

EL RELOJ DE ARENA

EL RELOJ DE ARENA: UNA METÁFORA PARA RECONFIGURAR LA
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

AURA MARÍA CARVAJAL FERNÁNDEZ

LAURA CAMILA MÉNDEZ LAGOS

NÉSTOR FELIPE OCHOA CASTELLANOS

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA FAMILIA

BOGOTÁ

2019

EL RELOJ DE ARENA

EL RELOJ DE ARENA: UNA METÁFORA PARA RECONFIGURAR LA
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Autores:

Aura María Carvajal Fernández

Laura Camila Méndez Lagos

Néstor Felipe Ochoa Castellanos

Coautora:

Claudia Johana López Rodríguez

“Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos”

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA FAMILIA

BOGOTÁ, D.C. 19 MARZO DE 2019

EL RELOJ DE ARENA

Agradecimientos

A Dios, por permitirme descubrir la emergencia de la maestría en mi vida y coincidir en el camino con colegas, amigos y docentes maravillosos que han despertado en mí la curiosidad por crear, imaginar, soñar y transformar. A mi papá y mi mamá por su amor y apoyo incondicional, son mi mayor inspiración para siempre volar alto sin olvidar el camino de regreso. A Juan Camilo por ser mi compañero de vida y enseñarme el valor profundo de la perseverancia, además de reconocer mis batallas como suyas. A mi hermana y sobrina por su capacidad para recargarme de energía auténtica y finalmente, a familiares y amigos que han aportado fortaleza y tranquilidad a mi ser.

Aura María Carvajal Fernández

Primero a Dios, quien nos dio la vida, la esperanza y las oportunidades para ser mejores cada día, así como el regalo de amar y crecer en medio de las crisis que se presentan. A mis queridos padres, mi madre dadora del ser que soy y mi padre amante infalible del humor y amor como diada indestructible, ejemplo de determinación, pasión y fortaleza. A mis compañeros de trabajo, por su dedicación, paciencia, creatividad y constancia para dar lo mejor de sí y entregar un resultado del que me siento orgullosa. A la directora de tesis, por su alegría, exigencia, organización y esperanza, por estar ahí y apoyarnos en cada momento. Finalmente, a mis amigos y pareja, por ser siempre apoyo y comprensión en esta etapa tan maravillosa y de crecimiento personal y profesional.

Laura Camila Méndez Lagos

A Dios dueño inefable de todo lo creado, por su inmensa ternura, a mi familia, por su apoyo incondicional. A mis colegas y compañeros del semestre, por el aporte tan significativo para la construcción de un mejor ser humano y profesional. A mis amigos, gracias por su valiosa ayuda y sabios consejos. A los docentes de la Maestría en Psicología clínica y de la familia de la Universidad Santo Tomás, por su sabiduría y dedicación muchas gracias.

Néstor Felipe Ochoa Castellanos

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 11 |
| ABSTRACT | 13 |
| PRESENTACIÓN | 15 |
| INTRODUCCIÓN | 19 |
| Fenómeno de investigación-intervención | 20 |
| Campo Narrativo | 21 |
| Planteamiento del problema de investigación-intervención | 21 |
| Preguntas de investigación-intervención | 22 |
| Objetivos de investigación - intervención | 23 |
| Objetivo General | 23 |
| Objetivo Específico de Investigación | 23 |
| Objetivo Específico de Intervención | 23 |
| Hipótesis de investigación-intervención | 23 |
| ESTADO DEL ARTE DOCUMENTAL | 24 |
| Intervención desde la psicología clínica con un énfasis interdisciplinar | 24 |
| Relación equipo terapéutico - persona diagnosticada - sistema familiar | 24 |
| Trabajo interdisciplinar | 28 |
| Configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad | 34 |
| Narrativas de la experiencia de enfermedad | 34 |
| Autonomía y prospectiva vital en una persona diagnosticada con enfermedad de alto costo. | 36 |
| Conclusiones del Estado del arte documental | 38 |
| ESTADO DEL ARTE TESTIMONIAL | 40 |
| Escenarios diseñados | 41 |
| Resultados | 45 |
| Intervención desde la psicología clínica con énfasis interdisciplinar | 46 |
| Relación equipo terapéutico - persona diagnosticada - sistema familiar | 46 |
| Trabajo interdisciplinar | 47 |
| Psicología social de la salud y psicología clínica | 49 |
| Configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad | 50 |
| Narrativas de la experiencia de enfermedad | 50 |
| Prospectiva vital y autonomía en la persona diagnosticada | 53 |
| Conclusiones | 54 |
| Discusión entre el estado del arte documental y testimonial | 57 |
| SISTEMA TEÓRICO Y CONCEPTUAL | 62 |
| Configuración narrativa de la experiencia | 67 |

EL RELOJ DE ARENA

| | |
|---|------------|
| Experiencia de los actores y sistemas amplios que co-participan..... | 72 |
| Recursividad del tiempo, prospectiva vital y procesos de autonomía..... | 74 |
| Recursividad del tiempo complejo..... | 74 |
| Mundos posibles..... | 79 |
| Prospectiva Vital..... | 81 |
| Autonomía relacional..... | 83 |
| MÉTODO..... | 87 |
| Principios Operadores..... | 90 |
| Recursividad y circularidad..... | 90 |
| Observación y metaobservación..... | 92 |
| Autorreferencia y heterorreferencia..... | 93 |
| Abducción..... | 95 |
| Conceptos Metodológicos de la investigación – intervención..... | 96 |
| Experiencia..... | 97 |
| Acontecimiento..... | 97 |
| Historias..... | 97 |
| Memorias..... | 98 |
| Relatos alternos..... | 98 |
| Proceso narrativo conversacional..... | 98 |
| La experiencia narrativa: Reescribiendo la historia en la polifonía de voces..... | 99 |
| Autonomía relacional: Como emergencia adaptativa..... | 100 |
| Prospectiva vital y Mundos posibles: Narrando-se desde discursos alternos..... | 102 |
| El reloj de arena: reconfigurando el pasado, actualizando el presente y co-creando el futuro..... | 103 |
| Modelización de escenarios de investigación - intervención..... | 105 |
| Contextos de la investigación - intervención..... | 109 |
| Actores de la investigación - intervención..... | 109 |
| Estrategias para el desarrollo de los escenarios..... | 113 |
| Diseños Metodológicos para el proceso de investigación – intervención..... | 114 |
| Escenario 1. “El pasado como presente y futuro”..... | 116 |
| Escenario 2. “El presente como pasado y futuro”..... | 119 |
| Escenario 3. “El futuro como pasado y presente”..... | 122 |
| Escenario 4. “La Metáfora del reloj de arena”..... | 125 |
| Escenario 5. “Recursividad del tiempo contextual y colectiva”..... | 129 |
| Metaobservación (guion general para el desarrollo de los escenarios)..... | 131 |
| Neodiseños..... | 133 |
| Organización de la información para análisis e interpretación..... | 133 |

EL RELOJ DE ARENA

| | |
|--|-----|
| RESULTADOS | 135 |
| Proceso de consultoría inicial | 136 |
| Autonomía relacional..... | 136 |
| Mundos posibles..... | 137 |
| Prospectiva vital..... | 138 |
| Estudio de caso múltiple | 138 |
| Autonomía Relacional | 143 |
| Historias..... | 143 |
| Experiencia narrativa..... | 154 |
| Memorias y relatos alternos..... | 160 |
| continuación:..... | 167 |
| Prospectiva vital | 169 |
| Historias..... | 169 |
| Experiencia Narrativa..... | 172 |
| Memorias y relatos alternos..... | 176 |
| Mundos Posibles | 180 |
| Historias..... | 180 |
| Experiencia Narrativa..... | 185 |
| Memorias y Relatos Alternos | 188 |
| Configuración identitaria | 193 |
| Procesos Autorreferenciales | 198 |
| DISCUSIÓN | 203 |
| Trascendiendo las barreras físicas | 206 |
| Antinomias emocionales | 210 |
| La ecología de la autoorganización | 215 |
| Conversaciones metafóricas sobre el reloj de arena. | 219 |
| La recursividad del tiempo como apertura autorreferencial. | 221 |
| CONCLUSIONES | 222 |
| Síntesis de los aportes por capítulo | 223 |
| Estado del arte documental..... | 224 |
| Estado del arte testimonial | 224 |
| Sistema teórico..... | 225 |
| Método..... | 225 |
| Resultados..... | 226 |
| Discusión | 226 |
| Implicaciones de la investigación-intervención al fenómeno de estudio | 226 |

EL RELOJ DE ARENA

| | |
|---|-----|
| Implicaciones de la investigación-intervención a los participantes y al contexto de aplicación | 229 |
| Implicaciones de la investigación-intervención a la psicología clínica. | 231 |
| Implicaciones de la investigación-intervención a la línea de investigación y a la Maestría.... | 234 |
| Implicaciones de la investigación-intervención a los investigadores-interventores | 235 |
| Aportes para futuras investigaciones | 237 |
| POSTSCRIPTUM | 238 |
| Referencias | 241 |

Lista de Figuras

| | |
|---|-----|
| <i>Figura 1. Principios Orientadores</i> | 64 |
| <i>Figura 2. Redes sociales de la persona</i> | 74 |
| <i>Figura 3. Proceso de auto organización de los sistemas</i> | 85 |
| <i>Figura 4. El reloj de arena</i> | 105 |
| <i>Figura 5. Escenario Conversacional 1</i> | 118 |
| <i>Figura 6. Escenas que componen escenario 2</i> | 119 |
| <i>Figura 7. Escenario Conversacional 2</i> | 122 |
| <i>Figura 8. Escenario Conversacional 3</i> | 125 |
| <i>Figura 9. Escenario Conversacional 4</i> | 128 |
| <i>Figura 10. Escenario Conversacional 5</i> | 130 |
| <i>Figura 11. Matriz de análisis de la información</i> | 133 |
| <i>Figura 12. Familiograma CN</i> | 139 |
| <i>Figura 13. Familiograma CG</i> | 140 |
| <i>Figura 14. Familiograma CF y CE</i> | 141 |
| <i>Figura 15. Resultados</i> | 141 |
| <i>Figura 16. Discusión</i> | 205 |

