunidad distintas herramientas para su bienestar en materia de Salud Mental.

Las orientaciones a través de las Guías Clínicas propuestas por el ministerio de salud, proponen al modelo Cognitivo Conductual para las intervenciones. Sin embargo, estas son sólo orientaciones, las que pueden ser modificadas en función de los equipos y profesionales a cargo de dicho Programa.

Estos lineamientos ministeriales dan orientaciones a través de flujogramas donde se señala el proceder en los diferentes problemas de salud. Quedando explícito la cantidad de sesiones y las actividades a desarrollar.

Es necesario dejar en manifiesto que por el cambio que se produce de Consultorio a Cesfam, se propone e intenciona que el usuario y la comunidad sean agentes activos y participativo de su salud.

Dentro de estos lineamientos, se considera que actividades de prevención y promoción de salud serían de gran beneficio para la comunidad, destacando la importancia, por ejemplo, de la realización de talleres con el fin de informar, educar y prevenir sobre temas de salud mental.

En el Programa de Salud Mental de Puchuncaví, existe una alta demanda de usuarios que llegan a la consulta psicológica derivada de morbilidad (Consulta médica), derivaciones de otros profesionales del Equipo del Cesfam, juzgados y establecimientos educativos o a través de consulta espontánea. Por lo tanto, las horas de atención se copan rápidamente.

Durante el año 2014, hubo 220 usuarios en control (Datos obtenidos del sistema estadístico REM, 2014). Las atenciones son de 30 minutos por sesión, sin embargo, el equipo de profesionales apela a la flexibilidad y puede modificar los horarios, en caso de que un usuario lo necesite.

Es relevante dejar en manifiesto que en la salud pública son utilizados los manuales diagnósticos CIE-10, para las evaluaciones y diagnósticos.

Las principales problemáticas por las que consultan los usuarios del Programa de Salud Mental se enmarcan en temáticas tales como: trastornos ansiosos, trastornos del ánimo, abuso de alcohol y drogas, síndrome de déficit atencional y violencia intrafamiliar.

A pesar de los diagnósticos, el equipo psicosocial ha privilegiado el uso de problemas en salud mental, más que el diagnóstico en sí mismo, ya que da cuenta de la problemática por la que consulta la persona. Los llamados criterios Z de los manuales diagnósticos CIE-10, especifica que “son factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud”(Capítulo XXI del CIE-10). Dentro de los cuales se encuentran problemas relativos a: personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades no transmisibles, relacionados con circunstancias económicas y psicosociales, personas con riesgos potenciales para su salud relacionados con su historia familiar y personal y algunas condiciones que influyen en su estado de salud, personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales, entre otros.

Por lo que se trabaja desde las orientaciones y criterios diagnósticos recomendados, pero resaltando otros factores que pudiesen estar interfiriendo en la problemática de la persona que consulta.

Se ocupa un sistema de registro “Rayen”, para tener las fichas de los usuarios en línea. Cada profesional debe realizar registro de cada una de las atenciones.

## **2.6. Modelo Sistémico Centrado en Narrativas.**

En el conocimiento psicológico han co-existido muchas comprensiones para abordar la psicoterapia, así como la narrativa, no obstante es posible agruparlas en: las llamadas científicas y hermenéutica- comprensiva. Ambas posturas terapéuticas si bien se refieren a la narrativa, sus acercamientos son distintos y no es posible compararlos sin más. (Cornejo en Zlachevsky 2012).

Para la concepción científica, la narrativa sigue el camino de la ciencia, por lo que ocupa el rigor de la metodología científica y los datos que se analizan permiten mostrar regularidades, generalidades y hechos objetivables.

Para la concepción hermenéutica cobra importancia la historicidad de los fenómenos psíquicos, su contextualización sociocultural y, por sobre todo, la consideración de la dimensión de sentido y significado de todo acto psíquico. (Cornejo en Zlachevsky 2012).

Zlachevsky (2011), prefiere llamar a la concepción hermenéutica- comprensiva, fenomenológica hermenéutica, dando relevancia a la aparición e interpretación que realiza un observador de un fenómeno. Dentro de esta postura se encuentra el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, el cual es una forma de comprender la psicoterapia de manera diferente, ya que no se está en busca de verdades, sino que trata de escuchar y entender los relatos en una historia, dentro del contexto o biografía de la persona que consulta.

La teoría a la base de la Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas es la Constructividad, que como postura conceptual, asume el hecho de que no podemos asegurar que nuestras observaciones del mundo son la realidad y que las otras posturas están equivocadas. Lleva al observador a hacerse cargo de sus operaciones de distinción. El concepto de constructividad da la idea de proceso, de movimiento, dando lugar a ver los significados emergiendo a medida que se va construyendo el mundo en el que habitamos. Es por lo anterior que se entiende a la vida como interpretación de sí misma, es decir, resalta el carácter hermenéutico que la vida tiene, reconociendo que toda interpretación refiere a quien interpreta. (Zlachevsky, 2012).

A nivel epistemológico, es decir, las explicaciones del observador acerca de cómo opera o funciona con la realidad, se liga al pensamiento de Maturana y Varela, acentuando las características del observador que está a la base de esta comprensión. La realidad es vista como dependiente del observador, es decir, aquello que se observa no es una entidad en sí misma separada de quien observa, producto de quien está definiendo el fenómeno. Esto cobra importancia en el sentido que el saber es una construcción enactiva de la mente, es decir, el conocimiento no es la rerepresentación fiel de una realidad independiente de nosotros, sino un recurso adaptativo que organiza la experiencia.

Desde esta mirada la realidad aparece como un fenómeno particular. Se entiende que existen diversas realidades, múltiples verdades que dan cuenta de la diversidad de las experiencias que tienen las personas en la construcción del mundo.

Maturana (2011) refiere que “lo que hacemos los seres humanos como observadores es tener la experiencia de encontrarnos “observando”. Cualquier explicación o descripción de lo que hacemos es secundaria a nuestra experiencia de encontrarnos a nosotros mismos en el hacer de lo que hacemos”.

Por tanto, la realidad emerge como producto de nuestra experiencia y por lo anterior es que a nivel paradigmático o unidad de análisis que ha de orientar esta mirada, se puede identificar al sistema o la organización de significados co-construidos con los otros el que emerge en función de las relaciones entre las personas. La unidad de análisis con la que se trabajará dependerá de los personajes que comparten significados que por alguna razón hoy lo está perturbando.

Desde esta mirada se entiende que la persona forma parte de un sistema relacional de significados. Este sistema de significados es diferente en los dominios de existencia de los cuales cada persona forma parte. Para Maturana los dominios de existencia son el conjunto de las definiciones a partir de las cuales distinguimos a otros y somos a su vez distinguidos por otros, es decir, redes de conversación.

Maturana, afirma que se tienen configuraciones operacionales distintas según con quien estemos, cómo nos entendamos a nosotros mismos en ese dominio y según los distintos

actores que lo configuran. Por ello es posible decir que vivimos tantas tramas narrativas como sistemas sociales o dominios de existencia en los que participamos. Se tiene una forma de significar el mundo, la que se comparte con quienes interactuamos directa o indirectamente.

El problema psicológico por el que se consulta se definirá sobre la base del dominio de existencia en el que el dolor sea parte, así como del contexto social en el que el sistema se desenvuelve, es decir, cómo las personas significaron y definieron los fenómenos vividos.

En este contexto la psicoterapia no puede responder a pautas científicas, en tanto responde al protagonismo del sistema terapéutico. Aquí la relevancia está en la fenomenología hermenéutica e interpretativa del terapeuta, donde lo narrativo y único es lo que le da sentido a la psicoterapia.

La constructividad según plantea Zlachevsky (2012), pone énfasis en el lenguaje y es entendido no residiendo en el interior de las personas, sino que producto de lo conversado entre ellas. Las palabras sólo adquieren sentido y significado en el contexto de una relación particular, nunca significan algo en sí.

Maturana hace alusión, que los seres humanos habitamos en el lenguaje, entendido este como una coordinación de acciones consensuales que se va construyendo con otros en las dinámicas relacionales que se dan en el proceso de vivir.

“Cada idea, cada concepto solo se concreta en el intercambio interpersonal o social con otros *en y desde* el lenguaje. Los significados con que las personas afrontan el mundo nacen siempre en y desde un contexto relacional particular” (Zlachevsky 2012).

A ojos de Zlachevsky “el problema psicológico no se encuentra dentro del individuo sino en la red de significados en los que los individuos participan”. (Zlachevsky 2012)

De aquí la importancia de indagar cuál es el sistema relacional y/o dominio de existencia que da sentido al problema por el que se viene a consultar.

Uno de los conceptos centrales con los que se trabaja son las narrativas entendida como sistemas de significado co-contruido, compartidos por un grupo social, desde cuya organización de significados se explica el fenómeno del que se quiere dar cuenta.

La narración es la forma de presentación o patentización de la vida humana, surgiendo distintas narrativas dependiendo del dominio de existencia en que la persona se desenvuelve.

El cambio terapéutico, en consecuencia deberá ser un cambio en los procesos afectivo-emocionales, a partir de las significaciones que surgen en una relación entre la experiencia emocional y organización de significados co-construida con otros, en el dominio de existencia donde el problema psicológico se aloje incluyendo a los actores que participan en dicho dominio.

Martín Payne, en “Terapia Narrativa” (2002) refiere que las narrativas que contamos son el marco de inteligibilidad a través de las cuales comprendemos lo que nos ocurre.

En este sentido resulta importante destacar lo que Bruner plantea en “Realidad mental y mundos posibles (1988)” en relación al modo de pensamiento narrativo, que no debe confundirse con las psicoterapias narrativas. Bruner afirma que hay dos formas de pensar diferentes e irreductibles entre sí que llevan a ordenar las experiencias vividas y a construir realidad para cada uno: el pensamiento narrativo y paradigmático.

El pensamiento narrativo da cuenta de la vida, incluyendo las emociones, los relatos, las experiencias cotidianas y las intenciones. Es un sistema de ordenamiento intuitivo, imaginativo, que brinda descripciones interpretativas y personales. Pertenece al ámbito del sentido común.

El pensamiento paradigmático, por el contrario brinda argumentos objetivos, busca relaciones causales, requiere referencias verificables, lógico-científicas siguiendo la lógica de un sistema matemático formal de descripción y explicación. Se regula por requisitos de coherencia y de no contradicción. Utiliza un lenguaje digital, hipotético y deductivo.

La modalidad narrativa, a ojos de Zlachevsky, se centra en las particularidades individuales para poder llegar a entender cómo es que las personas se viven la vida. (Zlachevsky, 2013).

Los relatos no tienen el requisito de verificabilidad, sino de verosimilitud en el contexto de una vida particular. Por ello, el terapeuta tiene que ser capaz de reconocer la

verosimilitud de lo narrado por el paciente, en el contexto de su propia biografía. (Zlachevsky, 2012).

Una narrativa es un sistema de significados compartidos por actores o personajes que incluyen un guión y un escenario, “el foco de atención de la terapia son las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre los personajes” ( Sluzki, 1995).

Debido a lo anterior, la Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas, es vista como un proceso único que se da entre las personas que conversan de una cierta manera y que instalan una nueva forma de significar. Las que se insertan en un contexto determinado, el que siempre es distinto, siendo los actores del proceso terapéutico también distintos, de aquí que nunca es posible generalizar. Lo central es facilitar el proceso reflexivo en la conversación para lograr co-conformar nuevas significaciones alternativas al sufrimiento pero siempre respetando las propias creencias.

En este contexto, es necesario destacar lo que Martín Buber (2006) define como la base de la terapia: la dupla *yo-tu*. Que es donde emerge la conversación y donde cada persona confirma a la otra como única. Se opone a la relación *yo-eso* que mira objetivando al otro. La psicoterapia no es una conversación cualquiera, es una conversación que una una relación *yo-tu* donde cada persona confirma a la otra como valor único, encuentro íntimo y sincero.

La orientación final de la terapia es de co-construir en el proceso terapéutico una narrativa nueva, que emerja desde las propias creencias del consultante, que elimine su sufrimiento o le permita abordar su problema de manera diferente.

### **2.6.1 La triada inseparable en Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas.**

Zlachevsky para dar cuenta de la Terapia Sistémica Centrada en Narrativa se afirma en alguna de las ideas de Heidegger quien en lugar de hablar de hombre elige usar la palabra *Da-sein* (*Da*=ahí y *sein*=siendo). ). Heidegger afirma que la pregunta por el ser va dirigida al *Dasein*, quien se pregunta, comprende y conceptualiza lo preguntado respecto del ser. Esta comprensión la hace en tanto está arrojado en un mundo que no eligió, un mundo que le da sentido y legibilidad a lo que le ocurre.

Lo anteriormente expuesto permite decir que la comprensión del ser da la idea de que el hombre es un ente que está siendo ahí, abierto al mundo y sus posibilidades en un aquí y ahora “arrojados a la existencia”, interpretando el acontecer en el aquí y ahora. Dicha interpretación la realiza el Dasein desde su disposición afectiva. Mediante la disposición afectiva o temple de ánimo, el Dasein, se va encontrando en su ahí, desocultando el mundo, comprendiendo experiencia de cierta manera. Esta comprensión la realiza de acuerdo al sentido que le da su proyecto. El proyecto le da a cada Dasein un horizonte de significabilidad que incide en cómo actúa. De tal manera que el Dasein es un ente siempre siendo, actuando en el mundo según sus circunstancias y por tanto, actuando recomprendiendo y cambiando de acuerdo a cómo, su horizonte de significabilidad, le va permitiendo entender su existencia.

Su comprensión del mundo es posible gracias a que el dasein habita en el lenguaje. Como plantea Heidegger en Zlachevsky (2012) “el lenguaje es la casa del ser, en su morada habita el hombre”. Interpretamos habitando el mundo y nuestra existencia en y desde el lenguaje.