Lista de Tablas

| | |
|-----------------------|------------|
| <i>Tabla 1</i> ----- | <i>41</i> |
| <i>Tabla 2</i> ----- | <i>43</i> |
| <i>Tabla 3</i> ----- | <i>43</i> |
| <i>Tabla 4</i> ----- | <i>44</i> |
| <i>Tabla 5</i> ----- | <i>109</i> |
| <i>Tabla 6</i> ----- | <i>110</i> |
| <i>Tabla 7</i> ----- | <i>111</i> |
| <i>Tabla 8</i> ----- | <i>111</i> |
| <i>Tabla 9</i> ----- | <i>114</i> |
| <i>Tabla 10</i> ----- | <i>116</i> |
| <i>Tabla 11</i> ----- | <i>119</i> |
| <i>Tabla 12</i> ----- | <i>122</i> |
| <i>Tabla 13</i> ----- | <i>125</i> |
| <i>Tabla 14</i> ----- | <i>129</i> |
| <i>Tabla 15</i> ----- | <i>131</i> |

Lista de Apéndices

Apéndice A. Matriz del estado del arte documental

Apéndice B. Matrices del estado del arte testimonial

Apéndice C. Matrices de coherencia investigativa

Apéndice D. Diarios de campo L y S

Apéndice E. Matriz de análisis CN

Apéndice F. Matriz de análisis CG

Apéndice G. Matriz de análisis CF

Apéndice H. Matriz de análisis sesión conjunta

Apéndice I. Historia clínica caso CF

RESUMEN

La presente investigación - intervención se encuentra adscrita al grupo *Psicología, Familia y Redes* articulado a la línea *Psicología, Sistemas Humanos y Salud Mental* y al macro proyecto *Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos* de la Maestría en Psicología Clínica y de Familia de la Universidad Santo Tomás. El objetivo general se orientó a comprender la configuración narrativa de la experiencia de enfermedad renal crónica co-construida por los actores (persona diagnosticada y familia) que participan de dicho contexto, en sincronía con la visibilización y creación de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles desde la recursividad del tiempo simbolizado mediante la metáfora del reloj de arena.

El fenómeno clínico en mención, está ubicado en la investigación social de segundo orden basado en una perspectiva compleja, sistémica, construccionista y constructivista. Para ello se desarrolló un estudio de caso múltiple gestado en dos procesos de psicoterapia y uno de consultoría desarrollados en los Servicios de Atención Psicológica de la Universidad Santo Tomás con motivos de consulta asociados a la experiencia de enfermedad renal crónica, evento inesperado que confronta el guion de vida de los sistemas consultantes. Lo anterior se abordó desde una metodología fundamentada en el protocolo de Milán mediante 13 escenarios conversacionales reflexivos. La información fue sistematizada cualitativamente, utilizando como estrategia de procesamiento el análisis narrativo conversacional.

Los aportes principales estuvieron orientados a favorecer memorias y relatos alternos frente a la reconfiguración de la continuidad narrativa al comprender que, si bien los hechos no son modificables, los significados se transforman por medio del tiempo complejo, circular y polifónico, entendiendo las crisis desde nuevos órdenes de organización, restaurando autonomías relacionales y cocreando futuribles desde anclajes vitales que favorecen la creación y reactualización de mundos posibles. Para los actores y contextos fue importante reconocer

EL RELOJ DE ARENA

una ecología de saberes promotores de un diálogo recursivo entre las subjetividades y coautorías, generando así anclajes de pertenencia y visibilización de historias silenciadas. Para la Maestría, la construcción de comprensiones epistemológicas amplificadas a partir de conversaciones emergentes y diversas que da cuenta de lecturas a nivel semiótico, semántico y pragmático en coherencia con transformaciones de segundo orden.

Palabras claves: Experiencia narrativa, autonomía relacional, prospectiva vital, mundos posibles y recursividad del tiempo.

ABSTRACT

The present investigation - intervention is ascribed to the Psychology, Family and Networks group related to the Psychology, Human Systems and Mental Health line and to the macroproject Histories and Narratives of the Human Systems in Diversity of Contexts of the Master in Clinical Psychology and of Family of the Santo Tomás University. The general objective was oriented to understand the narrative configuration of the chronic kidney disease experience co-constructed by the actors (diagnosed people and its families) that participate in this context, in relation to the visibility and creation of relational autonomies, vital prospective and possibilities from time recursion symbolized by the metaphor of the hourglass.

This clinical phenomenon, is located in the second social order research based on a complex, systemic, constructionist and constructivist perspective. For this matter, a multiple case study was developed in two psychotherapy processes and one consultancy processes established in the Psychological Attention Services of the Santo Tomás University that were developed with conference reasons associated with the chronic kidney disease experience, an unexpected event that confronts the life script of the consulting systems (people). The foregoing was approached from a methodology based on the Milan protocol through thirteen reflective conversational scenarios. The information was systematized qualitatively, using conversational narrative analysis as a processing strategy.

The main contributions were oriented to memories favour and alternate stories about the reconfiguration of the narrative continuity to understand that although the facts are not modifiable, the meanings are transformed through the complex, circular and polyphonic time, understanding the crises from new orders of organization, restoring relational autonomies and co-creating future from vital anchors that favour the creation and re-updating of possible worlds. For the actors and contexts, it was important to recognize an ecology of knowledge that promotes a recursive dialogue between subjectivities and co-authors, generating anchors

EL RELOJ DE ARENA

of belonging and visualization of silenced stories. For the Master's Degree, the construction of amplified epistemological understandings from emerging and diverse conversations that shows semiotic, semantic and pragmatic readings in coherence with second-order transformations.

Keywords: Narrative experience, relational autonomy, vital prospective, possible worlds, time recursion.

PRESENTACIÓN

La presente investigación/intervención se titula *El reloj de Arena: una metáfora para reconfigurar la enfermedad renal crónica*, adscrita al Grupo de Psicología, Familia y Redes, a la Línea de Psicología, Sistemas Humanos y Salud Mental y al Macro proyecto de Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás. El trabajo busca comprender la configuración de la experiencia narrativa de enfermedad renal crónica co-construida por los actores que participan de dicho evento (persona diagnosticada y su red de apoyo), con el fin de promover la reconfiguración discursiva desde relatos alternos a partir de la co-creación de autonomías relacionales, mundos posibles y prospectivas vitales; lo anterior desde una epistemología sistémica, construccionista, constructivista y compleja.

En este sentido, el problema de estudio hace referencia a la fragmentación y ruptura narrativa temporal de las personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica y sus redes de apoyo en un antes y un después del evento en mención, por lo que al parecer los actores se cristalizan en el tiempo presente como recurso adaptativo para hacer frente a las demandas inherentes del tratamiento médico; no obstante, dicho recurso posiblemente pierde vigencia al no renovar adyacencias novedosas hacia otras formas de vivir el acontecimiento, limitando de esta manera el potencial creativo, los procesos coevolutivos y la diversificación del self.

Es así como surge la emergencia de apostar por la creación de *autonomías relacionales* que incorporan dinámicas de autoorganización para hacer frente a las vicisitudes de la vida por medio de anclajes de pertenencia, la legitimación de *prospectivas vitales* que incorporan la noción de futuro, dotando de sentido el propio arte de existir y la visibilización de *mundos posibles* que anticipan situaciones hipotéticas de la realidad para plantear alternativas con respecto a la reversibilidad de los significados. Las categorías de análisis descritas se conectan transversalmente desde la recursividad del *tiempo complejo* simbolizado teórica y

EL RELOJ DE ARENA

comprensivamente en la metáfora del reloj de arena que invita a la reconstrucción del guion de vida a partir de la oportunidad de repensar y resignificar el pasado desde una perspectiva de aprendizaje, releer el presente por medio de estados de equilibrio - desequilibrio y reactualizar el futuro a la luz de dinámicas co-evolutivas.

Adicionalmente, se propone generar procesos de cambios desde el *tiempo complejo* como artefacto de transformación que amplifique los discursos del sí mismo en la relación con otros desde intervenciones creativas, co-construidas, estéticas y éticas; razón por la cual, el fenómeno de estudio es pertinente investigarlo desde el campo de la Psicología Clínica puesto que los sistemas de significación se enfrentan al cambio y a la transformación de marcos de referencia y acción desde el tránsito de compresiones que se ubican en relatos dominantes hacia aquellas secuencias conversacionales alternas que vislumbran recursos y potenciales frente al arte de narrarse distinto, así mismo, se reactualiza la ecología de saberes al crear alianzas entre posturas emergentes (sistémicas, constructivistas, construccionistas y complejas) y tradicionales (adherencia al tratamiento) que coexisten en el intercambio de objetivos interventivos orientados a la calidad de vida.

De esta manera, el proceso de investigación - intervención se llevó a cabo en los Servicios de Atención Psicológica - SAP de la Universidad Santo Tomás, se abordó desde una metodología fundamentada en escenarios conversacionales reflexivos y el protocolo de Milán. La información fue sistematizada cualitativamente, utilizando como estrategia de procesamiento el análisis narrativo conversacional y está ubicado en la investigación social de segundo orden.

El presente documento está estructurado por capítulos que orientaron el proceso de investigación - intervención y que posibilitaron la comprensión del fenómeno de estudio, en ese orden de ideas, en la *introducción* se presenta la problematización, los objetivos generales

EL RELOJ DE ARENA

y específicos, la hipótesis central del ejercicio explicativo y las preguntas orientadoras. En los *estados del arte documental y testimonial* el lector encuentra en primera instancia la búsqueda y exploración de antecedentes investigativos e interventivos de aquellos autores que han trabajado la experiencia de enfermedad de alto costo desde diversas categorías de análisis en sincronía con las diferentes áreas de la psicología, en un segundo momento se visibilizan las voces de los actores que participan de dicha realidad (persona diagnosticada y médico nefrólogo) a fin de amplificar el contexto vivencial, discursivo y subjetivo de la experiencia.

El *Sistema teórico* se construye a partir de una red comprensiva y conceptual en la que se conversa con autores que asumen lógicas sistémicas, construccionistas, constructivistas y complejas que permiten la redefinición del fenómeno de estudio en relación a las distinciones y complementariedad entre las categorías de análisis. El capítulo de *Método* ilustra a través de los conceptos metodológicos y principios operadores, la modelización y la co-construcción de escenarios conversacionales reflexivos con los actores que participan de la experiencia de enfermedad en coexistencia con la recursividad del tiempo, simbolizado comprensiva y metodológicamente en la estrategia de la metáfora del reloj de arena.

En los *resultados* se exponen las comprensiones más relevantes desde la autoría de los actores participantes de la experiencia de enfermedad renal crónica, realizando recursiones entre las categorías de análisis y los conceptos retomados del Macro proyecto de Investigación. La información fue sistematizada en matrices de análisis categorial, las cuales permitieron visibilizar puntos de encuentro y desencuentro inherentes a los niveles de reflexión y la complejización de las hipótesis, lo anterior desde dominios hetero y autorreferenciales.

El capítulo de *discusión* amplifica dimensiones conceptuales y experienciales del fenómeno clínico, planteando aportes significativos a la investigación - intervención desde reflexiones que redefinen lo estudiado, además de incorporar ejercicios éticos que dan cuenta

EL RELOJ DE ARENA

de lógicas emergentes ancladas a la perspectiva compleja, sistémica, constructivista y construccionista. Finalmente, las *conclusiones* condensan los aportes y las implicaciones de la investigación - intervención al fenómeno de estudio, a los participantes y contextos de aplicación, a la psicología clínica, a la maestría, a los investigadores - interventores y a futuras investigaciones.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica es significada como una enfermedad de alto costo, la cual da cuenta tanto de una disminución progresiva de la función renal como de prolongados y costosos procesos de tratamiento, específicamente en el estadio 5, se visibiliza una falla renal severa que requiere de terapias de sustitución que incluye la diálisis o el trasplante de riñón, en ese sentido, la persona diagnosticada se ve expuesta a transformaciones cotidianas para responder a las demandas inherentes a los contextos hospitalarios, sociales, laborales, económicos y familiares, así mismo, es importante mencionar que la prevalencia de la ERC es 1'406.364 personas diagnosticadas en Colombia por 45.000.000 habitantes según el censo realizado por el DANE en el 2017.

Con respecto a lo anterior, el problema de investigación - intervención abarca procesos narrativos conversacionales que visibilizan la experiencia de enfermedad en sincronía con los diferentes sistemas humanos que co-participan de dicha realidad, puntuando el fenómeno de estudio en la configuración discursiva del diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la insuficiencia renal crónica, además de reconocer aquellas historias silenciadas que hacen parte del guion de vida de los actores distintas al evento inesperado, en el que las narraciones privilegiadas que emergen en las dinámicas dialógicas pueden llegar a rigidizar las alternativas para reescribir la experiencia del relato.

Es por ello que la emergencia de los escenarios narrativos conversacionales de tipo reflexivo apuestan hacia la flexibilidad de la memoria para la creación de relatos alternos orientados a la diversificación de la experiencia que convoca la polifonía de voces en simultaneidad con adyacencias que amplifiquen versiones de la realidad y a su vez entretejan las historias de vida que aparentemente se encontraban fragmentadas debido al evento inesperado.

EL RELOJ DE ARENA

En este sentido, se atendieron tres sistemas consultantes en el que uno de sus miembros está diagnosticado con enfermedad renal crónica y actualmente se encuentra en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal, quienes consideraron pertinente iniciar un proceso de psicoterapia o consultoría debido a que el acontecimiento novedoso cuestionó el guion de vida de los mismos por la ruptura temporal, caotizando la realidad y movilizando a los integrantes hacia la reactualización de recursos adaptativos para hacer frente a las nuevas demandas.

En ese orden de ideas, a continuación se presentan los principales planteamientos de la investigación-intervención:

Fenómeno de investigación-intervención

El fenómeno de la investigación - intervención se encuentra orientado a comprender la configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia de la enfermedad renal crónica a partir del reconocimiento de la polifonía de voces de los diferentes actores que co-participan en el diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la misma (persona diagnosticada, redes de apoyo e investigadores - interventores), en el cual se establece la interrelación recursiva entre autonomías relacionales en sincronía con procesos de autoorganización, mundos posibles desde adyacencias hipotéticas y prospectivas vitales que incorporen nociones de futuro en diálogo transversal con la multitemporalidad.

Con respecto a lo descrito previamente, se generó una propuesta metodológica encaminada a co-construir escenarios narrativos conversacionales y reflexivos con los distintos sistemas humanos a fin de amplificar versiones novedosas enfocadas al cambio, lo anterior comprendido a partir de los principios epistemológicos de la complejidad (autoorganización, borrosidad, autopoiesis, mundos posibles y recursividad del tiempo) y las propuestas del construccionismo social en relación con la ontología del lenguaje.

EL RELOJ DE ARENA

Campo Narrativo

El campo narrativo se configura por la ecología de voces de los sistemas humanos conformados por la persona diagnosticada, familia, redes de apoyo, contexto hospitalario, investigadores - interventores y asesora de investigación, creando así un dominio dialógico en el que se reescribe la experiencia de enfermedad desde tejidos relacionales bidireccionales interconectados para amplificar comprensiones sobre realidades emergentes que invitan a la flexibilidad de la memoria dentro de la psicoterapia o consultoría, dicha co-construcción se desarrolla a partir de la lógica explicativa e interventiva del tiempo complejo simbolizado en la metáfora del reloj de arena que interconecta las categorías de análisis mencionadas con antelación.

Planteamiento del problema de investigación-intervención

Las disciplinas como la medicina y la psicología clínica, han construido discursos oficiales y privilegiados en torno a la adherencia al tratamiento como posibilidad adaptativa para hacer frente a las demandas novedosas de la enfermedad renal crónica, sin embargo, es probable que dicho proceso de reajuste pierda vigencia por la saturación de la experiencia en relación con la cristalización en el tiempo presente debido a las ritualizaciones inherentes al campo de la salud; de igual manera se visibiliza una ruptura narrativa en un antes y un después del evento inesperado que amenaza el guion de vida preestablecido, desdibujando potenciales creativos, dinámicas coevolutivas y polifonías del self.

En ese sentido, surge la emergencia de explorar nuevos órdenes de organización al incorporar categorías de análisis que amplifiquen la realidad humana y diversifiquen nuevas versiones de la trama narrativa, vislumbrando la pluralidad de la existencia desde la edición de autonomías relacionales, mundos posibles y prospectivas vitales que pueden llegar a reescribir el panorama. Frente a esto se considera relevante crear alianzas entre posturas emergentes y tradicionales de la psicología clínica desde sus complementariedades que favorecen el

EL RELOJ DE ARENA

intercambio de dominios comprensivos, teóricos, epistemológicos y metodológicos que trasciendan hacia objetivos terapéuticos novedosos y dinámicos según la subjetividad de cada caso.

Preguntas de investigación-intervención

¿Cómo se configura y reconfigura la experiencia narrativa de los actores que participan en el acontecimiento de enfermedad renal crónica, promoviendo la creación de prospectivas vitales y procesos de autonomías relacionales desde el tiempo complejo?

¿Cuál es el sentido y los significados que configuran las narrativas que los actores han construido a partir de su experiencia personal con la enfermedad renal crónica?

¿Cuáles son los recursos personales, familiares y relacionales que permiten la auto-organización del sistema dentro de esta experiencia?

¿Cómo generar, a partir del tiempo complejo, reconfiguraciones circulares que promuevan la creación de prospectivas vitales, mundos posibles y procesos de autonomía relacional?

EL RELOJ DE ARENA

Objetivos de investigación - intervención

Objetivo General. Comprender la configuración y reconfiguración de la experiencia narrativa de los actores que participan en el diagnóstico de enfermedad renal crónica (persona diagnosticada y red de apoyo), promoviendo procesos de autonomías relacionales y prospectivas vitales a partir del tiempo complejo y la co-construcción de mundos posibles.

Objetivo Específico de Investigación. Comprender la configuración narrativa de la experiencia construida por los actores que participan en la enfermedad renal crónica desde una lógica explicativa del tiempo complejo simbolizado en la metáfora del reloj de arena.

Objetivo Específico de Intervención. Promover la reconfiguración narrativa de la experiencia, posibilitando prospectivas vitales y procesos de autonomías relacionales desde la co-construcción de escenarios de investigación/intervención en los que se permita la creación de mundos posibles.

Hipótesis de investigación-intervención

La experiencia narrativa de enfermedad de los actores participantes al parecer se encuentra estática temporalmente en el tiempo presente, situación que podría desdibujar la creación de autonomías relacionales, mundos posibles y prospectivas vitales por ritualizaciones rígidas que responden a requerimientos médicos, cristalizando el potencial creativo en la adherencia al tratamiento, siendo un objetivo interventivo dominante desde la psicología clínica y el contexto hospitalario.

Es posible que, a través de la reconfiguración narrativa del acontecimiento de enfermedad, se genere de manera circular y reflexiva discursos emergentes que posibiliten nuevas formas de entretejer el guion de vida por medio de la construcción de escenarios dialógicos que favorezcan comprensiones y transformaciones desde lógicas explicativas y metodológicas del tiempo complejo mediante la metáfora del reloj de arena.

ESTADO DEL ARTE DOCUMENTAL

A continuación, se presenta una revisión bibliográfica conformada por 35 artículos, 5 libros y 5 trabajos de grado acerca de estudios que se han interesado en comprender la experiencia de aquellos actores (persona diagnosticada, equipo terapéutico y familia/cuidador) que hacen parte de eventos referentes a enfermedades de alto costo. Así mismo, se exponen las siguientes categorías de análisis para recrear un contexto inicial de la investigación: Intervención desde la psicología clínica con un énfasis interdisciplinar y configuración de la experiencia de enfermedad en relación al concepto de prospectiva vital y autonomía, creando como categoría emergente los mundos posibles. Posteriormente, el lector encuentra las principales conclusiones y reflexiones de los investigadores - interventores frente a las tesis expuestas por los autores.

Intervención desde la psicología clínica con un énfasis interdisciplinar

Relación equipo terapéutico - persona diagnosticada - sistema familiar. Se ha comprendido que la experiencia de enfermedad no solo involucra a la persona diagnosticada, sino de igual forma incluye tanto a la red familiar como al equipo interventivo que participa de los procedimientos médicos, quienes se reorganizan a fin de responder a las demandas que se suscitan a partir del diagnóstico, tratamiento y cuidado integral del mismo, cuyas dinámicas recrean diversos procesos de adaptación para hacer frente a los eventos inesperados que confrontan el guion de vida del sistema, lo que implica reajustes en la cotidianidad en esferas individuales, relacionales, laborales, sociales, entre otras.