Si el hombre mora en el lenguaje y el lenguaje es la casa del ser, se podrá decir que lo psíquico mora en el lenguaje, no en el interior de las personas, sino que entre ellas, en tanto las palabras sólo adquieren sentido y significado en el contexto de una relación particular. El ser de lo humano para Zlachevsky está siempre siendo co-construido en el lenguaje, en la medida de que se va interactuando con otros e interpretando el mundo en que se habita.

Con respecto a la estructura del Dasein, Zlachevsky, con el objetivo de entender la narrativa, considera tres momentos de estar –en, existencia planteados por Heidegger: 1) Disposición afectiva o temple anímico, 2) Comprender y 3) Discurso, habla, cómo lo enuncia.

Da-sein entendido como el hombre que está siempre siendo. Abierto al mundo, sobre la base de su temple anímico el que lo lleva desde su propio comprender, en el aquí y ahora a dar sentido a lo que vive.

Esa conceptualización llevó a Zlachevsky a hablar de la triada inseparable, a sistematizar las conversaciones terapéuticas, en la acción, emoción y explicación en la narrativa, habitado en el lenguaje.

Desde esta comprensión se construye lo que se conoce como la triada el XYZ (esquema abreviado que pretende dar cuenta de la acción, emoción y explicación) de aquello que aqueja al consultante, en el dominio de existencia en el que el problema por el que consulta tiene sentido, identificando por tanto:

La Y: la emoción que trae a consulta el sistema consultante.

La X: es la explicación que logra entender el terapeuta, producto de la comprensión-interpretación que expresó en su decir el sistema consultante, producto de su forma de significar el fenómeno.

La Z: representa el episodio crítico, el evento en el que algo cambió en algún dominio de existencia, se hace explícito frente a la pregunta ¿por qué ahora?.

El uso del XYZ es primordial para la Terapia Sistémica Centrada en Narrativa y las preguntas ¿desde cuándo? y ¿por qué ahora? son centrales, para entender la narrativa de las personas, sus creencias y la explicación que se dio de lo que le ocurrió.

Dependiendo de la construcción del problema, que el terapeuta junto al sistema consultante construye, se opta por una estrategia terapéutica pertinente que le permita al terapeuta ofrecer una nueva manera de entender lo que pasa. Una explicación que le permita al consultante entender de otra manera lo que le sucede, dando un nuevo sentido a lo vivido de modo de poder desentramparse del dolor que lo trajo a consultar. La intervención apunta a lograr un cambio en la narrativa desafortunada que traía el sistema consultante. La nueva historia centrada en los valores y creencias del consultante, que permitan mirar desde otra óptica lo que relatan les sucede.

En Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas los consultantes son los expertos, ya que se consideran activos en la co-construcción del relato de lo que les está pasando. El objetivo del terapeuta es hacer preguntas que gatillen reflexiones alternativas y coherentes con las creencias y modo de ver el mundo, su sistema de significado y que permita en su propio sistema de creencias encontrar otra explicación que no incluya

dolor en ella. De ahí la necesidad de explorar desde la curiosidad. Por tanto, se puede re-relatar, de-construir hechos y momentos en su nuevo contexto de significados.

Las preguntas en Psicoterapia Sistémica Centradas en Narrativas se hacen desde el no saber, desde la curiosidad por el mundo del otro. Porque nadie debe ser de ninguna manera, ya que como sea dependerá de cómo y con quien viva y de las circunstancias de ese vivir.

Desde esta mirada las intervenciones apuntan a potenciar la autonomía e independencia del otro en función de la construcción de los significados que le otorgue a la experiencia. “El acento está puesto en el estudio del modo en que los seres humanos construyen su mundo de experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran” (Boczkowski, 1995).

En psicoterapia se generan conversaciones significativas donde se ayuda a co-construir con las personas para que pueda reducir el dolor que las impulsó a consultar, por tanto al ampliar otras miradas, se van buscando lecturas distintas.

“Aliviar el dolor es una parte de nuestra tarea, la otra consiste en unirse a nuestros clientes para ayudarlos a desembarazarse de lo que los hace sufrir” (Hoffman, 1998).

El proceso psicoterapéutico es visto como articulador para buscar sentido a la experiencia, en función de los significados otorgados, no precisa en revelar la verdad oculta, sino más bien producir nuevas conversaciones en la que se creen nuevos significados. (Boczkowski, 1995).

Harlene Anderson (1997) señala acerca del cuestionar y abandonar las estructuras jerárquicas experto-no experto, discursos de patología - disfunción y el mundo de lo conocido y de la certeza, lo que como se dijo anteriormente, es en el decir de Bruner el pensamiento paradigmático.

Desde estas posturas se resalta la importancia y poder de las palabras, aceptando la duda, incertidumbre e inclusive la confusión. Esto genera que se cuestionen los prejuicios y valores; la forma en cómo se conceptualizan los problemas, donde el consultante es participativo y colaborativo en todos los aspectos y el terapeuta es parte de este proceso. La conversación se focaliza en los procesos y recursos más que en las debilidades,

donde se debe lograr una conversación compartida que permita narrar las historias plenas de significado, ya que las historias son formas de ordenar los acontecimientos y no son una realidad en sí misma. Se van modificando en cada interacción. Lo que se conoce y se observa como verdad se ha ido construyendo dentro de los distintos procesos sociales que se viven (Gergen 2001).

Anderson y Goolishian (1988), consideran la terapia como una indagación compartida de ida y vuelta, de dar y recibir, donde el terapeuta no es indiferente a lo que sucede al sistema consultante. El consultante y terapeuta se arriesgan a una transformación de sí mismos.

Shotter (1994) refiere que el consultante pertenece “a” y “en” la conversación cuando se esfuerza por entender e interpretar con el terapeuta, más que por teorías externas.

Desde estas posturas el consultante es el experto de su vida y, por tanto, el terapeuta apunta a conocer a través del preguntar, buscando significaciones en y desde el lenguaje de modo de poder encontrar otro sentido a lo vivido.

### **2.6.2 Terapeuta**

El objetivo del terapeuta es entender la forma particular de significar lo que el consultante le cuenta sobre los acontecimientos vividos, pero el relato sobre lo vivido, no lo vivido, vale decir, los relatos del consultante, la forma de narrar los acontecimientos, expresados en palabra, no necesariamente lo que le ocurrió. Ya que la realidad surge contextualizada en el lenguaje, nunca es fija y va cambiando en la conversación. La conversación con el terapeuta, se enmarca en otro contexto, en el contexto de estar relatando un fenómeno, no es el mismo fenómeno vivido.

La palabra “conversar”, viene del latín “*conversari*”, con= completamente y versari= dar vueltas con un otro, su uso cobra relevancia en el actuar terapéutico ya que la psicoterapia, es un proceso único que se da entre las personas “que conversan” de una cierta manera y que instalan una nueva forma de significar.

Varela refiere que cada vez que un sujeto distingue un fenómeno, lo distingue estando inserto en un contexto determinado. En este caso en el contexto de estar en terapia.

El terapeuta que epistemológicamente se hace cargo de la constructividad, se hace cargo de que entiende que lo que le ocurre al consultante son interpretaciones, formas de significar los acontecimientos, construcciones que forman parte de la cultura.

Desde esta concepción desaparece la condición del terapeuta de experto, la terapia es vista como una relación simétrica, donde el terapeuta a través de una comprensión empática y respetuosa ayuda a reflexionar sobre los significados que las personas le otorga a una situación y a percatarse del modo en que elaboran sus creencias. Co-construyendo permanentemente lo que está pasando poniendo en evidencia de cómo ocurre, no existiendo significados a priori.

La actitud del terapeuta apunta al querer comprender, operando como perturbador emocional, para resignificar y ampliar el conocimiento de la interpretación que hace el consultante de lo ocurrido. Actuando de manera colaborativa se espera que se genere un vínculo terapéutico de confianza, donde el terapeuta impulse la autoexploración y responsabilidad en el consultante. En este operar debiese haber sintonía con el otro durante la conversación, evitando ser ansioso o anticipatorio, generando respeto, valorando los silencios para no interrumpir.

Por tanto, la relación terapéutica es vista desde una construcción y no como la imposición de ciertas normas interaccionales, sociales y psicológicas. (Boczkowski, 1995). Quien decide lo que le es doloroso es el sistema consultante, nunca el terapeuta.

Terapeuta y consultante comparten el rol de co-constructores de significaciones. El mayor conocedor de lo que le sucede es la propia persona y terapeuta acuerda paso a paso las metas impulsadas por la conversación que permita el cuestionamiento de las historias y los significados existentes, así como la generación de alternativas viables. Es la persona que encuentra su ayuda, hay una invitación a conversar, a buscar los significados que le otorga a la experiencia vivida. Es una invitación a reflexionar sobre su propio sistema de creencias, aceptando que todas las formas de entender, todas las creencias son igualmente válidas.

Mirar y comprender los fenómenos desde posturas postmodernas, donde se incluye la mirada constructivista, permite otorgar valor al sistema colaborativo de los procesos y a la importancia del lenguaje para estar alerta de qué y cómo se narra.

El terapeuta debe ser capaz de interpretar desde qué dominio de existencia el consultante le está hablando y quienes forman parte de ese dominio explicativo. Cada dominio de explicación constituye un dominio de acciones. Un observador considera en sus reflexiones como acciones legítimas para un dominio particular de la praxis del vivir porque ellas están respaldadas por las explicaciones.

No existe una manera única de entender las circunstancias, ni tampoco una sola manera de narrarlas.

El terapeuta debe considerar otros factores que influyen en el dolor de quien consulta, es decir, el contexto relacional en el que se encuentra inserto y hacerse cargo de la responsabilidad que ello conlleva y de las consecuencias de sus acciones. Debe contemplar que lo que haga o deje de hacer el consultante incidirá en la vida de otras personas, las que comparten el dominio de existencia en el que el dolor se aloja.

Es relevante dar valor a los momentos únicos que permiten hacer intervenciones a través del preguntar, no se es un experto de lo que le ocurre al otro, sino experto en hacer preguntas y reflexionar junto con el o los consultantes.

La idea a la base es la de utilizar eficientemente los recursos disponibles, no sólo propios, sino ampliándolos al sistema comunal y social que forma parte de la red social de quien consulta.

Desde estas concepciones los consultantes son agentes de sus propios cambios, es la propia persona que encuentra su ayuda.

El respeto y agencia del otro se hace fundamental, invitando a la conversación para describir lo que les aqueja de manera diferente, generando nuevos acuerdos y nuevas explicaciones, significados y forma de narrar, co-creando “el problema”. Considerando que las interpretaciones son formas de discursos y no verdades, por lo que se intenta buscar nuevos caminos de solución o acciones diferentes.

En el proceso terapéutico se intenta comprender en el lenguaje del consultante, el sentido que le da a los acontecimientos y también a las palabras, centrándose en cómo va haciendo la narración y ampliando su significado.

El objetivo de la terapia es co-construir en el proceso terapéutico una narrativa nueva, que emerja de las propias creencias del consultante, que elimine su sufrimiento o le permita abordar su problema de manera diferente.

En el operar se intenta reflejar en la conexión para con el otro, en la escucha atenta, respetuosa, en la disponibilidad y comprensión. En la colaboración, es decir, en una relación horizontal, con un posicionamiento de no saber la vida del otro, basándose en la conversación y en la reflexión. Y por último, en la construcción de la nuevas formas de narración, discurso y significado.

Es posible sintetizar que los terapeutas Sistémicos Centrados en Narrativas comparten ciertas premisas: 1) Los seres humanos somos y existimos en el lenguaje, las palabras forman nuestro significados y éstos influyen en nuestra manera de vivir. 2) Todo sistema terapéutico se distingue por el desarrollo de un significado co-creado: el problema. El problema tiene sentido en el dominio de existencia que el sistema consultante defina como tal. 3) El terapeuta sistémico Centrado en Narrativas nunca sabe más que el sistema consultante. 4). El rol del terapeuta es el de un artista conversacional, la pericia radica en hacer preguntas que gatillen al sistema consultante reflexiones alternativas, congruentes con los sistemas de creencias y modo de ver el mundo de ellos. Co-construye junto al consultante nuevas significaciones o comprensiones del mundo, abre nuevas posibilidades. 5) El poder de transformación de esta nueva forma de ver reside en la posibilidad de re-relatar, en el contexto de un significado nuevo y distinto. 6) el terapeuta Sistémico Centrado en Narrativas es un experto en hacer preguntas a partir de “no saber”, no dar nada por supuesto (Zlachevsky, 2013).

### **2.6.3 Patologización y Terapia Sistémica Centrada en Narrativa.**

Los trastornos mentales han sido “clasificados y diferenciados”, en manuales que han permitido unificar criterios. La psiquiatría los ha definido y conceptualizado para que su uso sea de forma generalizada por los profesionales, proporcionando descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan no sólo diagnosticar, sino intercambiar información.

Esto ha conllevado diversas reflexiones, una de ellas es que considera que el terapeuta ve al sujeto no sólo distinto de él, sino diagnosticable. Anderson refiere que “actúa como una estructura *a priori*, que determina el conocimiento que un terapeuta trae a la sesión y se impone al conocimiento del cliente” (Zlachvesky, 2012).

Es por lo anterior que en palabras de Anderson, el papel del terapeuta pasó a ser el de “diagnosticar la disfunción o el defecto” del paciente, por lo que considera que los diagnósticos son impersonales y desconocen el carácter singular de cada individuo y situación.

La Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, plantea concepciones que se aleja de la clasificación diagnóstica o concepto de normalidad versus anormalidad, invitando a tener otra mirada de explicación frente a las dificultades presentadas por las personas, donde el lenguaje cobra real importancia y la experticia del propio consultante más que el del terapeuta. Poder entender al otro, en función de lo que le sucede, siente en un determinado momento de su vida y agenciar al cambio de lo que la propia persona trae como dificultad evitando la estigmatización.

Desde esta mirada el terapeuta establece una relación colaborativa, escuchando las significaciones con actitud de curiosidad y de un no saber cómo deben ser los fenómenos humanos, respetando el encuentro único con el otro, desde una epistemología que acepta la experticia del otro en función de lo que sucede, donde se cuestiona la idea de neutralidad y de imparcialidad del terapeuta, existiendo un cuestionamiento y alejamiento de las metas-narrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el

criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo. Por lo anterior, es que desde la constructividad se acepta la incertidumbre, la impredecibilidad, lo desconocido y se otorga el derecho a que cada persona puede vivirse la vida como le parezca.

Se comprende a la psicoterapia desde lo narrativo o conversacional, apoyada en perspectivas que se alejan de las clasificaciones diagnósticas como es la hermenéutica filosófica (Zlachevsky, 2012).

Las clasificaciones diagnósticas no tienen cabida dentro de esta mirada, ya que se plantea que ello deja de ver al otro, se termina la curiosidad por la historia del otro, el terapeuta se asume como experto y se impone un punto de vista que puede producir dolor.

En la co-construcción, no puede haber un a priori desde los manuales, sino que en la relación se construye la explicación, ya que las personas son distintas dependiendo con quien conversan y se relacionan. Es un proceso constantemente cambiante.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General**

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

#### **3.2. Objetivos Específicos**

Describir las diferentes etapas de intervención en caso Julieta, realizadas bajo el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas en el contexto de Atención Primaria de Salud.

Describir los efectos terapéuticos en caso Julieta, tras las intervenciones bajo el modelo Sistémico Centrado en Narrativas en el contexto de Atención Primaria de Salud.

## **IV. ABORDAJE METODOLÓGICO**

### **4.1 Fundamentos Ontoepistémicos.**

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

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

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

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

Por tanto, la presente investigación se basa en una ontología subjetivista, influida por dimensiones históricas y contextuales. El conocimiento de lo social se realiza por medio de un involucramiento activo del investigador. En este sentido, es interesante relevar los aportes realizados por el biólogo chileno Humberto Maturana (1986) y su implicancia para la metodología cualitativa, al cuestionar radicalmente la existencia de una realidad

objetiva que se encuentra fuera del observador, y que a la vez pueda ser conocida por éste. Maturana, al partir de la premisa de la imposibilidad de distinguir entre ilusión y percepción, da cuenta de la improbabilidad de apoyar la tradicional investigación científica en el objeto externo o realidad objetiva, como un factor que permita validar el conocimiento científico. En este contexto, la objetividad tan propia de las concepciones tradicionales, pasa a ser relativizada o simplemente puesta en paréntesis. Desde allí se emprenden decididos y obligados pasos hacia la descripción detallada de la perspectiva según la cual se hacen posibles las “observaciones” realizadas, las que adquieren “real” corporeidad *en* el lenguaje. (Flores, 2009).

Desde este punto de vista, la orientación constructivista plantea que la naturaleza de la realidad es construida, múltiple, holística y divergente. Hace distinción observador/observación. El propósito se basa en explicaciones limitadas por contexto y tiempo, inductiva y centrada en las diferencias. En resumidas cuentas, de acuerdo a la postura constructivista, la explicación de los fenómenos no puede basarse en la existencia de una realidad preexistente, sino que construida en el acto de explicación. (Flores, 2009).

#### **4.2 Estrategia de Investigación.**

La estrategia o método de investigación viene determinada por la naturaleza del problema y el propósito del estudio, razón por la cual al ser un estudio que busca describir una intervención desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativa, se plantea el uso de metodología cualitativa como estrategia de investigación.

La investigación cualitativa parte del supuesto básico de que el mundo social es un mundo co-construido con significados y símbolos y los elementos de estudios no son los hechos en sí, sino los discursos sobre estos hechos, su herramienta principal es el análisis y la interpretación del lenguaje, ya que lo que busca es determinar la significación de los fenómenos sociales para comprender su sentido (Pérez, 2000).

El tipo de estrategia metodológica utilizada será el estudio de caso, el cual corresponde a una investigación empírica que analiza un fenómeno contemporáneo dentro de su

contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia (Yin, 1998).

Stake (1995) y Yin (2003), definen el propósito del estudio de caso, manifestando que “busca la particularidad, no la generalización, de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en sus propias circunstancias, la especificidad del caso es algo complejo que debe ser interpretado en su funcionamiento. Busca estudiar un fenómeno dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre fenómeno y su contexto no son claramente videntes”.

El caso es la unidad básica de la investigación, el que en esta ocasión corresponde a una proceso psicoterapéutico desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas en el contexto de Atención Primaria de Salud, pretendiendo realizar un rica y densa descripción del fenómeno en estudio.

La selección del estudio de caso es pertinente a esta investigación, ya que permitirá aproximarse al fenómeno en su contexto, abordándolo de manera integral y facilitando la identificación de conceptos emergentes, para su posterior análisis.

Lo anterior se adecua al estudio cualitativo en psicología, por cuanto el proceso terapéutico opera como agente y contexto del cambio que se produce en el consultante, pero dado su naturaleza dialógica y no de linealidad causal, distinguir la frontera y la articulaciones entre proceso terapéutico y efectos terapéuticos resulta particularmente complejo (Muñoz, 2014).

#### **4.3 Técnicas o Instrumentos de Recolección de Información**

La recolección de información se realizó a través de un registro sistemático de prácticas, es decir, descripciones detalladas y densas de las sesiones de psicoterapia realizadas. La información será recogida de apuntes de la terapeuta, ficha clínica del Cesfam de Puchuncaví, análisis de caso en clases de supervisión clínica perteneciente al Magíster Clínico UV, registro de tarea, material ocupado en sesiones y observación.

Dicha descripción será bajo la estructura de las “Normas para la Redacción de Casos Clínicos” de Buela- Casal y Juan Carlos Sierra (2002), quienes plantean los siguientes pasos a seguir en la redacción de un caso clínico:

*Identificación del consultante*, debe indicarse la edad, sexo, estado civil, hijos, nivel de estudios, así como cualquier otro aspecto de interés que ayude a entender las características de la persona. Se puede incluir genograma de la familia y contexto interaccional.

*Análisis del motivo de la consulta*, se debe describir el problema que plantea el consultante, así como la interpretación que realiza el terapeuta.

*Historia del problema*, se debe detallar el origen del problema, cuando se inició y en que circunstancias. Aquí se resalta una descripción amplia y global de la situación.

*Análisis y descripción de las conductas problemáticas*, describe los antecedentes en relación al problema frente a la demanda de apoyo del consultante.

*Establecimiento de las metas*, se establecen las metas clínicas relevantes, que se generaron en conjunto con el consultante.

*Estudio de los objetivos terapéuticos*, se describen cuáles son las conductas objeto de intervención.

*Selección de los tratamientos más adecuados*, en este apartado se especifican el tipo de tratamiento para el caso.

*Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos*. Se establecen los resultados obtenidos, en función de las narrativas posteriores.

*Aplicación de los tratamientos*, se describe en qué consistían las sesiones, duración y técnica utilizada.

*Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos*, se debe plantear posibles explicaciones y recomendaciones para alcanzarlas. Puede ser útil incluir un cronograma que explique las áreas trabajadas.

*Seguimiento*, especificar si se ha realizado y en que períodos.

*Observaciones*, se reflexiona a partir del estudio de caso, proceso terapéutico y cualquier aspecto que considere importante el psicólogo.

Buela – Casal y Sierra (2002), hacen alusión que no todos los clínicos pueden ajustarse fielmente al esquema propuesto, por lo anterior se relizarán adaptaciones en función del modelo utilizado para las intervenciones, ya que lo que se pretende es una rica descripción para una mejor exposición y comprensión del caso.

#### **4.4 Descripción Estudio de Caso**

En el presente apartado se darán cuenta de los objetivos específicos del presente estudio, los cuales son **describir las diferentes etapas de intervención y los efectos terepéuticos del caso “Julieta”, utilizando la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas**.

El caso que a continuación se presenta fue abordado en el contexto de Atención Primaria de Salud, en el Programa Salud Mental del Centro de Salud Familiar de Puchuncaví (Cesfam). Se realizaron 9 sesiones más una sesión de seguimiento.

La participante del estudio de caso, Julieta, otorga consentimiento informado para la realización del presente estudio (Ver Anexo 1), junto con la Institución de Salud (Cesfam) que fue en donde se llevó a cabo (Ver Anexo 2).

En el proceso psicoterapéutico la consultante acudió a una sesión al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso (CAPSI), en donde firma Consentimiento de Participación en modalidad de psicoterapia (Ver Anexo 3).

A continuación y siguiendo la estructura de normas para la redacción de casos clínicos de Buela –Casal y Juan Carlos Sierra (2002), se procederá a realizar las descripciones del proceso.

#### ***4.4.1 Identificación del consultante***

La consultante, Julieta, tiene 60 años de edad, separada, tiene educación universitaria, Educadora de Párvulos y trabajó en jardines infantiles. Actualmente se encuentra jubilada, tiene como actividad la administración de cabañas que tiene para el arriendo en la localidad de Maitencillo, V región.

Su familia de origen es de Santiago, vivió en esta ciudad hasta los 46 años, para posteriormente radicarse en Maitencillo. Lugar que conocía de manera previa, ya que a esta localidad acudía periódicamente durante vacaciones y fines de semana. Julieta es la mayor de cuatro hermanos hombres, su padre vive en Santiago y lo visita a menudo. Su madre enfermó de cáncer cuando Julieta tenía 16 años y falleció dos años más tarde.

La consultante estableció una relación con Luis, con quien se casó a los 20 años de edad y de este vínculo nacieron Fernanda y Gustavo. Se separaron tras 7 años de matrimonio y volvió a vivir a la casa de su padre.

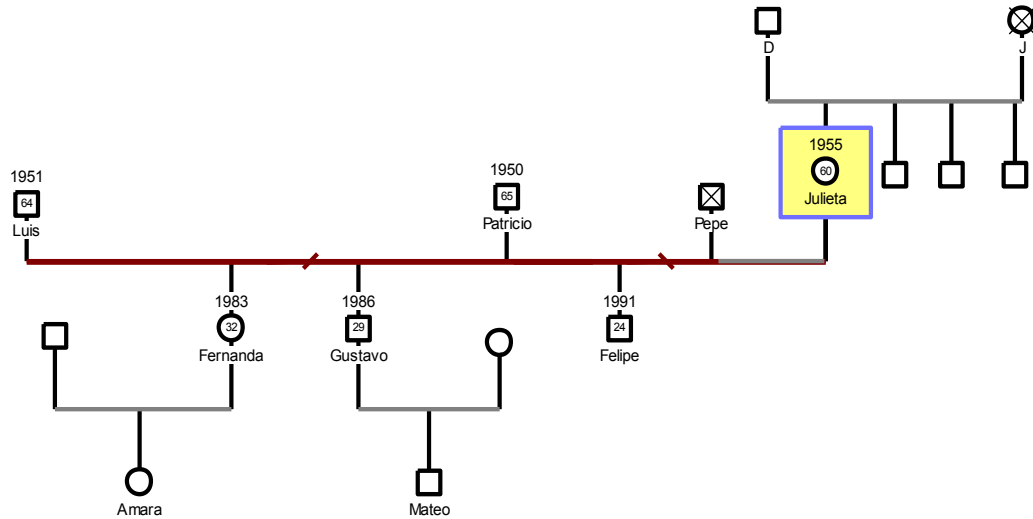
Posteriormente inició una relación de pareja con Patricio, deciden vivir juntos. En ese período los hijos quedaron viviendo con el padre de Julieta. De esta relación nació Felipe.

Cuando su hija mayor Fernanda tiene 8 años de edad, decidieron vivir todos juntos.

Julieta y Patricio tuvieron una relación por 20 años, el quiebre se produjo luego que Fernanda (Hija mayor de Julieta) revelara una situación de abuso sexual por parte de Patricio. Fernanda relató que Patricio inició tocaciones en zonas genitales desde los 8 años de edad, lo que cuenta a los 18 años.

El año 2013 Julieta conoció a Pepe, su última pareja, que murió de forma inesperada por un paro respiratorio en Noviembre de 2014.

## Genograma



### 4.4.2 Análisis del motivo de consulta.

El proceso de referencia comenzó cuando Julieta solicitó hora de atención médica en Posta de Maitencillo por sentir “*cansancio, agotamiento, elevado estrés, dificultad para dormir, pena y angustia*”.

El médico tratante diagnosticó “reacción al estrés” y “depresión leve”. Utilizando las guías clínicas para depresión y manual de diagnóstico CIE-10. En dicha consulta el médico indicó tratamiento farmacológico de Alprazolam 1 comprimido por noche por problema de mantención del sueño.

Dicho profesional realizó derivación al Programa de Salud Mental del Centro de Salud Familiar de Puchuncaví, ya que en Posta de Maitencillo no se cuenta con esta prestación, para que recibiera atención psicológica.

Es por estas referencias que consultante hizo ingreso.

#### **4.4.3 Historia Problema.**

En la primera sesión, la consultante refiere que *“partí con estos síntomas hace cuatro meses atrás cuando decidí no presentarme a la re-elección de la presidencia de la Junta de Vecinos del sector de Cerro Tacna de Maitencillo, voy a renunciar al cargo”*. Refiere que *“el cargo de Presidenta me ha traído muchas consecuencias físicas y emocionales”*.