Sustentando la idea anterior, Ledon (2011) y Vinaccia y Quiceno (2012) refieren que la experiencia de enfermedad interconecta a la persona diagnosticada con los diferentes sistemas que tejen una red de apoyo para solventar las necesidades del acontecimiento novedoso, entre ellos se encuentran los siguientes contextos: familiar, social, laboral, económico y cultural, en ese sentido, el individuo co-construye significados mediados por las

EL RELOJ DE ARENA

relaciones tanto con su entorno como con los demás sujetos con los cuales interactúa, configurando su ser identitario a partir de las transformaciones que se suscitan por la situación en mención, lo que indica modificaciones adaptativas para incorporar a su historia realidades impensadas.

Complementando lo anterior, Orozco y Castiblanco (2015) sustentan que específicamente la familia afronta el reto de generar transformaciones relacionales en el subsistema conyugal (entre la pareja) y parental (entre padres e hijos), puesto que la estructura y funcionamiento del mismo se reajusta para incorporar cambios en los quehaceres cotidianos, hábitos de alimentación, transacciones económicas, contextos laborales y actividades de esparcimiento, lo descrito con antelación, posibilita comprender que el sistema modifica sus roles y funciones para generar procesos de acople con el diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad, eventos que en simultáneo impactan las percepciones con respecto a la autoestima, estados de ánimo y expectativas hacia el futuro.

Pérez, Espinosa y Hernández (2016) nutren la idea previa al reconocer que la experiencia de enfermedad es significada como una situación caotizada que incorpora estados de equilibrio y desequilibrio, orientando a los actores participantes a desarrollar movimientos homeostáticos que posibiliten su reorganización frente a las crisis desde reconfiguraciones en la cohesión y comunicación familiar, así mismo, se visibiliza la importancia de tener en cuenta el ciclo vital por el que está transitando el sistema con el objetivo de generar lecturas ecológicas que amplifiquen la interpretación de los ritmos subjetivos y colectivos del mismo, ya que se vislumbran distinciones evolutivas con respecto al portador del diagnóstico según su estadio de desarrollo (juventud, adultez o vejez).

Por su parte, Chaparro (2011) afirma que los significados que se han tejido en torno a situaciones de enfermedad han aludido a confrontaciones frente a las capacidades previas al

EL RELOJ DE ARENA

diagnóstico y las incapacidades posteriores al mismo, puesto que al parecer se reconoce una pérdida progresiva de habilidades físicas por los efectos colaterales de los tratamientos, en ese sentido, se recrea un juego ambivalente entre los procesos de autonomía versus dependencia que encamina al sistema a la activación de redes de apoyo a fin de construir la díada cuidador - cuidado, dinámica interaccional que coexiste para diversificar posturas de corresponsabilidad al retroalimentar e intercambiar nutriciones emocionales para hacer frente a dicha realidad, igualmente promueve la identidad colectiva.

Así mismo, Badr y Krebs (2013) complementan la tesis anterior al referir que el cuidador juega un rol significativo en la dinámica propia del cuidado ante el desarrollo de transacciones mediadas por la contención y soporte emocional para equilibrar posibles sobrecargas que llegasen a saturar la propia experiencia, los autores también mencionan que por lo general la pareja sentimental es quien asume dicha función suscitando configuraciones en el subsistema conyugal, especialmente en factores inherentes a la privacidad e intimidad sexual, siendo este un evento estresor de la diada. Por otra parte, la enfermedad al parecer es connotada desde la oportunidad que posee el ser humano para salir fortalecido de aquellas situaciones adversas o difíciles.

Continuando con las compresiones sobre la dinámica relacional entre el cuidador - cuidado, Trujano, Ávila, Vega y Nava (2012) exponen que al consolidarse una nueva interacción se transgrede inicialmente la cotidianidad, puesto que se visibilizan demandas novedosas correspondientes a la priorización de procesos anclados al ámbito de la salud (valoraciones médicas, tratamientos, exámenes) y modificaciones en los hábitos de alimentación e higiene, situaciones en simultáneo que saturan al sistema por tensiones psicosociales que detonan en experiencias de estrés crónico, así como lo menciona Crivello (2013), la diversidad de requerimientos nuevos impactará disfuncionalmente en la calidad de vida de los actores que participan del evento inesperado.

EL RELOJ DE ARENA

Para concluir, Girgis, Lambert, Johnson, Waller y Currow (2013) refieren que la psicología se enfrenta al reto de crear intervenciones encaminadas a reconocer el impacto físico, psicosocial y económico de la díada cuidador - cuidado, en ese orden de ideas, a continuación, se especifican las categorías a tener en cuenta para generar comprensiones legítimas de las enfermedades de alto costo (especialmente en el caso del cáncer):

1. Salud Física: sueño, fatiga, dolor, pérdida de fuerza, apetito y peso, agotamiento, cansancio, dolores en el cuerpo, problemas de presión arterial, corazón, artritis, digestivos e intestinales, estrés.
2. Impacto en las actividades sociales: los cuidadores tienden a disminuir la participación en entornos sociales debido a que su atención y preocupación se centra en las nuevas demandas que conlleva la situación de enfermedad de su ser querido donde su vida personal podría pasar a un segundo plano.
3. Impacto financiero y de trabajo: el cuidador tiende a disminuir sus horas laborales, por lo que sus ingresos se reducen, ya que en ocasiones debe solicitar licencias no remuneradas para hacer frente a las necesidades de la situación de enfermedad.
4. Impacto positivo de dar cuidado: Los cuidadores si bien visibilizan las dificultades en torno a la experiencia de enfermedad, también reconocen los aprendizajes adquiridos tras asumir dicho rol, hacen referencia al tiempo de calidad que posibilita la identificación de emociones mediadas por el amor hacia el otro, la capacidad de resolver problemas y el fortalecimiento de la autoestima.

EL RELOJ DE ARENA

Trabajo interdisciplinar. El ejercicio entre las disciplinas favorece la integración y articulación del conocimiento frente a un fenómeno de estudio que demanda la convergencia entre las mismas, entendiendo que las situaciones puntuadas como problemas no se encuentran demarcados por una frontera rígida que divide a las especialidades, sino por el contrario posibilita la flexibilidad interdisciplinar para pensar en una realidad inacabada y cambiante, en ese sentido, se vislumbra que específicamente en la experiencia de enfermedad se construyen equipos interventivos conformados por el nefrólogo, nutricionista, enfermero, trabajador social y psicólogo a fin de promover atenciones integrales de la salud.

Dicho equipo asume funciones de acompañamiento y orientación tanto para aquellos que han sido diagnosticados como para los sistemas familiares, creando según Contreras (2014) escenarios en los que se legitiman resonancias de dolor y sufrimiento ante el evento inesperado, así mismo, Krikorian y Limonero (2015) exponen que la dinámica en mención permite la activación de redes de apoyo que son significadas como anclajes de pertenencia alternos que hacen referencia a un segundo hogar, es decir, se co-construyen lazos de familiaridad y confianza hacia los procesos específicos del área de la salud, por ende, la comunidad terapéutica según Lucho y Jerí (1997) focalizan sus objetivos hacia los siguientes aspectos “curar, aliviar, dar apoyo físico y psicológico...” (p. 214).

Lo anterior, posibilita comprender que el ejercicio interdisciplinar apuesta por el intercambio y circularidad de los saberes a fin de promover el crecimiento y transformación de apuestas individualizadas hacia el nexo totalizador entre ellas por medio de la reciprocidad del conocimiento, en ese orden de ideas, Contreras (2014) refiere que el equipo terapéutico conocedor específicamente de la Enfermedad Renal Crónica crea objetivos preventivos en común para detectar síntomas tempranos mediante valoraciones oportunas que permitan retrasar la progresión de la misma y de esta manera disminuir los tratamientos de diálisis, sin

EL RELOJ DE ARENA

embargo, el autor a su vez propone la importancia de activar rutas de promoción multidisciplinar desde la unidad y coexistencia que enriquezca las intervenciones.

Por otra parte, Pimentel, Morales, Sánchez y Meza (2013) visibilizan especialmente el rol del psicólogo que hace parte de dichos equipos interdisciplinarios al aludir que sus intervenciones están orientadas a la adherencia de la persona diagnosticada, familia y cuidador a los tratamientos médicos, privilegiando el mantenimiento y cumplimiento de los protocolos prescritos en relación con la esfera de la calidad de vida, así mismo encamina sus objetivos hacia la prevención de “alteraciones” emocionales que interfieran en el decaimiento de la salud, con ello se exponen los principales motivos de consulta asociados a patrones de conducta disfuncionales, variaciones en la estabilidad relacional y afectiva, y riesgos psicológicos potenciales como ansiedad y estrés crónico.

En ese orden de ideas, Pimentel *et al.* (2013) han visibilizado indicadores o comprensiones clínicas que han contribuido a reconocer aquellos casos que al parecer requieren de atención psicológica, los cuales podrían ser: acumulación de eventos estresores, dificultades en la adherencia al tratamiento y disminución de roles familiares, sociales y laborales por hospitalización, eventos que suelen saturar la experiencia de enfermedad por las diversas demandas que requieren ser solventadas de manera simultánea, por lo que se empiezan a vislumbrar posibles dificultades susceptibles al lente de los diferentes profesionales del contexto hospitalario.

Psicología social de la salud y psicología clínica. La psicología social de la salud durante sus inicios según Carrobles (1985) y Santacreu (1988) fue definida desde un modelo integrador entre la psicología conductual, la psicología conductual comunitaria y la medicina conductual propuesta en 1973 por Lee Birk (citado en Flórez, 1999), el cual planteó el Biofeedback (BFB) con el propósito de articular la utilización de procedimientos inherentes al

EL RELOJ DE ARENA

condicionamiento instrumental o condicionado a nivel fisiológico frente al control de procesos orgánicos, regulación de las funciones corporales y autorregulación psicosomática mediante el aprendizaje del control voluntario de las respuestas autónomas, con relación a enfermedades físicas o trastornos psicosomáticos.

Posteriormente, dicha definición se configuró hacia el conjunto de aportes educativos, científicos y profesionales de la psicología en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así mismo, orienta sus intereses hacia intervenciones que reconocen los siguientes niveles: intraindividuales que denotan aspectos bioquímicos, fisiológicos desde técnicas de modificación de la conducta, psicológicos a partir de procesos emotivos, motivacionales y cognitivos, interindividuales frente a la educación en salud y sociales en sincronía con la implementaciones de políticas sanitarias (Contreras, Londoño, Vinaccia y Quinceno, 2006). En adición, se vislumbran fundamentos que integran la naturaleza humana con énfasis en salud, centrando su objetivo en la responsabilidad de la persona sobre su propio proceso vital, con énfasis en la adherencia al tratamiento (Flórez, 2007).