Relata que en *“el último período he presentado múltiples enfermedades como herpes zoster, dolores de cabeza, dolores lumbares e insomnio”*.

Se explica esta situación porque *“he tenido una enorme sobrecarga con la Junta de Vecinos”*.

La queja de Julieta está en relación con *“tengo poco tiempo para mí, me he dedicado la mayor parte del tiempo a los asuntos de la Junta de Vecinos, siento un cansancio generalizado, no puedo dormir, siento angustia la mayor parte del día”*.

Refiere que *“he entregado mucho por la Junta de Vecinos y me ha traído mucho desgaste, he recibido críticas por parte de algunos participantes, me está haciendo mal todo esto”*.

#### **4.4.4 Análisis y descripción de las conductas problemas.**

En el presente estudio de caso se comprenderá el malestar subjetivo asociados a la decisión de no presentarse a la candidatura a la Junta de Vecinos y dejar el cargo. En función del *“desgaste actual y el poco tiempo para ella”* como lo describe la consultante.

La organización que dirige es un espacio que ha sido parte de su vida, en donde se ha centrado en las tareas y actividades que el cargo le demanda, sin embargo, se considera que ha sido su horizonte de significabilidad y proyecto de vida. Y al recibir críticas por parte de los participantes siente angustia y tristeza, apareciendo consecuencias físicas como dolores de cabeza, dificultades para conciliar sueño, como se lo explica la consultante.

En un segundo momento de la psicoterapia aparece como dificultad el conflicto presentado con su hija relativo al abuso sexual. Quedándose atrapada en las explicaciones que se otorga con lo vivido, en función del comprender lo que ella sintió en el rol de pareja y madre.

Es importante resaltar que durante el proceso psicoterapéutico se centra en lo que la consultante trae como problema, en su historia y significados otorgados. Desde su comprensión se va co-construyendo explicaciones alternativas a lo que le sucede. A ojos de la terapeuta, no está “deprimida”, como se lo señaló el médico en la consulta, por lo que se va deconstruyendo el problema, normalizando y despatologizando, poniendo énfasis en lo que le ocurre y comprendiendo el por qué ahora de su consulta, lo cual será explicado en las distintas sesiones psicoterapéuticas con Julieta.

#### ***4.4.5 Establecimiento de las metas del tratamiento.***

Por el modelo utilizado, Terapia Sistémica Centradas en Narrativas, no se tienen objetivos *a priori*, sino que van emergiendo de las explicaciones que otorga la consultante.

Sin embargo, es relevante que quede explícito que el proceso terapéutico apuntó a conocer a través de un curioso lo que la mantiene atrapada, a ampliar los significados en función de lo que siente y se explica de lo sucedido con la Junta de Vecinos y posteriormente lo relativo al abuso de su hija.

Es por lo anterior que los objetivos generales apuntan a lograr ampliar los significados, para que la consultante pueda tener una explicación diferente en su narrativa y así disminuir el dolor. Lograr que se desentrampe de lo que la mantiene atrapada con lo que va narrando en las sesiones.

#### ***4.4.6 Estudios de los objetivos terapéuticos.***

El objetivo del proceso psicoterapéutico fue identificar los dominios de existencia desde donde surge el problema y las explicaciones otorgadas. Construir los XYZ a objeto de esquematizar la narrativa y desde ahí se elaboraron hipótesis que

suergieron de las explicaciones que la consultante se otorgó. Posteriormente se utilizaron estrategias terapéuticas narrativas para lograr que Julieta se desentrampe del dolor.

El logro terapéutico, se alcanza cuando Julieta genere una explicación en una narrativa más satisfactoria, donde se incluya más ámbitos y contenidos de las experiencias, con descripciones más enriquecedoras y que a su vez otorgue un sentido protagónico de agencia personal, lo que conlleva la disminución del dolor (White, 1997).

#### ***4.4.7 Selección del tratamiento más indicado.***

Este apartado, a consideración de la autora del estudio, tendrá modificaciones con lo que plantean los autores Buela-Casal y Sierra (2002), en las normas de redacción de casos clínicos, ya que desde el modelo seleccionado para realizar las intervenciones “Terapia Sistémica Centradas en Narrativas”, no se considera que existe un “modelo de intervención eficaz para cada trastorno”, tampoco considera el uso de “técnicas” sino de prácticas, las cuales son vistas como no replicables ni universales, todo dependerá de la persona que consulta y si acepta las propuestas de la terapeuta desde su marco conceptual. Por lo que estos dos puntos mencionados en la redacción de casos clínicos de Buela y Cassal no estarán en el presente estudio.

Como se mencionó anteriormente, la terapeuta aborda el caso desde Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, por el sentido que le otorga este modelo de intervención. Principalmente por el rol que tiene el consultante de ser activo y protagonista de su vida, enfocándose en las fortalezas del consultante para enfrentar las diferentes problemáticas. La actitud de colaboración invitando a ampliar y enriquecer el significado desde las narrativas. A su vez por la orientación sistémica que otorga un soporte teórico de comprensión.

Desde esta postura la psicoterapia se caracteriza por una relación íntima, simétrica, donde el terapeuta a través de una comprensión empática y respetuosa, escucha plenamente y ayuda a buscar los significados de los consultantes y que percaten el modo en que elaboran sus creencias. La actitud apunta al querer comprender, operando como perturbador emocional, para resignificar y ampliar el conocimiento de sí mismo.

Actuando de manera colaborativa se espera que se genere un vínculo terapéutico de confianza, donde el terapeuta impulse la autoexploración y responsabilidad en el consultante.

Cabe destacar que en las intervenciones se utilizó como estrategia la participación de Julieta en un taller grupal, “Árbol de la Vida” (Denborough, D. 2008) y psicoterapia individual. Es relevante mencionar que en una sesión fue invitada a participar a su hija Fernanda.

#### ***4.4.8 Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase.***

La evaluación la realiza la consultante durante el desarrollo de las sesiones, manifestada desde su narrativa, en función de la disminución del dolor con lo que le aqueja y la amplificación de las explicaciones otorgadas con lo que vive y siente.

En el apartado siguiente “Aplicación del Tratamiento”, serán expuestas las Narrativas posteriores en cada sesión.

#### ***4.4.9 Aplicación del tratamiento.***

A continuación se describirán las 9 sesiones psicoterapéuticas con Julieta más una sesión de seguimiento, dando cumplimiento a los objetivos específicos del presente estudio de caso, los cuales hacen alusión con describir las diferentes etapas de intervención y los efectos terapéuticos tras las intervenciones bajo el modelo Sistémico Centrado en Narrativas en el contexto de Atención Primaria de Salud. Se describe el número de sesión, la fecha, lugar donde se realizó la intervención, duración, descripción general de la sesión, la hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas, el porqué ahora de la consulta, la acción terapéutica escogida y la narrativa posterior a la intervención.

### ***Sesión 1***

***Fecha:*** 22 de julio 2014.

***Lugar:*** Box atención de Psicóloga Cesfam Puchuncaví.

***Duración:*** 40 minutos.

***Descripción General de la sesión:*** La primera sesión consistió en conocer a la paciente desde un curosear a nivel familiar con la construcción de su genograma, conocer su familia y relaciones. Y a nivel personal, conociendo sus gustos e intereses.

En un segundo momento se indaga, sobre la derivación efectuada por el médico, el que diagnostica “depresión leve y reacción al estrés”. Se indaga sobre situaciones que está viviendo y cómo se ha visto afectada su salud. La paciente resalta las “ *la junta de vecinos me ha traído muchas dificultades, no tengo tiempo para mí, he recibido quejas y críticas*”, explicando el por qué ahora de su consulta.

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

***Z (acción):*** “Dejo la directiva del la Junta de Vecinos”

***X (explicación):*** “Estoy cansada, siento que ya no puedo más con el cargo, no tengo tiempo para mí”

***Y (Emoción):*** Angustia

***Por qué ahora:*** Recibe quejas y críticas de los miembros de la Junta de Vecinos, decide no presentarse a la votación.

***Dominio:*** Personal.

***Acción Terapéutica:*** Se atrapa en la narrativa del cansacio y agotamiento, de no tener tiempo para ella. Frente a esta explicación surge como acción terapéutica la invitación al “Taller Árbol de la Vida”, con el objetivo de que en una instancia grupal y con prácticas narrativas, pueda reconocer sus recursos personales y generar una comprensión que le de sentido al problema, a través del reconocimiento de sus cualidades, capacidades y valores. (Denborough, D. 2008).

Se le invita al taller y se le explica modalidad grupal de trabajo. Se le da fecha y hora al próximo encuentro, acepta y se motiva con invitación.

## ***Sesión 2***

***Fecha:*** 12 de agosto 2014

***Lugar:*** Posta de Maitencillo

***Duración:*** 1 hrs 30 minutos

***Descripción general de la sesión:*** El taller se realizó en la Posta de Maitencillo, las participantes fueron 5 consultantes en control en el Programa Salud Mental del Cesfam de Puchuncaví (Marta, Patricia, Carolina, Lorena y Julieta). Se explica la modalidad de trabajo y las actividades que se desarrollarían.

El taller contó con 5 etapas, de las cuales 3 se realizaron en primera sesión.

### ***1. Presentación:***

Cada participante debió presentarse al grupo (nombre y actividades de su interés).

Julieta se presenta como “*Educadora de Párvulos*”. Se conocía con una participante con la que mantiene un vínculo muy cercano (Marta), lo que cuenta al grupo. Refiere que “*le gusta caminar por la playa y le encanta vivir en Maitencillo*”.

### ***2. Dibujo y construcción del árbol:***

A las participantes se les entregó un árbol como modelo para la construcción de su árbol (Ver Anexo 4)

Se dio tiempo para la construcción personal de su árbol. Se le entregaron hojas y lápices de colores. (Ver en anexo 5 Árbol de Julieta).

### ***3. Presentación del árbol al grupo- construcción colectiva del “bosque de la vida” :***

En esta etapa se les solicita que presenten el árbol a las participantes y que lo pongan en la pared junto a los otros árboles.

Julieta expone al grupo los siguientes elementos que componen su árbol:

***Raíces:*** Abuelos, Padres.

***Tronco:*** Rallar la cancha, cuidar mi espacio, me gusta compartir, cocinar, leer, caminar por la playa, mi soledad, escuchar el silencio.

***Ramas:*** Sueño que todos mis hijos estén bien, jubilar y dedicarme a pasear, un futuro tranquilo.

***Hojas:*** Papá, mis hijos, nietos, hermanas, amigas

*Los Frutos:* Amor de chica, tener hijos y nietos, estar en la playa, tomando sol, respirando, oliendo el mar.

*Pájaros:* Presidenta de Junta de Vecinos. Logrando avances importantes, el término de éste ha sido una tortura y ha afectado mi salud.

*Tierra:* Maitencillo, junto al mar, naturaleza, mi casa.

En esta descripción se resalta los pájaros, intentando ampliar el significado de que “*el término de la Junta de Vecinos ha sido una tortura*”, se escoge esta temática, pues es para ella un motivo de consulta y problemática actual. Se refuerzan los logros que ha tenido, a su vez el grupo refuerza los avances en el cargo bajo su administración y los aprendizajes obtenidos. Julieta logra centrarse en los recursos personales que ha tenido que desarrollar en el cargo, los gratos momentos vividos y se focaliza en el proceso vivido, más que en el término. Hay un cambio y gratitud con lo expuesto a nivel grupal disolviendo la interpretación como “*tortura*”.

Luego de que cada una de las participantes expusiera su árbol, se hace cierre de sesión y se invita al próximo encuentro.

### ***Sesión 3***

***Fecha:*** 19 de agosto 2014

***Lugar:*** Posta de Maitencillo

***Duración:*** 1 hrs 30 minutos

***Descripción General de la sesión:*** En la segunda sesión del taller se trabaja en:

***4. Cuando llega la tormenta: amenazas, secuelas, dificultades y respuestas:***

Una vez que estuvieron todos los árboles en la pared, se les solicita trabajar en base a la metáfora de la construcción de un bosque e identificar las amenazas que pudiesen existir en dicho bosque y las posibles respuestas a esas amenazas.

Posteriormente se trabaja en función de las amenazas personales que pudiesen existir en la vida y las formas de las respuesta a esas amenazas.

Acá se enfatiza en las formas de responder que tienen las personas frente a diversas dificultades. Julieta en este momento refiere “*una forma de respuesta que he tenido ha*

*sido enfermar, mi salud se ha visto afectada*". Se abordó la función que esto tenía y la terapeuta plantea metáfora de lo "sabio del cuerpo que avisa cuando tenemos que parar", esto le hace sentido a Julieta, donde expone *"es importante en este momento poder parar con las cosas que hago, detenerme y darme más tiempo para mí"*. *"Mi cuerpo me avisa que pare"*. Pone relevancia en su salud y las diferentes formas de respuesta.

Luego de esta encuentro, Julieta plantea a la terapeuta que *"tal vez son otras las cosas que me suceden y respondo a través de enfermarme"*, *"tal vez no es sólo la Junta de Vecinos"* *"me gustaría hablar de algunas dificultades que ha tenido con mi hija"*.

Frente a esta solicitud, se cita a sesión individual al Cesfam de Puchuncaví.

#### *5. Certificado y celebración:*

Para finalizar el taller y con el propósito de documentar la experiencia vivida, se confecciona un certificado personalizado, en donde se resaltan las palabras de las participantes, en un tiempo determinado, poniendo énfasis en las figuras significativas, los conocimientos en la vida y habilidades. Además se inserta en el certificado el árbol que cada una confeccionó. La terapeuta intentó resaltar el momento de finalización, llamando a las participantes a recibir los certificados, dando lectura en voz alta, recibiendo aplausos tras la entrega y momento para registrar con fotografía.