Adicionalmente, Flórez (2007) busca generar comprensiones holísticas entre la psicología de la salud y los postulados científicos de la psicología general tales como el estudio de la motivación, emoción, sensación, percepción, cognición, aprendizaje y conducta, generando una síntesis del ser humano para el mantenimiento de la salud y tratamiento de la enfermedad, tanto de sus factores individuales como aquellos asociados al proceso de atención. De esta manera, dicha rama de la disciplina incorpora un modelo biopsicosocial de la mente y el cuerpo desde lecturas socioculturales específicas (Piña y Rivera, 2006), orientando sus intereses en estudios experimentales, sociales, clínicos, fisiológicos y epidemiológicos que permitan comprender los comportamientos relacionados con el desarrollo de la salud (Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero, 2009).

EL RELOJ DE ARENA

En ese orden de ideas, Vinaccia y Quiceno (2006) complementan la idea anterior al comprender que dicho ejercicio implica una apuesta interdisciplinar que contempla un amplio abanico de posibilidades, visibilizando estados multivariados de tipo biofísico (el cual hace referencia a aspectos genéticos, anatómicos y fisiológicos), psicológico (correspondiente a estilos cognitivos, emocionales y conductas de riesgo) y sociodemográfico (aspectos como el estatus social, sexo, raza y eventos ambientales críticos). Por otra parte, la salud es entendida como el bienestar de un organismo en coexistencia tanto con la singularidad estructural de este en términos biológicos como en la estructura organizativa de su propia experiencia psicológica, siendo manifiesta en el comportamiento (Vinaccia y Quiceno, 2006).

Es importante realizar distinciones entre la psicología de la salud y la psicología clínica con el objetivo de reconocer claridades frente al campo de acción de cada una de ellas y sus aportes al fenómeno de investigación - intervención, a partir de la perspectiva de Contreras *et al.* (2006), la primera se ocupa de aspectos psicológicos que inciden en síntomas fisiológicos y viceversa, además de reconocer áreas cognitivas, emocionales y comportamentales relacionadas con los procesos de salud y enfermedad física desde sus dinámicas de promoción y prevención inherentes al modelo biopsicosocial, mientras que la segunda se ocupa de intervenciones específicamente en problemas psicológicos que infieren en la salud mental y relacional de la persona diagnosticada, dando cuenta en este caso de ejercicios de psicoterapia o consultoría durante el tratamiento y cuidado integral de la enfermedad.

La psicología clínica por tanto, ha planteado diversos objetivos de intervención frente al fenómeno de estudio correspondiente a enfermedades de alto costo según sus diferentes enfoques, favoreciendo procesos de cambio con intereses comunes entre las diferentes perspectivas, así mismo, se crea una multivariada de alternativas ante el desarrollo de escenarios clínicos que movilizan distintas esferas de la vida humana a la luz de sus propios conocimientos, evaluando a su vez la pertinencia de privilegiar ciertos presupuestos por sobre

EL RELOJ DE ARENA

otros, en ese sentido, se vislumbran terapias desde enfoques tales como la Gestalt, el Cognitivo - Conductual y sistémico, las cuales se exponen a continuación:

Con respecto a la Terapia Gestáltica, Verdecia y Gómez (2013) aluden que su principal propósito es “la integración exitosa de los componentes de la personalidad en un todo saludable, su verdadera Gestalt (...) se ocupa de cerrar asuntos pendientes en el aquí y ahora existencial” (p. 395), de manera que el terapeuta centra la atención del consultante en la experiencia actual o inmediata a partir de un compromiso individual frente a las transformaciones que este puede otorgarle a las situaciones según sus significados, de allí se exploran potencialidades de la persona para cerrar eventos inconclusos del pasado que imposibilitan la creatividad del mismo para pensarse desde sus posibilidades.

Complementando lo anterior, la Psicoterapia Gestalt se inspira en la capacidad creativa del sujeto desde la optimización de recursos y reconocimiento de nuevos horizontes aun dentro de una realidad “limitada”, pues según Payno y Rosen (1999) las personas desarrollan dominios de afrontamiento a mayor generatividad social y económica, de igual forma se considera pertinente que el individuo conozca su situación real para crear su propia estrategia de cuidado y apoyo, lo cual promueve habilidades de autogestión a través de la responsabilidad y concientización sobre la salud, favorecer la seguridad y fortaleza del self, seleccionar a los aliados (familia, amigos, médicos o psicoterapéuticos) para enfrentar la enfermedad, contar con claridades ante el proyecto de vida y “vivir con mayor armonía las manifestaciones del cuerpo, mente y espíritu” (Payno y Rosen, 1999, p. 88).

Por su parte, la terapia cognitivo-conductual se ha enfocado en “brindar estrategias para el manejo de las condiciones psicoemocionales, cognoscitivas y comportamentales de los pacientes” (Orozco y Castiblanco, 2015, p. 209), orientando sus metas interventivas hacia la modificación de conductas poco saludables, la psicoeducación de personas en la transformación de creencias y mitos de la enfermedad, la implementación del modelo

EL RELOJ DE ARENA

transteórico al plantear cambios en la actividad física, la regulación de la alimentación sana y pérdida de peso, el seguimiento de las recomendaciones, la ejecución de técnicas de relajación y el trabajo sobre la adherencia al tratamiento médico por medio de la prevención de recaídas (Orozco y Castiblanco, 2015; Caballero, Pérez, Herrera, Manrique y Sánchez, 2012).

Adicionalmente, Orozco y Castiblanco en el 2015 y Caballero *et al.* en el 2012, exponen en sus investigaciones que la terapia cognitivo - conductual ha planteado estrategias reestructuración de las capacidades cognoscitivas de la persona, la cual consiste en modificar las interpretaciones que el ser humano construye de su realidad (evento inesperado de enfermedad) por medio del control de pensamiento automáticos, es decir, aquellos puntuados desde el déficit, cambio de creencias, reconocimiento y expresión de emociones como el enojo y la ansiedad y favorecer estados conductuales favorables, deseados y adaptativos, mitigando de esta manera riesgos como la automedicación, el sedentarismo, el consumo de sustancias, entre otros.

Por último, según Pérez *et al.* (2016) el enfoque sistémico ha desarrollado intervenciones clínicas desde comprensiones encaminadas a la no centralización del objetivo terapéutico en el individuo portador de los síntomas, sino por el contrario entreteje interpretaciones relacionales que posibilitan reconocer lo connotado como problema por medio de la corresponsabilidad de cada integrante del sistema consultante, así como promueve las alternativas de solución a partir de la diversidad de voces de quienes co-participan del proceso, además proyectan su interés en el restablecimiento de las dinámicas interaccionales de la familia desde el reajuste de su estructura y funcionamiento en términos de roles, jerarquías y límites a fin de favorecer readaptaciones ante situaciones dilemáticas, como podría ser la experiencia de enfermedad renal crónica. En adición, es importante resaltar la construcción del genograma familiar, ya que esta herramienta permite la visibilización tanto del motivo de consulta como la visibilización de recursos, formas de afrontamiento y redes de apoyo.

Configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad

Narrativas de la experiencia de enfermedad. Para iniciar a comprender las narrativas que se han co-construido alrededor de las experiencias de enfermedad a nivel investigativo, es importante definir aquello que se ha entendido por *enfermedad crónica* desde el área de la salud. Vinaccia y Quiceno en el 2012 puntualizan que este término hace referencia a los trastornos biológicos a nivel funcional que requiere que las personas generen cambios en sus estilos y hábitos de vida con el fin de preservar su salud, los cuales deben permanecer en el tiempo. Dichas enfermedades, de acuerdo al estudio citado, son la principal causa de muerte en la mayoría de países, entre las cuales se logran resaltar las cardiopatías, cánceres, respiratorias, osteomusculares y genito-urinarias.

En ese orden de ideas, Fonseca y Jiménez (2006) se interesan por comprender el cáncer, de manera que proponen que la construcción narrativa de las familias frente a un evento no normativo como es el caso de la enfermedad permite entender la dinámica relacional del sistema en términos de significados y replanteamiento de la vida en torno a la situación novedosa, en el que la experiencia humana se reorganiza a partir de la interacción lingüística entre varios sistemas (familiar e institucional), visibilizando posiblemente discursos dominantes y culturales en la historia de vida de las familias que podrían saturar su realidad, en ese orden de ideas, Grondin (2005) expone que los significados construidos desde lógicas tradicionales validan comportamientos a partir de normalizaciones sociales conforme a lo acordado implícitamente en el sistema cultural.

En ese sentido, el cáncer ha sido configurado por Fonseca y Jiménez (2006) como una metáfora de muerte u opción para resignificar la vida, se plantean intervenciones encaminadas a interpretar la experiencia desde la posibilidad de generar aprendizajes en torno a estrategias de afrontamiento novedosas que se co-construyen a través de la visibilización de relatos alternos que favorecen la calidad de vida familiar. De esta manera, el sistema se ve expuesto a

EL RELOJ DE ARENA

cambios en su estructura relacional para responder a las demandas inmediatas de la enfermedad, por tal razón, dichas transformaciones movilizan a sus integrantes hacia nuevas formas de interacción mediados por modificaciones tanto en los roles y las funciones como en las expectativas de futuro que influyen en la identidad familiar (Fonseca y Jiménez 2006).

Por su parte, Chaparro (2011) refiere que cuando las familias se enfrentan a una experiencia de enfermedad emergen construcciones de significados en torno al concepto de cuidar, proceso que incluye dinámicas relacionales bidireccionales entre el cuidador y la persona diagnosticada, no obstante, dicha premisa ha sido investigada desde la particularidad de las percepciones de cada una de las partes y en la configuración de la experiencia a partir de los sujetos como diada. En ese orden de ideas, se crea un vínculo para hacer frente al evento inesperado de enfermedad al incorporar la idea de cambio en su curso de vida, el cual se gesta y se fortalece en el aprendizaje recursivo que interconecta vicisitudes y emergencias vitales inherentes al acontecimiento, legitimando una identidad colectiva que instauro narrativas como por ejemplo “me hospitalizaron” o “lo hospitalizaron” a “nos hospitalizaron” logrando de esta manera un sentido de pertenencia.

Adicionalmente, la diada reconoce situaciones puntuadas desde la crisis al vislumbrar síntomas tales como la disminución de fuerza física que limita el accionar cotidiano, la necesidad de ayuda por parte de terceros para desarrollar actividades, la pérdida de funciones en contextos familiares y sociales, el aislamiento como solución intentada frente a las dificultades y los nuevos retos que se suscitan en el guion de vida (Chaparro, 2011). Ante lo descrito previamente, los actores que participan de la experiencia crean sus esquemas de significación desde su subjetividad, posibilitando la pluralidad de voces que favorecen la creación de discursos alternos (se incorpora en algunos casos la espiritualidad como recurso para sobrellevar las adversidades).

EL RELOJ DE ARENA

Autonomía y prospectiva vital en una persona diagnosticada con enfermedad de alto costo. Según Ledon (2011), el sistema familiar inicia el afrontamiento de la experiencia de enfermedad teniendo en cuenta los procesos de autonomía versus dependencia, pues los efectos secundarios de los tratamientos dan cuenta de la disminución de habilidades físicas por parte de la persona diagnosticada, limitando al parecer la realización de actividades cotidianas en áreas deportivas, laborales y sociales, en ese orden de ideas, el diagnóstico demanda la reconfiguración de la estructura familiar para responder al evento inesperado desde la visibilización de potencialidades que reconstruyen los procesos de individuación.

Con respecto a lo anterior, se reconoce la importancia de comprender la autonomía relacionalmente, al visibilizar el recurso propio del individuo en sincronía con las redes interaccionales, es decir, la persona genera estrategias de afrontamiento a partir del juego recursivo entre las individuales, en el que se perciben tanto posturas solipsistas como vinculares al entender desde el construccionismo social y la antropología que los seres humanos no han estado solos en el transcurso de la vida, sino por el contrario, han validado la compañía de otros para construirse a sí mismo (personas y/o entorno) a través de sus diferencias y posibilidades, dicha interpretación invita a los sistemas a recrear un bucle de recursos para hacer frente a situaciones puntuadas como problemáticas.

En adición, la autonomía relacional explora la capacidad de interconectar las subjetividades humanas frente a una realidad compartida de una sociedad, construyendo de esta manera reglas de interacción entre los sujetos, de allí se comprende que la persona no se ubica en estados predeterminados o estáticos para alcanzar una autonomía completa, pues según Bellato *et al.* (2016) la persona siempre necesita la ayuda de otros para su propio desarrollo, en ese sentido, el individuo no pierde su “independencia”, sino que esta se resignifica desde el cuidado integral y se transforma al apoyarse de sus redes.

EL RELOJ DE ARENA

Lo descrito previamente, se conecta con la prospectiva vital al incorporar en el futuro sentidos de pertenencia entre sistemas que se sostienen frente a la dinámica inherente de la experiencia de enfermedad, lo cual a su vez se comprende desde el concepto de sentido de vida, puesto que integra principios existenciales tanto del aquí y el ahora como del futuro en un juego recursivo y, además, configura la oportunidad de plantear intereses, motivaciones y razones que orientan el propio arte de existir desde preguntas reflexivas en torno al autoconocimiento, libertad y responsabilidad creativa que se disponen a fin de tomar decisiones vitales, así mismo, la persona define su participación en el mundo al interior de un contexto histórico - cultural que se apoya en las relaciones interpersonales para evolucionar en formas legítimas y auténticas desde la habilidad de auto dirigirse hacia un proyecto de realización personal (Magaña, Zavala, Ibarra, Gómez y Gómez, 2004).

De esta manera, es posible mencionar que el sentido de vida se transforma según las experiencias subjetivas de cada ser humano, dando cuenta de respuestas y actitudes individuales ante el mundo que se deconstruyen y se construyen para nutrir de significados sistemáticos la cotidianidad inherente al evento inesperado de enfermedad, es así como dicha categoría guía objetivos de vida a partir de acciones que la persona emprende para dotar de dirección el camino a transitar, de igual manera se incorpora el concepto de incertidumbre desarrollado por Prigogine (1996) frente a las nociones de futuro, la cual hace parte de la dinámica narrada y vivida de los sistemas.

Complementando lo descrito previamente, la incertidumbre posibilita visibilizar las diferentes alternativas de respuesta ante la pregunta ¿Cómo se construye el sentido de vida de una persona que se encuentra diagnosticada con una enfermedad de alto costo?, entendiendo en un primer momento que el sentido de vida plantea interrogantes subjetivos que validan y orientan criterios, experiencias, motivaciones, vivencias, emociones y demás opciones que acompañan la existencia humana (Biondi, 2000), y en una segunda instancia, al visibilizar las

EL RELOJ DE ARENA

formas como el sujeto decide sobre su propia realidad, el sentido se reconecta con recursos y habilidades para la toma de decisiones en coexistencia con los procesos de motivación, en el que los cuestionamientos permiten expandir el abanico de posibilidades para configurar personal y subjetivamente lo que se desea y se replantea sobre el guion de vida (Prigogine, 1996).

En relación con lo mencionado hasta el momento, Frankl (1991) realiza un análisis sobre situaciones de su propia experiencia que lo invitan a incluir la esperanza en la búsqueda de sentido, el cual se transforma a lo largo de la vida a la luz de los eventos dolorosos que se van presentando en la realidad, reconociendo perspectivas de aprendizaje para solventar las dificultades inherentes a los acontecimientos al salir fortalecido de los mismos, teniendo en cuenta a su vez la historia personal y la influencia sociocultural en la que se desarrolla la persona. Para concluir, se comprende que el sentido de vida ha sido un fenómeno de estudio investigado, por lo cual se reconfigura la categoría inicial hacia la incorporación de la prospectiva vital y los mundos posibles, los cuales se amplían posteriormente en el marco teórico.

Conclusiones del Estado del arte documental

Durante la revisión conceptual y reflexiva de las investigaciones citadas sobre el fenómeno y problema de estudio en relación con las categorías de análisis planteadas inicialmente, se comprende que los autores han centralizado su interés en experiencias como el cáncer, diabetes, sida - VIH, entre otras; por lo cual el equipo de investigadores - interventores orientó su curiosidad hacia la enfermedad renal crónica puesto que no se visibilizaron antecedentes investigativos desde la psicología clínica que realizaran aproximaciones a dicha realidad diferentes al enfoque cognitivo conductual y sistémico estructural.

EL RELOJ DE ARENA

En ese sentido, se legitima la importancia de construir comprensiones e intervenciones ecológicas a través de la sincronización de la diversidad de voces que se tejen por parte de los actores que participan de la experiencia en mención tales como la persona diagnosticada y sus sistemas de apoyo desde el juego recursivo entre la autonomía relacional que se crea en la interacción con otros a partir de procesos de reorganización, la prospectiva vital que incluye nociones de futuro entrelazados con el sentido de vida y la resignificación de la vivencia a partir del reconocimiento de recursos del sistema para hacer frente a lo puntuado como novedoso y dilemático, lo anterior sustentado desde una apuesta constructorista, constructivista, compleja y sistémica con énfasis narrativo.

Con respecto al evento inesperado de enfermedad, se interpreta que el ser humano y sus redes de apoyo se reorganizan para afrontar las amenazas inherentes a la experiencia novedosa en niveles emocionales, afectivos, familiares, laborales y sociales, puesto que la cotidianidad se transforma para responder a las demandas propias de la experiencia de enfermedad mediante el reajuste de la estructura y funcionamiento de los sistemas, así mismo se incorpora la incertidumbre ante los posibles modos en cómo se irán dando los sucesos, visibilizando prospectivas de futuro difusas que invita a los actores a replantear alternativas de realidad. En adición, se considera pertinente ampliar lecturas sobre la relación entre la persona diagnosticada y el cuidador al comprender que la diada co-crea dinámicas de corresponsabilidad y recursividad, gestando a su vez sentidos de pertenencia y procesos identitarios.

Por otra parte, se interpreta que el evento de enfermedad al parecer suele saturar la experiencia de los actores que hacen parte de dicha realidad, instaurando en su narrativa puntuaciones de dolor y sufrimiento que invisibilizan relatos emergentes hacia novedosas formas de significar el acontecimiento inesperado, pues la persona se ubica en el tiempo presente para solventar las demandas a nivel de salud, desdibujando probablemente historias

EL RELOJ DE ARENA

del pasado o panoramas de futuro que articulan el guion de vida, en ese orden de ideas, emerge el interés por la recursividad del tiempo como apuesta comprensiva que interconecta las dimensiones del tiempo a fin de desrigidizar la fragmentación temporal ante la ubicación en un antes y un después de la noticia del diagnóstico.

Complementando la idea previa, se comprende que al parecer la medicina ha basado sus conocimientos desde un paradigma tradicional que legitima discursos privilegiados con respecto a verdades absolutas frente a protocolos estandarizados para preservar la salud, por lo que se vislumbra la importancia de crear escenarios narrativos conversacionales enmarcados en un contexto de psicoterapia o de consultoría con el propósito de generar mundos posibles retroalimentados por memorias emergentes que previamente no han sido relatadas, diversificando de esta manera la experiencia desde múltiples formas de vivirla y narrarla por medio de la libertad para imaginar alternativas de realidad, teniendo en cuenta tanto la coautoría frente a la construcción de la vida y existencia como la habilidad del ser humano para pensar y repensar su propio desarrollo desde la relación con otros.

ESTADO DEL ARTE TESTIMONIAL

El objetivo del presente estado del arte testimonial es reconocer y visibilizar las voces de los actores que participan de la experiencia de enfermedad renal crónica con el fin de realizar acercamientos y aproximaciones a las personas y contextos que viven subjetivamente el fenómeno de estudio, buscando reconocer los relatos privilegiados y alternos en relación a los significados que se han co-construido en torno a dicha realidad, que su vez posibilitan la exploración vivencial del problema a investigar, lo anterior en sincronía con las categorías de análisis planteadas en el estado del arte documental.

Para ello, se convocó a un médico nefrólogo y a una persona que ha sido diagnosticada con insuficiencia renal crónica, realizando dos escenarios conversacionales cuyo objetivo

EL RELOJ DE ARENA

estuvo orientado a comprender las experiencias que han configurado los actores mencionados frente al evento inesperado.