A Julieta se le hace entrega del certificado de participación al Taller (Ver Anexo 6 y 7), Se resalta en éste los propósitos, sueños y esperanzas, *"que todos mis hijos estén bien, jubilar y dedicarme a pasear, tener un futuro tranquilo"*, las personas significativas que la han acompañado, *"papa, mis hijos, mis nietos, mis hermanos, amigas"* y las habilidades y/o intereses *"ser acogedora, el gusto por compartir, cocina, leer, caminar por la playa, escuchar el silencio"*.

La terapeuta resalta sus habilidades y aquellos aspectos de la vida que Julieta valora con el fin de centrarse en sus propios recursos personales, para armar su nuevo proyecto de vida, ya que por cuatro años fue la Junta de Vecinos que atribuye como sentido y entrega hacia otras personas (Pájaros).

***Narrativa Posterior al Taller:*** Resulta relevante describir extractos de su narrativa en la participación en el taller ya que dan cuenta de la amplificación de su significado y del

proceso reflexivo. Ya que la participación en el taller ayudó a enriquecer tanto el panorama de acción (acciones realizadas, actores y contextos) y el panorama de conciencia (sueño, esperanzas valores), contando con una historia alternativa a la que llegó.

*“Me di cuenta que me gusta ayudar a los demás y participar en actividades”. “Todo no ha sido tan malo, hemos logrado muchas cosas importantes para ayudar a la comunidad de Maitencillo”. “Me gusta ayudar a mi pueblo”, me siento útil”. “He aprendido muchas cosas”, “tal vez estoy cansada por otros motivos”.*

Julieta logra reconocer los aspectos positivos del cargo, verbalizar en el grupo lo que siente y piensa. Refiere como recurso personal el ayudar a otras personas, por lo que deja en manifiesto sus cualidades y capacidades al respecto. El grupo refuerza los logros, se va empoderada y con el reconocimiento de lo que ha logrado como dirigente vecinal.

Verbaliza que *“tal vez son otras cosas las que pudiesen estar gatillando el malestar físico y emocional”.*

#### **Sesión 4**

**Fecha:** 29 de septiembre 2014.

**Lugar:** Box atención de Psicóloga Cesfam Puchuncaví.

**Duración:** 45 minutos.

**Descripción General de la sesión:** En la sesión de certificación del Taller Árbol de la Vida, plantea como necesidad abordar otras temáticas que resultan como problemática, por lo que se da hora de atención individual.

Julieta expone dificultad actual, la que hace alusión a que su ex pareja ( Patricio) no le quiso dar dinero y a su hija sí. Se inicia una conversación sobre esta temática.

**Hipótesis de trabajo desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas XYZ .**

**Z (Acción):** “Pato no me quiso dar plata, en cambio a mi hija le da”.

**X (Explicación):** “Siempre ha preferido a mi hija”.

**Y (Emoción):** Rabia, angustia, pena.

**Por qué ahora:** Necesitaba dinero y Pato no le quiso prestar.

**Dominio:** Pareja

**Acción Terapéutica:** Surge como acción terapéutica indagar a través de un curiosoar, la relación entre Patricio y su hija, por el énfasis dado en que la *“prefiere a ella”*.

Inicia una narrativa confusa, cargada de emotividad, llora durante la mayor parte de la sesión, no logra expresar de manera hilada y coherente lo que le sucede.

Al no comprender su relato, se le solicita como acción terapéutica que pueda hacer una línea de tiempo con los hechos relevantes de su vida, que los pueda temporalizar y secuenciar. Se le solicita que lo traiga la sesión siguiente. Ya que no se logra comprender a Julieta, faltando partes de su historia que la terapeuta no logra comprender.

### **Sesión 5**

**Fecha:** 15 de octubre 2014.

**Lugar:** Box atención de Psicóloga Cesfam Puchuncaví.

**Duración:** 1 hora.

**Descripción General de la sesión:** Llega con tarea solicitada en la sesión anterior, pero la trae redactada en hojas de cuaderno (Ver Anexo 8).

Frente a esto la terapeuta decide utilizar un papelógrafo pegado en la pared para graficarlos y ordenarlos de forma secuencial. Julieta logra contar “su historia” desde la niñez hasta la actualidad. Puntuando en situaciones y momentos críticos que fueron relevantes para ella como: *“la separación, embarazo, problemas con Patricio tras nacimiento de su tercer hijo, situaciones que recuerda entre Patricio y su hija. Relata que su hija le reveló que Patricio realizaba tocasiones en zonas genitales desde los 8 años de edad, que su hijo menor los habría visto en una oportunidad y guardó silencio. Cuenta que acudieron a terapia y que la relación con su hija nunca ha sanado. Relata sentir rabia, pena por lo poco honesto de Patricio y su hija”*.

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

En esta sesión se trabajó en función de la misma hipótesis que la sesión anterior.

**Z (Acción):** “Pato no me quiso dar plata, en cambio a mi hija le da”

**X (Explicación):** “Siempre ha preferido a mi hija”

**Y (Emoción):** rabia, angustia, pena

**Por qué ahora:** “Necesitaba dinero y Pato no le quiso prestar”

**Dominio:** Pareja

**Acción Terapéutica:** Se construye su línea de vida, para ordenar los hechos y situaciones que ha vivido, logrando como terapeuta poder secuenciar y puntuar hechos significativos de su narrativa.

Se destaca dentro de su narrativa: “*nunca le he creído a mi hija*”, “*a mi hija siempre le gustaron los hombres mayores*”, “*él la prefirió a ella, hasta el día de hoy, “hasta le da plata a ella y a mí no”*”. Es en este momento donde la terapeuta logra comprender el evento que hace alusión a que la “*prefirió a ella*”, por toda la historia previa y contexto donde está situada esta narrativa.

Es en este momento donde la terapeuta interviene haciendo una diferenciación de los sistemas familiares. Se le invita a decidir, que tome posición, que logre diferenciar y otorgar importancia en el hoy el rol de pareja y rol de madre.

La conversación se vuelca en cómo Patricio protege a su hija otorgándole dinero y que a pesar de lo sucedido la protege. Se invita a que Julieta se centre en el rol de madre protectora más que en el de pareja.

Julieta comienza a ver el problema desde otra arista, centrarse en su hija, logrando cambiar su explicación.

Se interviene en resaltar la fortaleza que ha tenido con lo que le ha tocado vivir. Aparece la familia como recurso.

**Narrativa Posterior:** La narrativa que surge en esta sesión, con el actual evento fue:

“*Para mí, lo más importante es mi hija*”, “*Pato al darle dinero la protege*”, “*somos una familia fuerte*”, “*al hacer la línea de mi vida, logré ordenarme y ver lo que me ha pasado*”. “*He sido fuerte*”.

## **Sesión 6**

**Fecha:** 8 de noviembre 2014.

**Lugar:** Box atención de Psicóloga Cesfam Puchuncaví.

**Duración:** 1 hora

**Descripción General de la sesión:** Julieta inicia conversación mostrando su celular a terapeuta en donde señala mensaje que fue enviado por su hija el cual decía “*mamá yo ya te perdoné*”.

Presenta dificultades para comprender lo que su hija le escribe, no encontrando explicaciones al mensaje en su contenido. En sesión se amplían los significados, para que logre comprender y disminuir angustia y rabia presentada.

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

**Z (Acción):** “ Mi hija me envía un mensaje de texto y me escribe que me había perdonado”

**X (Explicación):** “¿De qué me tiene que perdonar ella?”, “si fue ella quien se metió con mi pareja”.

**Y (Emoción):** Rabia, angustia.

**Por qué ahora:** Hija le manda el mensaje

**Dominio:** madre- mujer

**Acción Terapéutica :** Como acción terapéutica se intenta que Julieta logre ver a su hija no como mujer sino como hija, preguntando desde la curiosidad ¿Si lo que plantea tu hija...?, ... tal vez a ti te pasaba algo y no pudiste ver, ...¿y hoy?... ¿que puedes hacer hoy?.

**Narrativa Posterior:** Tras esta sesión, se identifica la siguiente narrativa posterior:

“*nunca le creí*”, “*no lo quise ver*”, “*lo sospechaba, no me atreví*”, “*Me centré en Pato*”, “*Hoy la Fefi y la Amara me necesitan*”.

## ***Sesión 7***

***Fecha:*** 27 de noviembre 2014

***Lugar:*** Box atención de Psicóloga Cesfam Puchuncaví.

***Duración:*** 1 hora.

***Descripción General de la sesión:*** En esta sesión Julieta relata que mientras caminaba por la playa de Maitencillo encuentra una botella en la playa con cartas, en primera instancia piensa que son de amor, y al romper la botella se da cuenta que son cartas escritas por menores las cuales tienen contenido de los derechos y deberes de los niños y niñas.

La terapeuta colabora con Julieta a encontrar significados en función de este evento, ligado con lo que ella vivía en el proceso psicoterapéutico.

***Acción Terapéutica:*** A partir de este evento se amplía el significado de encontrar la botella con las cartas y se insta a que logre narrar las interpretaciones a este evento, con lo que le sucedía en su vida en relación con su hija.

***Narrativa Posterior:*** Refiere que *“siempre he trabajado con niños, fue maravilloso encontrar estas cartas, ahora veo a mi hija, me doy cuenta que sufrió. No estuve ahí, pero ahora puedo estar, estas cartas son de niños que me mostraron que mi hija me necesita”*.

Tras el episodio del encuentro de las cartas y la relevancia entregada por el terapeuta, Julieta logra ver a su hija como niña, no como mujer. *“Ella me necesitaba, por que mi hija no era una mujer, sino una niña”*.

En esta etapa comienza a reflexionar sobre el relato de su hija a confirmar y aceptar el abuso.

Frente a esta situación la terapeuta solicita colaboración con la continuidad del caso en las intervenciones y plantea al equipo de Supervisión Clínica de Magíster UV, la posibilidad de traer a Julieta y a su hija a Sala de Espejo, ya que se está en una etapa vital de transformación y cambio. Se requiere la ayuda de experta y trabajo en equipo de psicólogos para esta etapa de la psicoterapia.

Es por este motivo que fue invitada a la próxima sesión al Capsi UV (Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso). Se explica vía telefónica la modalidad de atención en sala de espejo y acepta.

### ***Sesión 8***

***Fecha:*** 15 de Noviembre 2014

***Lugar:*** Box atención Capsi UV.

***Duración:*** 40 minutos.

***Descripción General de la sesión:*** Se realiza sesión en Capsi UV, Julieta se traslada de Maitencillo a Valparaíso. En esta sesión participa Julieta, Profesora Dra. Ana María Zlachvesky y terapeuta Macarena Mena, alumna Magíster Clínico UV.

Al iniciar la sesión, las terapeutas consideraron importante que su hija Fernanda se incorporara a sesión y se le solicitó su ingreso.

***Acción Terapéutica:*** En esta instancia relata que “*ella tuvo que cuidar a sus hermanos menores y responsabilizarse por su madre, la cual se enferma de cáncer cuando ella tenía 16 años*”, como acción terapéutica se introduce una explicación alternativa, la cual consiste en que Julieta no pudo entender a su hija porque ella no vivió su adolescencia, al hacerle cargo de otros. Ella acepta esta propuesta, le da sentido y genera alivio.

***Narrativa Posterior :*** Tiene como narrativa posterior “*como no viví mi adolescencia, no puede entender a mi hija cuando fue adolescente por eso no la entendí*”.

Refiere que “*somos una familia indestructible*”, se refuerza esta frase en base a las acciones que han tenido para enfrentar las diversas situaciones difíciles que les ha tocado vivir. Su hija, presente en sesión también valida a su madre como fuerte. Julieta refiere que “*hoy su hija y Amara (su nieta), la necesitan y podrá compensar con su nieta.*”

## **Sesión 9**

**Fecha:** 10 de diciembre 2014

**Lugar:** Box atención de Psicóloga Cesfam Puchuncaví.

**Duración:** 45 minutos.

**Descripción General de la sesión:** Se realiza sesión donde describe bienestar tras sesión en CAPSI UV, refiere que *“salimos de la sesión con mi hija y nos abrazamos, lloramos y nos dijimos lo fuerte que hemos sido y seguiremos unidas. Refiere que “estoy más tranquila y siento que he superado el dolor con mi hija, ahora creo todo y entendí que no tuve adolescencia, por eso no logré entender a mi hija.”*

En esta sesión plantea la muerte de su actual pareja, refiere sentir *“mucha pena y tristeza”*. Este evento cobra importancia para Julieta y se aborda esta dificultad en sesión.

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

**Z (Acción):** muerte de pareja (Pepe)

**X (Explicación):** sin explicación- infortunio de la vida.

**Y (Emoción):** pena, tristeza.

**Acción Terapéutica:** Cuando Julieta refiere bienestar tras la sesión en Capsi UV, y nuevamente menciona *“somos una familia indestructible”* la terapeuta lo conecta con los sueños, propósitos y esperanzas narrado por Julieta en el taller árbol de la vida, (sesión 2 y 3) recordando lo escrito por ella *“Sueño que todos mis hijos estén bien, jubilar y dedicarme a pasear, un futuro tranquilo”*. Ya que en esta oportunidad resalta a la familia y a sus hijos como parte de sus propósitos y sueños.

Posteriormente se aborda la muerte de su pareja como infortunio de la vida, se realiza una re-significación de lo importante de Pepe en esta etapa de su vida, se trae al presente recuerdos significativos. Se normaliza pena y tristeza.

Se cita a sesión de seguimiento en enero 2015.

**Narrativa Posterior:** Refiere como narrativa posterior *“ Como entendí que no tuve adolescencia, la viví a mis 60 con Pepe, fue un amor vivido como adolescente”*.