Escenarios diseñados

En las tablas 1 y 2 el lector encontrará los guiones conversacionales creados como guía orientadora de los escenarios narrativos desarrollados con el médico nefrólogo y la persona diagnosticada con enfermedad renal crónica.

TABLA 1

Guion conversacional médico nefrólogo

| | |
|-------------------------------|---|
| Escenario 1 | Experiencia profesional frente a la intervención psicosocial con personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica. |
| Actores Convocados | Médico Nefrólogo |
| Objetivo del Escenario | Comprender la configuración de la experiencia del profesional frente al diagnóstico de enfermedad renal crónica, teniendo en cuenta el tejido social en el cual se encuentran inmersos. |
| Focos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relación persona diagnosticada y familia. 2. Creación de mundos posibles y prospectiva vital. 3. Promoción de autonomía durante el tratamiento. 4. Configuración narrativa de la experiencia de enfermedad. |
| Guión Conversacional | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo cree usted que se configuran y se reconfiguran los procesos de autonomía en las personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica? - ¿Cómo describe y comprende la dinámica relacional entre la persona diagnosticada con su familia y/o cuidador teniendo en cuenta la diversidad de demandas que se presentan a partir del evento no normativo? - ¿Cómo promueve usted la emergencia de mundos posibles y reales con el objetivo de visibilizar recursos en la persona y su familia para continuar fortaleciendo su prospectiva vital? - ¿Cómo definiría usted el proceso de la persona y su familia en |

EL RELOJ DE ARENA

términos de configuración y reconfiguración de la experiencia de enfermedad a partir de la construcción de estrategias de afrontamiento?

| | |
|---------------------------------|--|
| Desarrollo del Escenario | Presentación y encuadre - Creación de contexto - socialización de objetivos |
| Escena 1 | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Desde hace cuánto tiempo trabaja usted con personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica? - ¿Cómo ha sido esta experiencia para usted desde su saber profesional y personal? - ¿Cuál ha sido su interés para trabajar con personas que viven dicha situación? - ¿Usted construye relaciones con la persona diagnosticada y su familia desde interacciones jerárquicas o heterárquicas? - ¿Cuáles son los mitos que cree que existen alrededor de esta enfermedad? |
| Escena 2 | <p>Escenario conversacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se construye el contexto alrededor de la noticia del diagnóstico? - ¿Cómo se configuran los procesos de autonomía luego que la persona ha sido diagnosticada? - ¿Cómo las dimensiones de la vida se afectan o cambian a partir del diagnóstico? - ¿Qué puede hacer esta persona en términos de logros y cómo emergen en sus procesos de autonomía? - ¿Desde su humanismo cuéntenos cómo podría generar prácticas solidarias y empáticas? - ¿Cómo describe y comprende la relación entre la persona diagnosticada y su familia o cuidador? - ¿Considera que existen procedimientos médicos más invasivos que otros que puedan afectar la prospectiva vital? ¿por qué? - ¿Cómo ve el papel del psicólogo clínico y que podría decirle a |

nuestra profesión para trabajar con personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica y sus familias?

| | |
|-----------------|--|
| Escena 3 | Cierre y elaboración de comprensiones frente a la conversación desarrollada en el escenario. |
|-----------------|--|

TABLA 2

Guion conversacional persona diagnosticada

| | |
|--------------------|--|
| Escenario 2 | Reconocimiento de la experiencia e historia de una persona diagnosticada con enfermedad renal crónica |
|--------------------|--|

| | |
|---------------------------|--|
| Actores Convocados | Persona diagnosticada con enfermedad renal crónica |
|---------------------------|--|

| | |
|-------------------------------|---|
| Objetivo del Escenario | Comprender las experiencias de la persona diagnosticada frente a la situación de enfermedad teniendo en cuenta su prospectiva vital y procesos de autonomía dentro y fuera del sistema familiar |
|-------------------------------|---|

| | |
|---------------|---|
| Focos: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relación persona diagnosticada y familia 2. Creación de mundos posibles y prospectiva vital 3. Promoción de autonomía durante el tratamiento. 4. Configuración narrativa de la experiencia de enfermedad. |
|---------------|---|

EL RELOJ DE ARENA

**Guión
Conversacional**

- ¿Cómo cree usted que se configuran y se reconfiguran sus procesos de autonomía al momento de afrontar un evento no normativo como es el caso de la enfermedad?
- ¿Cómo ha experimentado la relación con su familia y/o cuidador teniendo en cuenta la diversidad de demandas que se presentan a partir del diagnóstico como un evento crítico a nivel familiar?
- ¿Cómo promueve usted la emergencia de mundos posibles y reales con el objetivo de visibilizar sus recursos personales, familiares y sociales para continuar fortaleciendo su prospectiva vital?
- ¿Cómo definiría usted su proceso de configuración y reconfiguración de la experiencia de enfermedad a partir de la construcción de nuevas historias de afrontamiento?

**Desarrollo del
Escenario**

Presentación y encuadre - Creación de contexto - socialización de objetivos

Escena 1

- ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado y cuál ha sido su tratamiento?
- ¿Cómo ha sido esta experiencia para usted y su familia?
- ¿Cómo ha sido su relación con su médico tratante o equipo interdisciplinar?
- ¿Cuáles son los mitos y creencias que cree que existen alrededor de esta enfermedad?

Escena 2

Escenario conversacional

- ¿Cuál es el contexto que se construye alrededor de la noticia del diagnóstico?
- ¿Cree usted que sus procesos de autonomía han cambiado y cómo ha sido?
- ¿Cómo las dimensiones de la vida cambian a partir del diagnóstico?
- ¿Qué puede hacer usted en términos de logros y cómo se operacionalizan en sus procesos de autonomía?
- ¿Ha observado o ha sentido que el médico tratante y su equipo interdisciplinar han generado prácticas solidarias y empáticas frente a su proyecto de vida? Y ¿Esto cómo ha facilitado su recuperación o mejora?
- ¿Cómo comprende la relación que usted construye con su familia

EL RELOJ DE ARENA

y/o cuidador para afrontar la situación de enfermedad?

- ¿Qué aprendizajes y enseñanzas han emergido durante el proceso de enfermedad?

| | |
|-----------------|---|
| Escena 3 | Cierre y elaboración de comprensiones frente a la conversación desarrollada en el escenario |
|-----------------|---|

Resultados

El presente estado del arte testimonial expone los relatos, modos de acción e ideologías de los actores que han participado en contextos relacionados al diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad renal crónica, a través del análisis e interlocución de los siguientes dominios de indagación: 1. Dominio Explicativo: Corresponde a los constructos epistemológicos y paradigmáticos que sustentan la conceptualización utilizada para comprender el fenómeno de estudio identificando tendencias investigativas. 2. Dominio Interventivo: Modos de proceder de los profesionales o personas diagnosticadas por medio de prácticas y procedimientos particulares y contextuales, así como el desarrollo de posibilidades de afrontamiento. 3. Dominio ideológico y simbólico: Hace referencia a los mitos, sistemas de creencias e intereses humanos en relación al fenómeno de estudio y sus cambios.

Los dominios de indagación descritos previamente se comprenden a partir de las categorías planteadas en el estado del arte documental las cuales hacen referencia a: 1. Intervención desde la psicología clínica con énfasis interdisciplinar, compuesta por relación equipo terapéutico - persona diagnosticada - sistema familiar, trabajo interdisciplinar y

EL RELOJ DE ARENA

psicología clínica; y 2. Configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad, en la que se incluye la experiencia narrativa, la prospectiva vital y los procesos de autonomía de la persona diagnosticada con enfermedad de alto costo.

Con respecto a lo anterior, se realizó una matriz de análisis narrativo conversacional teniendo en cuenta cada escenario planteado, en la cual se llevó a cabo la interconexión de los dominios y se especificó el actor participante identificado como DR - Doctor y AND - persona diagnosticada con enfermedad renal, como se ejemplifica a continuación:

TABLA 3

Ejemplo de matriz de análisis narrativo conversacional: Nefrólogo

| ESCENARIO 1. Experiencia profesional frente a la intervención psicosocial con personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica | | | |
|---|---|---|--|
| TEXTO (TRANSCRIPCIÓN LITERAL DE TODO EL ESCENARIO) | EXPLICATIVO (PARADIGMAS Y EPISTEMOLÓGÍ A) | TÉCNICO - INTERVENTIVO | IDEOLÓGICO - SIMBÓLICO |
| <p>DR - INT8: Pues básicamente, las funciones principales del riñón, una pues la eliminación, pues el balance y el equilibrio, es decir, eliminar por decirlo así, todo el líquido que uno ingiere de más, eh, por eso, una de las principales características cuando un paciente está en diálisis es una es, pues, una de las funciones de las máquinas es que extrae ese líquido, entonces si un paciente se acumula el líquido comienzan, empiezan a aparecer los edemas, pues conocido como la hinchazón es ese... y edematizan los miembros inferiores generalmente, los párpados y ese líquido de más también se</p> | <p>El nefrólogo profundiza sobre el funcionamiento del riñón junto con el procedimiento que realiza la máquina de diálisis para ayudar al órgano a cumplir con sus tareas. A su vez especifica los efectos secundarios de la enfermedad cuando el riñón acumula el líquido y no lo elimina. De este modo, determina que el equilibrio del organismo en cierta medida depende de las funciones del riñón, es decir, sin el riñón varios órganos se encuentran descompensados. Si hay proceso de acumulación de</p> | <p>El nefrólogo hace referencia al potasio como uno de los principales factores de riesgo, ya que produce complicaciones cardiacas en las personas diagnosticadas con esta enfermedad. En ese sentido, el Dr. orientaría su intervención realizando recomendaciones junto con el nutricionista sobre los alimentos que no debería ingerir el individuo. Se analiza, por tanto, la importancia de concientizar a las personas diagnosticadas sobre los cambios alimenticios, lo que probablemente genera cambios difíciles de asumir</p> | <p>La comprensión de las funciones de los riñones, retoman características importantes, para afianzar los cuidados y la pertinencia de la adherencia al tratamiento, ya que se da a entender que la homeostasis de muchos órganos están directamente relacionados con la función renal</p> |

puede acumular en los pulmones. líquido presentará hinchazón de los miembros inferiores. se para ellos, por lo que la el acompañamiento y orientación es muy importante en ese momento.