*“Paseabamos por la playa, hacíamos locuras, a veces nos bañábamos en el mar, me quedaba en su casa”. “Extraño lo bien que lo pasábamos juntos”, “tengo mucha pena”. “Me he dedicado a cuidar a Amara, mientras mi hija está en el Restorant, con la Amara me distraigo”.*

#### **4.4.10 Evaluación de la eficacia del tratamiento.**

La efectividad de la psicoterapia del presente estudio de caso, está dada por el bienestar emocional y la amplificación de los significados que la consultante otorga a lo vivido. Julieta logra conversar de forma grupal lo que siente y vive en función de la Junta de Vecinos y ampliar sus explicaciones, de igual modo logra desentramarse del dolor ofreciéndose alternativas diferentes de ver el problema con su hija, evidenciada en su narrativa posterior.

Es por lo anterior que aparecen cambios favorables en el proceso psicoterapéutico, abordando siempre las dificultades que la consultante plantea. Evidenciando formas de comprensión distintas desde el inicio de la psicoterapia a la última sesión.

#### **4.4.11 Seguimiento.**

Se realizó una sesión de seguimiento durante el mes de enero 2015, en dicha sesión se le solicita que reflexione sobre el cómo esta hoy, en el aquí y ahora después de las conversaciones que se han tenido en las sesiones psicoterapéuticas.

Se le solicita que dicha reflexión sea escrita. Julieta escribe lo siguiente: (Ver anexo 10).

*“1. Respecto a la Junta de vecinos tengo claro cual fue mi deseos pero hasta terminar el mandato.*

*Pero lo ocurrido despúes es lo que me dejó mal ante situaciones que se van de mis manos.*

*Crterios me obligan a tomar partido en las gestiones posteriores por el echo de haber sido la presidenta, no puedo más porque ante esta mafia de personas no hay nada más que hacer y me sobrepasa en mi persona desgraciadamente todo lo tomo como mi responsabilidad lo cual no lo es me tengo que retirar definitivamebte es lo único que*

*deseo por lo tanto necesito un certificado de un profesional que respalde mi decisión y ahí me sentiré respaldada.*

2- *“La situación con mi hija ha sido muy importante para nosotras siento diferente nuestra relación con cariño, amor y nuestra Mara más nos une estoy viviendo con mi nieta lo que no hice con Fefy cuando era pequeña.*

*Además me doy cuenta que la Fefy siente ahora de verdad mi apoyo hacia ella, me cuenta sus cosas amores yo la aconsejo y hemos tenido momentos muy lindos”.*

En esta sesión, se le entrega un certificado que refiere que “Julieta se encuentra en un proceso Psicoterapéutico en Cesfam Puchuncaví y se sugiere no re-incorporarse a la Junta de Vecinos por su estado de salud” (Ver Anexo 11). Julieta le otorga importancia a la entrega del certificado y manifiesta *“sentir respaldo y tranquilidad, por si algún nuevo integrante de la Junta de Vecinos acude a solicitar información o ayuda por los nuevos acontecimientos que han ocurrido”.*

En dicha sesión se acuerda tener una sesión en marzo, para acompañar en proceso de duelo, ya que los otros dos temas tratados con anterioridad (Junta de vecinos y problemas con hija), refiere bienestar emocional, tranquilidad y *“sentir diferente la relación con su hija, con cariño y amor”.*

Además refiere que cuida a su nieta, acordaron con su hija iniciar clases de natación, instancia que Julieta considera como beneficiosa para ambas.

#### **4.4.12 Observaciones.**

Las observaciones del caso presentado serán expuestas en los resultados y conclusiones finales.

### **4.5 Criterios de rigor en la investigación cualitativa**

Guba (1989) plantea que es fundamental en la investigación cualitativa garantizar el rigor de su proceder, para lo anterior se analizarán los cuatro criterios que menciona como aspectos de veracidad: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

### **5.5.1 Criterio de Credibilidad**

Este criterio se aborda en el sentido de que se ha hecho un trabajo prolongado en el mismo lugar y la observación permanente en el proceso de psicoterapia.

A raíz de garantizar este criterio es que se ha solicitado en el proceso de psicoterapia el juicio crítico de compañeros, en este sentido, el caso fue revisado en supervisiones clínicas en contexto de clases de Magíster de la Universidad de Valparaíso en dos oportunidades con fecha 18 de octubre 2014 y 15 de noviembre 2014, con el propósito de exponer y recibir co-evaluación del análisis de caso.

Se cuenta con registro fotográfico en taller (Ver Anexo 7) y sesión individual (Ver Anexo 9).

### **4.5.2 Criterio de Transferibilidad**

En este aspecto se resalta la recogida de información, la cual se basa en los apuntes de sesiones de la terapeuta, el registro de la ficha clínica de la consultante en el Cesfam de Puchuncaví, lo que fue fundamental para el desarrollo de las descripciones minuciosas, sin embargo, por políticas de la Institución, no se puede sacar del recinto de salud ni generar copias del registro clínico de los usuarios.

Con respecto a la elección de la participante, esta fue intencional, respondiendo a la particularidad del caso presentado.

### **4.5.3 Criterio de Dependencia**

Se considera fundamental establecer pistas de revisión, de manera que en la presente investigación se harán explícitos cada uno de los pasos realizados y la continua revisión de las descripciones con profesora guía.

### **4.5.4 Criterio de Confirmabilidad**

Se considera importante la realización de ejercicios de reflexión a lo largo de todo el proceso investigativo, para lo cual se llevó una bitácora con apuntes de la terapeuta.

## V. RESULTADOS

A continuación se procederá a describir los resultados a partir de la descripción de las intervenciones utilizando el Modelo Sistémico Centrado en Narrativas en caso Julieta

Se hará un análisis del cambio terapéutico desde la significación clínica, en donde el criterio para evaluar el cambio es establecido por el terapeuta en función de su experiencia.

Y por una significación subjetiva, donde el criterio para evaluar cambio es establecido según las expectativas del consultante, su familia, amigos o entorno laboral. (Buela-Casal y Sierra, 2002).

### ***Cambios desde la Significación Clínica.***

A través del caso presentado se pudo evidenciar un cambio favorable en la narrativa posterior de Julieta tras las intervenciones, quedando manifiesto en cada sesión.

A través de la utilización de la Terapia Sistémica Centradas en Narrativas el diagnóstico entregado por el médico va desapareciendo y la terapeuta logra generar conversaciones que le resulten significativas, en este caso ofrecer un espacio a Julieta para que pueda verbalizar lo que siente y lo que le ha estado ocurriendo de una manera más beneficiosa para su vida. Se intentó facilitar un proceso reflexivo para lograr conformar nuevas significaciones alternativas, desde la escucha, el respeto y evitar prejuicios sobre lo que la consultante manifiesta.

En un primer momento se trabajó en función de cómo afectaba la renuncia y por ende la no re-elección a la presidencia de la Junta de Vecinos, interviniendo en un dominio personal, donde se vió afectado su proyecto de vida y por ende los horizontes de significabilidad. Debido a que este cargo ocupaba un aspecto importante de Julieta, sintiendo elevada motivación a la ayuda a los demás. Sin embargo, al perder esta ocupación aparecen nuevas dificultades que estaban solapadas. Al escoger una estrategia

narrativa grupal, se logra poner énfasis en los recursos que Julieta tuvo para cumplir con las expectativas del cargo, a su vez el grupo logra visualizar y reforzar los aspectos positivos y aprendizajes del proceso como presidenta, los cuales Julieta acepta.

En las sesiones donde se abordó las problemáticas con su hija, se hace patente la importancia de poder comprender lo que Julieta sentía, ya que se podría haber tendido a culpar por no aceptar abuso de hija y/o castigar por no haberla protegido. Lo que posiblemente hubiese generado mayor nivel de angustia y frustración.

Esta reflexión cobró mucho sentido a nivel grupal, al momento de las supervisiones clínicas, para conocer las diferentes opiniones y creencias de colegas sobre encontrarnos con relatos de madres que no logran comprender hechos de abuso sexual de sus hijas, mezclando dominio pareja-madre, en donde no hay cabida a las explicaciones para aceptar lo sucedido. Esto cobra relevancia en el sentido de estar atentos como terapeutas de “no caer en la propuesta social”, que dice que una *“madre entiende y está con sus hijos incondicionalmente”*.

Se considera que las respuestas frente a traumas como el “abuso sexual hacia una hija por parte de la pareja”, en ocasiones tienden a ser patologizadas, en este espacio terapéutico se da la libertad de hablar de lo que verdaderamente ella siente, por lo que la respuesta de la terapeuta apuntó a ser de acogida y escucha en vez de crítica.

El no juzgar y comprender lo que sentía, dio la libertad a que Julieta pudiera expresar lo que pensaba y le sucedía, esto al parecer de la terapeuta fue posible desde el trabajo grupal, en donde el énfasis fue construir un espacio seguro, cómodo, donde se proveyó de un territorio seguro, potenciando los recursos y relevando historias preferidas expuestas en dicho taller, poniendo énfasis en los propósitos, sueños y esperanzas. Por tanto, una vez que se construyó este territorio que se podría inferir como seguro, Julieta pudo hablar desde dónde sentía lo ocurrido con su hija. Se podría hipotetizar que fue un trauma y se dio la oportunidad de conversar de aquello.

En cada sesión se fue construyendo en conjunto las explicaciones alternativas donde el cambio fue posible.

Resulta importante destacar la agencia personal y la sensación en la que actualmente puede desenvolverse en la vida a pesar de lo vivido, ya que ha podido resaltar la fortaleza que ha presentado para enfrentar los obstáculos. Aparecen en el hoy personas significativas como su nieta Mara, hija de Fernanda, con la cual tiene un vínculo muy cercano y la necesidad de protegerla. Al conocer su historia, se puede comprender esta situación.

La historia pudo ser narrada en eventos importantes, de forma secuencial, con una temporalidad y poniendo énfasis en los temas que para ella son importantes.

También se hace relevante la incorporación en la terapia de acciones cotidianas y generar transformaciones en el significado del evento, como fue el hecho de encontrar una botella de cartas con los derechos de los niños y niñas, ya que a partir de una experiencia azarosa la terapeuta introduce reflexiones con lo que vivía en ese momento la consultante, logrando generar un sentido que la consultante acepta, por lo que queda en evidencia lo importante de enriquecer las historias preferidas acerca de nosotros mismos. Frente a esto el significado no está dado, sino que está en permanente construcción.

Al utilizar el Modelo Sistémico Centrado en Narrativa en las intervenciones de la atención primaria, abre la posibilidad de generar nuevas formas de relación terapéutica y co-construir problemas trabajables en terapia, cambia la forma de preguntar y el experto es la propia persona quien consulta. Al buscar explicaciones alternativas no se queda atrapada con la rotulación de “depresión” o a buscar explicaciones por los eventos del pasado, sino situarse en el aquí y ahora, reconocer sus recursos personales y dar espacio para comprender su pena, tristeza y angustia.

### **Cambios desde la Significación Subjetiva.**

Desde la mirada de Julieta y en lo relativo a sus expectativas, las considera cumplidas, manifestando tranquilidad y bienestar sobre los temas abordados (ver anexo 10).

Ha podido desentramarse con lo que le aqueja. Mejorando relaciones con su hija, fortaleciendo aún más el vínculo con su nieta, desapareciendo los síntomas físicos que presentaba.

Se pone en evidencia el proceso del conversar, donde se sumergió en el horizonte de significabilidad de Julieta, respetando sus significados, donde se fue co-construyendo un problema trabajable en psicoterapia, pasando por diferentes dominios existenciales que la mantenían atrapadas en el dolor.

Hoy es una mujer que refiere bienestar emocional con su hija, a partir de las significaciones alternativas de una historia de hace muchos años atrás la cual la mantuvo atrapada.

Se co-construyen otras posibilidades no exploradas y que vistas desde el diagnóstico “reacción al estrés y depresión”, sólo llevaban a Julieta a seguir sintiéndose mal y a una victimización. Poniéndola en una situación de “falta de control” de lo que está viviendo. En lugar de agenciamiento hacia el futuro que le da mayor movilidad y hacerse cargo de su propia vida. Al comprender desde otra manera cambió su temple emocional y la forma de hablar de lo que le ocurrió.

En la sesión de seguimiento la terapeuta genera un espacio de reflexión sobre el proceso terapéutico y Julieta expone el cambio en la relación con su hija, al solicitarle que dichas reflexiones pueda llevarla a escrito, ella describe lo siguiente: *“La situación con mi hija ha sido muy importante para nosotras siento diferente nuestra relación con cariño, amor y nuestra Mara más nos une estoy viviendo con mi nieta lo que no hice con Fefy cuando era pequeña”*.

*Además me doy cuenta que la Fefy siente ahora de verdad mi apoyo hacia ella, me cuenta sus cosas amores yo la aconsejo y hemos tenido momentos muy lindos”*.

Lo anterior refleja el cambio y su bienestar emocional.

## VI. REFLEXIONES FINALES

El presente estudio de caso deja en evidencia una sistematización de práctica clínica desde el Modelo Sistémico Centrado en Narrativa en el ejercicio profesional en la salud pública.

La terapeuta escoge intervenir desde una mirada, donde las descripciones del mundo son hechas en un entorno que se percibe como cambiante, donde la idea de objetividad es rechazada. Aquí no es relevante comprender esas vivencias desde una verosimilitud con la realidad, ya que lo que justamente se pone en duda es la existencia de ésta. La psicoterapia, por tanto, es considerada como una relación centrada en la co-construcción de nuevos significados, que se generan en la conversación entre terapeuta y consultante. El interés desde esta visión epistemológica está centrada en la concepción de los seres humanos como constructores activos de su experiencia y que existen tantas realidades como existen personas, por lo que se pretende conocer, conocerse, comprender, pensar sobre sus vidas, su contexto y su salud mental.

Esta mirada ofrece alternativas para el trabajo terapéutico donde la manera de intervenir se amplía, dando la posibilidad de crear y re-pensar, humanizando las prácticas al integrar consideraciones éticas, valóricas y políticas en la actuación del psicoterapeuta.

Las políticas públicas en salud, como se mencionó anteriormente, han tenido transformaciones, desde el modelo médico al de salud familiar, donde a través de un equipo multidisciplinario, se pueda abarcar las diferentes etapas del ciclo vital de las personas y sus enfermedades. El enfoque biopsicosocial ha preponderado en las formas de intervención, apuntando a otorgar responsabilidad a las personas en los cuidados de la salud. Frente a este contexto se hace necesario intencionar instancias de encuentro con las personas, apostando por cambiar la mirada sobre los usuarios que acuden a los centros de salud.

La descripción del proceso y los efectos terapéuticos de la intervención desde la constructividad, cobran real importancia para dejar explícito la utilización de este

modelo en la atención primaria de salud e incorporar prácticas narrativas en el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

En los lineamientos ministeriales relativos a las guías clínicas sobre las acciones a ejecutar en el Programa de Salud Mental, se manifiesta que las “técnicas pudiesen ser modificadas en función de quien consulta” y “son sólo orientaciones y no exigencias”. Dejando abierta una “grieta” para que los terapeutas puedan ocupar enfoques que sean congruentes con su postura de vida y forma de entender al ser humano.

Llevando estas posturas teóricas y ligado con la realidad del Programa Salud Mental de los Centros de Salud Familiar de la Atención Primaria, es que se cuestionan las clasificaciones diagnósticas y se propone, que a pesar de la presencia de estos, los terapeutas puedan abordarlos desde otra arista.

El caso descrito en el presente estudio parte desde un diagnóstico de “depresión leve y reacción al estrés”, realizado por el médico. Sin embargo, durante el proceso psicoterapéutico se fue co-construyendo diferentes problemas psicológicos que le hacen sentido a la consultante, los que emergen de la conversación más que de la rotulación de una patología.

Si bien, los trastornos mentales han sido “clasificados y diferenciados” en manuales que han permitido unificar criterios, la psiquiatría los ha definido y conceptualizado para que su uso sea de forma generalizada por los profesionales, proporcionando descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan no sólo diagnosticar, sino intercambiar información.

Es de esta manera que en los diferentes dispositivos de salud el CIE-10 ha sido el manual utilizado para clasificar los diferentes problemas de salud mental y otras enfermedades.

Esto ha conllevado diversas reflexiones, una de ellas es que se considera que el terapeuta ve al sujeto no sólo distinto de él, sino diagnosticable. Anderson refiere que “actúa como una estructura *a priori*, que determina el conocimiento que un terapeuta trae a la sesión y se impone al conocimiento del cliente”. Es por lo anterior que en

palabras de Anderson, los diagnósticos son impersonales y desconocen el carácter singular de cada individuo y situación.

Sin desmerecer la unificación que hacen los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales en función de categorizar, se hace necesario dejar patente la importancia de lo descriptivo en función del conocer y las aproximaciones que hace la psicología en la postmodernidad, ya que plantea concepciones que residen más allá de la clasificación diagnóstica o concepto de normalidad versus anormalidad, invitando a tener otra forma de significar frente a las dificultades presentadas por las personas, donde el lenguaje cobra real importancia y la experticia del propio consultante más que la del terapeuta.

Si bien, la utilización de diagnósticos bajo el alero de la clasificación del CIE-10 está sugerida bajo protocolos en la atención de usuarios en la Atención Primaria de Salud, se plantea en el presente estudio evitar la designación de que la persona “tiene”, cierta patología, con la finalidad de evitar la estigmatización del “ser depresivo”, por ejemplo. Sino poder entender al otro, en función de lo que le sucede, siente en un determinado momento de su vida y agenciar al cambio de lo que la propia persona trae como dificultad evitando la estigmatización. Las clasificaciones diagnósticas no tienen cabida dentro de esta mirada, sin embargo, se puede conjugar con la realidad existente en los diversos dispositivos de salud mental.

En el caso presentado el abordaje psicoterapéutico fue desde un querer comprender y entender lo que le sucede a Julieta, más que aceptar el diagnóstico y su sintomatología.

Esto implica que la terapeuta desde una epistemología que acepta la experticia del otro en función de lo que le sucede, donde cuestiona la idea de neutralidad y de imparcialidad, invita a la consultante a conversar sobre lo que le aqueja, generando espacios de confianza para que Julieta pudiese ampliar los significados y las explicaciones de lo que le sucedía.

Estableciendo una relación desde la horizontalidad y de respeto, logrando construir una historia más saludable y más generativa.

Por tanto, esta propuesta abre la posibilidad a los equipos de salud mental de los Cesfam, a crear espacios de encuentro con fines terapéuticos más cercanos a la gente

desde sus propias realidades, con libertad y responsabilidad, dando cabida a otras miradas para el abordaje y ampliando los lineamientos temáticos propuestos por el servicio de salud.

Resulta importante tener presente que si como profesionales nos posicionamos en la mirada constructiva se asume la responsabilidad de ofrecer a la comunidad espacios generativos de carácter más participativos y de coolaboración, no actuando como experto de otros, generando preguntas y reflexiones congruentes con lo que vaya “apareciendo” en los relatos de los consultantes.

Fue así, como en el presente estudio se deja en manifiesto una experiencia existosa, centrada en la narrativa para comprender con respeto y aceptación, entregando posibilidades creativas y generativas a los centros de salud del país. Donde se evidenciaron cambios significativos que aliviaron el dolor y dieron una comprensión de lo que a Julieta le sucedía.

La descripción realizada abre la posibilidad de insertar este modelo en las praxis clínicas de los centros de salud y teniendo presente lo particular del caso único, es posible posicionarnos desde estas praxis en la salud pública para una comprensión de las distintas problemáticas que afectan a las personas.

*La invitación es pasar del diagnóstico a la co-construcción.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson H (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona Gedisa.
- Araya, R. (2000). *Trastornos Mentales en la Práctica Médica en General*. Santiago Chile, Editorial Saval.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. and Tindall, C. (2004). *Métodos Cualitativos en Psicología: Una Guía Para la Investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Boczkowski, P.J. (1995). *Articulaciones del construccionismo social en terapia familiar sistémica*. Sistemas familiares.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado*. Alianza Editorial. Madrid.
- Buela-Casal G. Y J.C. Sierra (2002) *Normas para la redacción de casos clínicos*. Revista Internacional de Psicología clínica y de la Salud. Vol. 2 N°3, pp. 525-532.
- Burr V. (1995) *Introducción. Una invitación al Construccionismo Social y Cap 1 ¿De dónde consigue usted su personalidad*. (Capítulos traducidos por CCS Anairova) An introduction to Social Construccionism . New York: Routledge.
- Buber, M. (2006). *Yo y Tú y otros ensayos*. Buenos Aires: Lilmod.
- Denborough, D. (2008) “*Collective Narrative Practice*”. Dulwich Centre Publications. Australia.
- Depaux, R (2008). *En el camino a Centro de Salud Familiar*. Ministerio de Salud. Santiago de Chile.
- Derogatis, Leonard R.; Wise, Thomas N (1996). *Trastornos depresivos y de ansiedad en asistencia primaria*. Editorial Martinez Roca.
- Domínguez R. Narváez P. (1998) *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el nivel Primario de Atención, Guía Metodológica*. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.

- Emanuel, E. *¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos éticos.* OPS/OMS Serie Publicaciones 1999: Investigación en sujetos humanos: Experiencia Internacional. (pp. 33 - 46). Disponible en : [http://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos\\_eticos\\_para\\_la\\_investigacion.pdf](http://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos_eticos_para_la_investigacion.pdf)
- Flores R. ( 2009). *Observando Observadores : una introducción a técnicas cualitativas de investigación social.* Ediciones Universidad Católica. Santiago, Chile.
- Gergen K.J. (1994). *Hacia una psicología postmoderna y postaccidental* Psykhe, Vol 3, N° 2, 105-113
- Gergen K.J. *El posmodernismo como una forma de humanismo.* Revista de psicoterapia. Vol X, N° 32 (p.49-60)
- Gergen, K. (1996) *Realidades y Relaciones.* Buenos Aires. Argentina. Editorial Paidós.
- Gergen, K. J. (1983) *El movimiento del Construccionismo Social en la psicología moderna.*
- Gurdián-Fernández, A (2007). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa.* Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC) Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Colección: Investigación y Desarrollo Educativo Regional (IDER). San José, Costa Rica.
- Hoffman, L. (1998). *Posmodernismo y terapia familiar.* Sistemas familiares.
- Maturana, H (1999). *Transformación en la convivencia.* Dolmen Ediciones.
- Ministerio de Salud (1998). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Nivel Primario de Atención.* Serie Minsal 03. Depto. Programas de las Personas. Unidad Salud Mental.
- Ministerio de Salud (2013). *Guía Clínica para la Atención Primaria: La Depresión.* Santiago Chile.
- Ministerio de Salud (1999). *Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría.* Unidad de Salud Mental, Chile.
- Ministerio de Salud (2006) *Guía Clínica Tratamiento Depresión,* 1era Edición Santiago Chile.
- Minoletti A. López C. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.* Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.

- Minoletti A, López C. (1999). *Las enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias*. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1996). *Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Segunda Edición.
- Organización Panamericana de la Salud, (2002) “*La Salud Pública en las Américas*”
- Pérez, C. (2000) *¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa?* Rev. Esp. Salud Pública [online]. Vol.74, n° 4.
- Pérez, G. (2002). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*. Cap. 1, Ed. Muralla, Madrid.
- Paéz, D y cols. (1986). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Editorial Fundamentos. España.
- Payne, Martín. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Editorial Paidós, Buenos Aires. Argentina.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. 5° edición, Universidad de Deusto España.
- Retamal, P (2003) “*Depresión Clínica y Terapéutica*” Editorial Mediterráneo.
- Shotter J (2001) *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. (1992) *Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses*. Rev Psiquiatría IX: 1050-60.
- Zlachevsky A. (2003). *Psicoterapia Sistémica Centrada en Narrativas: Una Aproximación*. Revista Límite n°10. pp 47-64 Universidad de Tarapacá. Chile, N° 10.
- Zalachevsky A. (1996). *Una Mirada Constructivista en Psicoterapia*. Revista *Psicologica Clínica*. Año XIV Vol. VI, N°29. Chile.
- Zlachevsky A. (2008). *Historia de la Psicoterapia sistémica Cibernética en Chile:*

*una forma de entenderla.” Capitulo 12, del libro: Cartografía de la psicología contemporánea: pluralismo y modernidad. En Adriana Kaulino y Antonio Stecher. Ediciones Lom, páginas 297 a 321. Santiago de Chile.*

Zlachevsky A. (2012). *Constructividad y Razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa*” Revista de Psicología Universidad de Chile, Vol. 21, N° 2, Santiago, diciembre 2012.

Zlachevsky A. (2012). *Psicoterapia Conversacional: Una mirada desde Heidegger y Ortega: Aportes a la fundamentación filosófica de la praxis psicoterapéutica*. Ed. Academia Española.

Zlachevsky A. (1998). *¿Es posible ser coherente?* Revista *Terapia psicológica* año 16, volumen 7, N° 29.

Zlachevsky A. (2004). *La teoría de la vida humana en Ortega: fundamento de una visión no subjetivista de la psicoterapia*. Tesis de Magíster en filosofía en la Escuela de Postgrado de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, Santiago.

## IX. ANEXOS

### ANEXO 1.

#### Consentimiento Informado de Julieta para la participación al estudio.



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NINFA LUCO URBINA.

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado "*Del Diagnóstico a la Co-construcción, Estudio de caso en contexto de la Atención Primaria de la Salud*" cuyo investigador principal es Macarena Mena Pérez, Psicóloga, en el contexto de tesis de Magíster Clínico de la Universidad de Valparaíso.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

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

El estudio se llevará a cabo durante el año 2014 en Dependencias del Cefsam de Puchuncaví y en la Universidad de Valparaíso ubicada en Avenida Brasil 2140 Valparaíso,

2. Relevancia del estudio y beneficios

En la presente investigación se pretende describir las intervenciones desde la Terapia Sistémica Centrada en Narrativas, otorgando relevancia a la descripción de un caso único desde esta perspectiva.

3. Objetivos

Describir las diferentes etapas de intervención de un caso único bajo el modelo Sistémico Centrada en Narrativas en contexto de atención primaria de salud.

4. En qué consiste su participación

Su participación es voluntaria, no recibirá pago alguno por su participación. Se describirán las sesiones de psicoterapia que tuvo con Psicóloga Macarena Mena en Cefsam Puchuncaví.

5. Riesgos

Los participantes no serán expuestos a ningún tipo de riesgo ya que no será expuesto su nombre ni identificación personal en las descripciones.

6. Costos y pagos

Los participantes no recibirán dinero por conceptos de pago por participación en el estudio.

7. Derechos del participante

Los participantes tienen el derecho a manifestar dudas en cualquier momento de la investigación. Se podrá contactar vía telefónica con investigadora Macarena Mena Pérez fono 85483742.

Podrá retirarse del estudio en cualquier momento, si lo considera necesario, contactándose con la investigadora.

8. Reserva de la identidad del participante

El nombre de los participantes no será revelado, en su lugar se utilizará un código u otro nombre para la total confidencialidad.

9. Confidencialidad de los datos

La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sólo tendrán acceso la investigadora Macarena Mena Pérez y profesora Guía Ana María Zlachevsky. Los registros estarán ubicados en domicilio de investigadora Carmen 446 depto 903, Valparaíso.

10. Utilización y Publicación de los hallazgos


Una vez que la investigación finalice los resultados generales podrán ser divulgados en actividades o publicaciones académicas en revistas de la disciplina psicológica o médica, siempre preservando la identidad de la participante.



Macarena Isabel Mena Pérez  
Rut: 15.780.259-3  
Teléfono: 85483742  
mail de contacto macamena84@hotmail.com



Ninfa Luco Urbina  
Rut: 7.189.958 -6  
Colaboradora del Estudio

  
15.780.259 3  
PSICOLOGA

Valparaíso 2014

## ANEXO 2.

### Consentimiento Informado de la Institución de Salud (CESFAM).



#### AUTORIZACIÓN

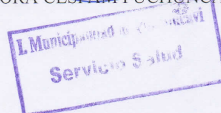
Se autoriza a que Sra. Macarena Mena Pérez, Psicóloga del Cesfam de Puchuncaví y en virtud a la realización de Tesis de Magíster Clínico de la Universidad de Valparaíso a:

- Utilizar información confidencial de una usuaria del Cesfam de Puchuncaví (Posta Maitencillo), para realizar tesis de Magíster en Psicología Clínica llamada: *"Intervenciones Sistémicas Centradas en Narrativas. Estudio de Caso. Del Diagnóstico a la Co-construcción"*.

A raíz de lo anterior se debe dejar explícito que:

- Dicha información tiene que contar con la previa autorización de usuaria que participa del estudio.
- El nombre de la participante no podrá ser revelado, reservando su identidad.
- Por normativa vigente de derechos y deberes de usuarios no se podrá sacar del Centro de Salud Fichas Cínicas ni sistema de registro clínico.
- La información debe ser utilizada con fines académicos, sin generar daño ni riesgo para la usuaria.
- Tanto la participante como la ejecutora del estudio no podrán recibir pagos.
- El estudio comprenderá desde Junio 2014 a marzo 2015.

CAROLINA NEGRETE HERNANDEZ  
DIRECTORA CESFAM PUCHUNCAVÍ.



### ANEXO 3.

## Consentimiento de Participación en Modalidad de Psicoterapia (CAPSI UV).



#### CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN MODALIDAD DE PSICOTERAPIA (Consultantes)

Yo **NINFA LUCO URBINA** estoy en conocimiento que las sesiones psicoterapéuticas en las cuales participaré en la calidad de consultante, se grabarán en cintas de video y/o DVD de audio.

Estoy al tanto, que dichas cintas y/o DVD, serán utilizadas para uso docente en el programa de "Magíster en Psicología Clínica, con mención en Psicoterapia Constructivista y Construccinista" de la Universidad de Valparaíso.

He sido informado/a que dado que la decisión a participar es voluntaria, participe o no bajo esta modalidad de atención, recibiré toda la atención necesaria, regular y sistemática que ofrece esta unidad de tratamiento. Asimismo, estoy en conocimiento de la posibilidad de negarme a participar y eliminar esta modalidad grabada, sin que esta decisión tenga un efecto adverso sobre la atención terapéutica a recibir.

Habiendo leído este consentimiento y estando de acuerdo en ser atendido/a bajo esta modalidad



.....  
Firma  
7.189.958-6

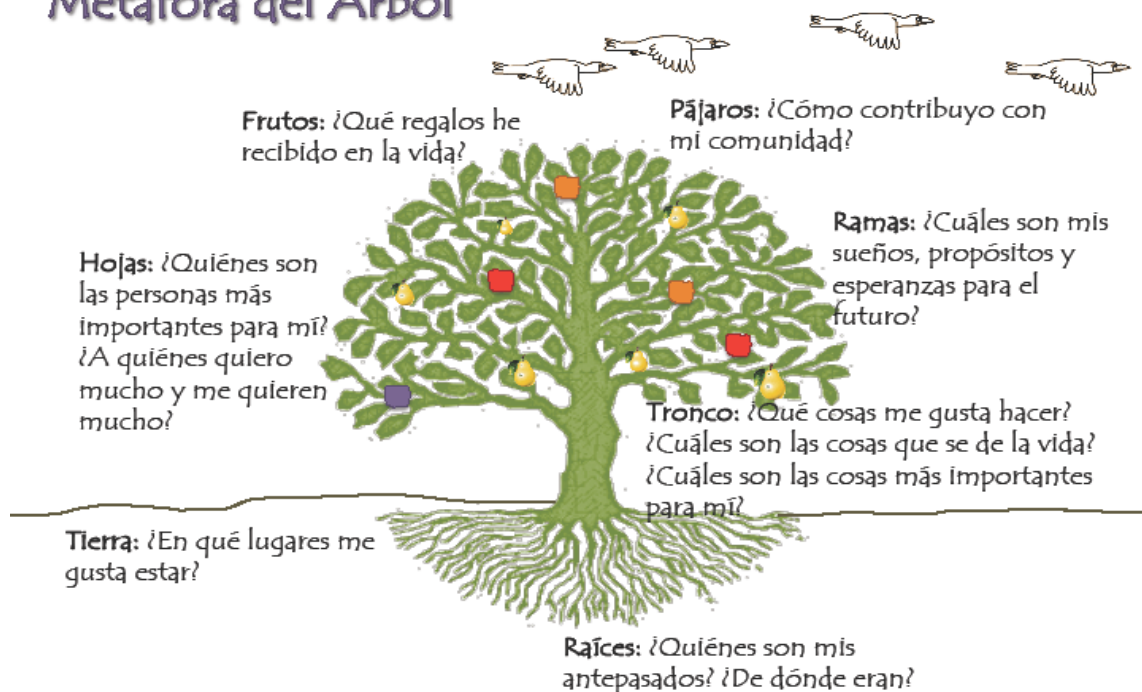
Valparaíso, Octubre 2014

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Ps. Carlos Varas Alfaño, al teléfono 32-2508609, carlos.varas@uv.cl, Coordinador de Magíster en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Constructivista y Construccinista de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

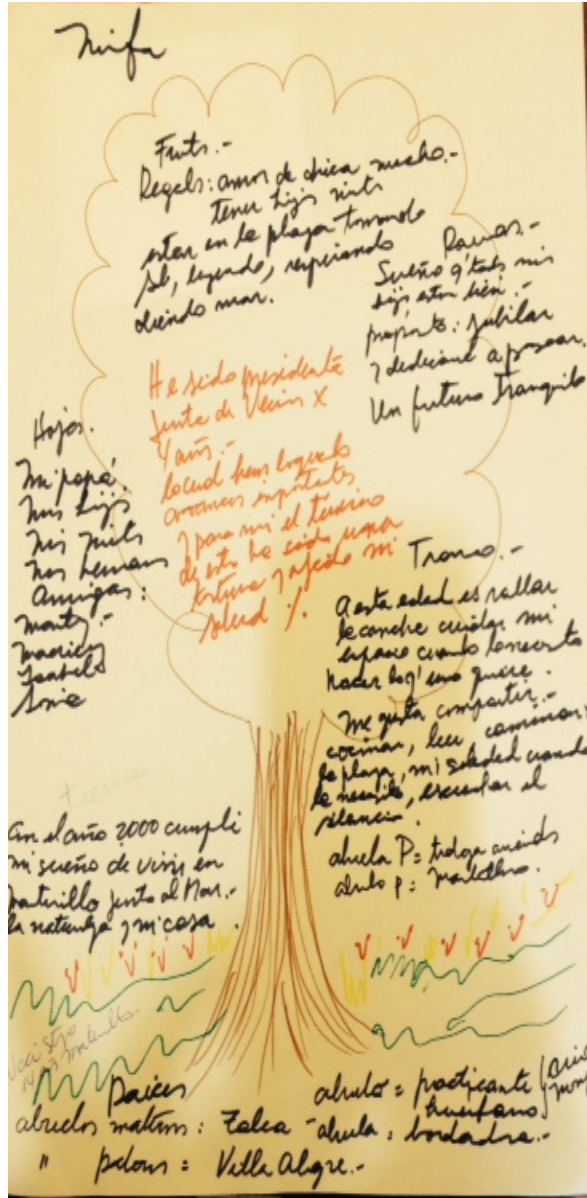
## ANEXO 4.

### Modelo de Árbol, utilizado en Taller Árbol de la Vida.

## Metáfora del Árbol



ANEXO 5.  
Árbol de Julieta



## ANEXO 6.

### Certificado de Julieta de Participación a Taller Árbol de la Vida.

## *El árbol de la Vida*

Este documento es un reconocimiento de los propósitos, sueños y esperanzas

A: *Ninfa Luco*

De “que todos mis hijos estén bien, jubilar y dedicarme a pasear, tener un futuro tranquilo”

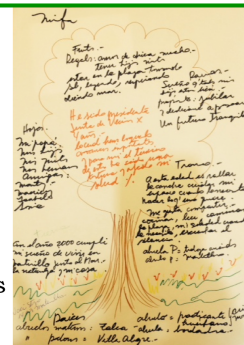
Entre muchas personas son importantes en mi vida: “Papá, mis hijos, mis nietos, mis hermanos, amigas”

Poseo valores y habilidades que me han acompañado en el camino de mi vida: “Ser acogedora, el gusto por compartir, cocinar, leer, caminar por la playa, escuchar el silencio”



Maitencillo, 19 de agosto 2014

Macarena Mena Pérez  
Psicóloga  
Cesfam Puchuncavi



**ANEXO 7.**

**Registro fotográfico Celebración en Taller Árbol de la Vida.**



## ANEXO 8.

### Tarea Solicitada sesión 5 "Línea de Tiempo de Julieta"

MEMO NO. \_\_\_\_\_  
DATE \_\_\_\_\_

Después de mi separación  
26 años 2 hrs 1 año 2'12  
Comencé a pelear con  
Pato nos conocíamos desde  
niños. - Pololo 2 años quedé  
embargado de Felipe nos  
fuimos a vivir juntos juntos en  
nosotros y Defy se quedó en casa  
de mi papa estaba en Colegio  
nos visitaba los fines de se-  
mana, siempre q' se ~~estaba~~  
iba me quedaba un vacío  
Luego de 1 año 1/2 después  
se fue a vivir c/ nosotros,  
tenía 8 años. Una familia  
normal? Cuando nació Felipe  
Pato me miraba distinta, fue  
de a poco distanciando el sexo  
A Veras hon A Veras por cumplir  
Defy como a los 15 años

MEMO NO. \_\_\_\_\_  
DATE \_\_\_\_\_

me cuenta de su relación su  
padre. ~~me~~  
No me di cuenta de nada  
extraño hasta 1 día en q'  
yo tuve una pelea c/ Pato y  
mandé a los Defy a dormir  
con él y ella no quería  
ellos.  
Siempre los Defy estaba  
entre medio  
A esa misma edad Defy padie-  
cipó en eje, teníamos que ir  
los papás y Pato se enfadó  
estímulo, solo asintió en la  
saliente reunión donde  
ella notaría q' entregó  
una carta y en ello agachaba  
todo lo bueno q' me su familia  
su papa (q' en ese tiempo le  
decían pepe)

MEMONO  
DATE

Felipe iba como en sexto bñico  
los pilló y le dieron mil discul-  
pas pero q' callaría esto lo  
supo mundo se supo todo.  
Nunca quise aliar los ap-  
p. Felipe vive TV/mo. y yo iba  
a la cocina al volver nunca me  
atreví a levantar sobre mí.

Ols 18 le pregunté q' pesaba  
lo nego hasta que la  
petición colapsó.

Oy se fue a España una por  
2 años, rodando llorando q'  
quiso roble.

Cuando se supo nosotros como  
familia! fuimos a terapia  
el Ols siempre manejó la  
situación.

Cuando volvió de España se vino  
a vivir a mi casa y le pesó.

MEMONO  
DATE

una copiano p' q' viviera  
sola. ahí se juntó con  
Arturo vino Taur del  
~~de~~ Arturo era amigo mío  
(18) y a la Felipe le gustó  
dele chica.

En relación d' mi hijo  
nunca se ha sanado.

**ANEXO 9.**  
**Registro fotográfico en Psicoterapia.**



## ANEXO 10

### Sesión Seguimiento


- ① Respecto a la Junta de Vecinos tengo claro cual fue mi desempeño hasta terminar el mandato. Pero lo ocurrido después es lo que me dijo mal ante situaciones que se van de mis manos. Críticas, me obligan a tomar partido en los gestiones posteriores por el echo de haber sido el presidente, no puedo más porq' ante esta mafia de personas no hay nada más q' hacer y me sobrepesa en mi persona desgraciadamente todo lo torno como mi responsabilidad lo cual no lo es me tengo que retirar definitivamente esto injusto que deseo por lo tanto necesito un certificado de un profesional que respalde mi decisión y ahí me sentiré respaldado.


② La situación con mi hija ha sido muy importante para nosotros siento diferente nuestra relación con cariño, amor. Y nuestra mamá más me estoy viviendo con mi nieto lo que no hice con Tefy cuando era pequeña.

Además me doy cuenta que la Tefy siente ahora de verdad mi apoyo hacia ella, me cuenta sus cosas amores yo le aconsejo y he ido teniendo momentos muy lindos.

**ANEXO 11**

**Certificado para Junta de Vecinos.**

  
GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD


  
MUNICIPALIDAD DE PUCHUNCAVI  
DEPARTAMENTO DE SALUD

**CERTIFICADO**

El profesional que suscribe certifica que  
don(a): Nina Juco  
Fue atendido en el CESFAM por: Psicóloga

Debiendo seguir las siguientes indicaciones:  
Nina se encuentra en un proceso psicoterapéutico en CESFAM Puchuncavi por lo que no se incorporará a la Junta de Vecinos por su estado de Salud.

Fecha: 7 de mayo 2015

  
[Signature]  
NOMBRE Y TIMBRE