TABLA 4

Ejemplo de matriz de análisis narrativo conversacional: Persona diagnosticada

ESCENARIO 2: Reconocimiento de la experiencia e historia de una persona diagnosticada con enfermedad crónica.

| TEXTO (TRANSCRIPCIÓN LITERAL DE TODO EL ESCENARIO) | EXPLICATIVO (PARADIGMAS Y EPISTEMOLOGÍA) | TÉCNICO – INTERVENTIVO | IDEOLÓGICO - SIMBÓLICO |
|---|---|---|--|
| <p>AND - INT 34: Para mí fue muy difícil lograr la autonomía porque yo tuve unas dificultades especiales de salud, estuve muy frágil durante todo el proceso, entonces yo al principio recién entre a diálisis yo iba a las diálisis en moto, después de un tiempo tuve que dejar la moto porque no la podía sostener con las piernas, me caía por los lados, pues una vez me pinche y fue muy complicado porque ya no tenía fuerzas, entonces empecé a perder esa autonomía poco a poco, en los buses muchas veces me quedaba dormido y me pasaba derecho, uno se duerme,</p> | <p>La enfermedad renal crónica lleva a una acumulación de líquido en los pulmones donde la persona presenta dificultades en la respiración y conciliación del sueño.</p> <p>Otro síntoma de la enfermedad renal crónica es la hinchazón por retención de líquidos en el cuerpo especialmente en las piernas, tobillos y pies.</p> | <p>En ocasiones la persona es remitida a sala de urgencias o es hospitalizada por las complicaciones a nivel de salud que llegase a presentar durante el tratamiento de la diálisis.</p> <p>La implementación de catéter es un procedimiento que realiza el nefrólogo para facilitar el</p> | <p>And ha comprendido la autonomía como un proceso difícil y complejo debido a las dificultades de salud que presentó durante el tratamiento de la enfermedad, en un primer momento And se movilizó en moto hasta la unidad de diálisis, sin embargo la debilidad y el agotamiento de su cuerpo no le permitía sostener su medio de transporte por lo que comenzó a desplazarse en buses del servicio público, adicionalmente presentó estados de somnolencia por lo que constantemente se quedaba dormido</p> |

uno está muy débil, una vez yo estaba en Transmilenio y me baje de la estación, salí por el puente peatonal y apenas me baje me tuve que acostar en un prado, me dormí ahí, me recogió la policía, mejor dicho me trajeron la ambulancia, entonces realmente yo no estaba muy mal, estaba débil, débil no... más bien con somnolencia, cansado, entonces claro como lo ven a uno bien vestido con maleta acostado en un pasto y que no se despierta que pasan 10 o 20 minutos y no se despierta pues es preocupante, entonces yo vine perdiendo esa autonomía poco a poco hasta que llegó un momento en el que ya no pude hacer absolutamente nada...

proceso de la diálisis.

durante el recorrido a su IPS y vivenció situaciones en las que otras personas lo auxiliaron para trasladarlo al contexto hospitalario.

Cuándo And observó que sus procesos de autonomía se habían limitado por los efectos colaterales de la enfermedad que atentaban contra su salud pensó sobre lo difícil que era continuar afrontando la situación y dudo sobre su capacidad de sobreponerse ante las adversidades pensando en la posibilidad de muerte.

La principal motivación de la persona con diagnóstico de enfermedad renal crónica es ser apto para el trasplante y contar con un donante de riñón.

En sincronía con lo descrito previamente, se comprenden los relatos privilegiados y periféricos de los actores convocados con el fin de visibilizar experiencias narradas y vividas en torno a las categorías de análisis de la presente investigación - intervención desde una perspectiva construccionista, constructivistas, sistémica y compleja.

Intervención desde la psicología clínica con énfasis interdisciplinar

Relación equipo terapéutico - persona diagnosticada - sistema familiar. Según la experiencia de AND, la relación médico - “paciente” se ha caracterizado por interacciones cercanas, frontales y bidireccionales, de manera que el profesional asume compromisos con el individuo en términos metodológicos y le delega al sujeto responsabilidades frente a las prácticas interventivas y de autocuidado. Por su parte, el DR ha construido interacciones heterárquicas con los “pacientes” posiblemente por sus experiencias personales. No obstante, para los investigadores - interventores dicha relación está mediada por epistemes que pueden configurar interacciones jerárquicas, en las cuales el profesional cuenta al parecer con discursos privilegiados debido a un componente científico, riguroso e investigativo. Todo esto permite comprender que la relación se construye a partir de las subjetividades de los individuos que la componen, de manera que algunas pueden ser diferentes a las relatadas por AND y DR.

Con respecto a la relación familia - persona, el DR menciona que esta se configura como la primera red de apoyo en gestarse para asumir funciones orientadas a promover la disciplina del individuo frente a sus deberes; acompañar constantemente los procesos interventivos, de recuperación y seguimiento; contribuir a los procesos de adherencia al tratamiento; y favorecer transformaciones en el estilo de vida. Por su parte, AND expresa que el rol de cuidador no se remite exclusivamente a integrantes del sistema familiar con algún grado de consanguinidad, sino que a su vez involucra a otros actores como amigos y conocidos, debido a que su familia adjudicó un rol periférico por temor a lo desconocido. Por tanto, se amplían las comprensiones frente a la relación familia-persona de manera que participan y se involucran integrantes de los sistemas amplios que acompañan la experiencia de enfermedad.

Finalmente, surge la inquietud ¿cómo se construye la relación equipo interdisciplinar y familia/cuidador dentro de un espacio interventivo, teniendo en cuenta que lo descrito por los actores se reduce a la asignación de responsabilidades y funciones? De acuerdo a ello, se

plantea la posibilidad de crear escenarios narrativos conversacionales encaminados a trascender lo operativo, es decir, a generar un trabajo en red desde la co-participación de los mismos frente a la construcción de nuevas versiones de realidad que incorporen la autonomía relacional, la prospectiva vital y los mundos posibles como adyacentes para favorecer procesos adaptativos que complementan los estandarizados.

Trabajo interdisciplinar. El equipo interdisciplinar se encuentra constituido por el médico nefrólogo, enfermero, psicólogo, trabajador social, entre otros, quienes conforman una ruta de actuación para promover el bienestar integral de la persona diagnosticada con enfermedad renal crónica; en ese sentido, se mencionan las funciones que asume cada profesional frente al evento en mención.

En primer lugar, AND reconoce al médico nefrólogo como el emisor de la noticia del diagnóstico, el cual significa el evento como una situación difícil por las diferentes demandas que empiezan a generarse para responder al cuidado integral de la enfermedad. El DR complementa el relato anterior, especificando que los cambios se suscitan en los hábitos cotidianos de alimentación y en los contextos de participación como el familiar y laboral, ya que los tiempos se reorganizan para cumplir con objetivos asociados a la adherencia al tratamiento. Dichas configuraciones de la experiencia permiten comprender que las transformaciones tras el acontecimiento se hilan en el plano pragmático, rigidizando de esta manera rituales que se estructuran en el escenario hospitalario, así mismo, las narrativas durante la comunicación del diagnóstico se han elaborado posiblemente desde connotaciones deficitarias, generando lecturas previas a la vivencia encarnada.

En segundo lugar, para AND las funciones del trabajador social en las unidades de diálisis corresponden a: 1. orientar a la persona diagnosticada en las gestiones, solicitudes y peticiones que se realizan a la EPS frente a la obtención de los medicamentos, tratamientos y posibilidad de trasplante de riñón, y 2. el profesional evalúa las condiciones de vivienda y

economía para favorecer subsidios que posibiliten su bienestar, en ese orden de ideas, se teje un ejercicio en red para solventar situaciones administrativas que promuevan el derecho a la salud.

En tercer lugar, DR y AND mencionan que el psicólogo genera intervenciones encaminadas a potencializar la adherencia al tratamiento como objetivo privilegiado durante los procesos de acompañamiento, así mismo fomentan la reorganización familiar y activan redes de apoyo para afrontar la situación novedosa. Teniendo en cuenta las funciones descritas, se reconoce la emergencia de crear escenarios terapéuticos que respondan a necesidades contextuales, incluyendo el azar y la incertidumbre como procesos que hacen parte de la vida del ser humano desde la oportunidad de diversificar la experiencia a partir de la polifonía de voces de quienes co-participan de dicha realidad.

Complementando lo descrito previamente, si bien no se desconoce la importancia de la adherencia al tratamiento, se considera pertinente amplificar el accionar pragmático hacia adyacencias que coexistan con la pluralidad del guion de vida de la persona para construir escenarios estéticos, éticos y creativos que flexibilicen los significados en puntuaciones totalizadoras de la realidad por polaridades semánticas asociadas a enfermedad versus salud.

Psicología social de la salud y psicología clínica. La psicología clínica y de la salud construyen estrategias de abordaje al interior de las unidades de diálisis orientadas a la promoción y adopción del tratamiento como se mencionó previamente, pues según DR y AND la disciplina desarrolla actuaciones psicosociales que favorecen procesos de concientización y adherencia al mismo. Así mismo, AND sugiere fortalecer el acompañamiento del profesional a los sistemas consultantes desde la sensibilidad humana al promover cercanía emocional por sobre los procesos organizacionales de la entidad. Por otra parte, el DR plantea la importancia de recrear intervenciones preventivas mediante campañas psicoeducativas, las cuales fomentan la transformación de hábitos de vida saludable, en ese sentido, la psicología clínica desde una perspectiva emergente, podría responder a un llamado de “concientización y sensibilización” a través de escenarios que legitimen el reconocimiento de los procesos autorreferenciales de los profesionales ante la experiencia de enfermedad.

Adicionalmente, se vislumbra la necesidad de plantear lecturas ecológicas y contextuales de la realidad desde la coexistencia de diferentes intereses que amplifiquen focos de intervención según la subjetividad de cada caso, en ese orden de ideas, se esbozan objetivos tradicionales en torno a la adherencia al tratamiento y aquellos emergentes que proponen la sincronía de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles para reconfigurar la experiencia de enfermedad, entendiendo estas como novedades adaptativas de los sistemas para interpretar recursivamente la realidad.

Configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad

Narrativas de la experiencia de enfermedad. Respecto a las narrativas que se han construido en torno a la experiencia que cada uno de los actores ha desarrollado sobre el diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad, se reconoce que el DR configura relatos desde su saber científico, médico e interventivo, realizando explicaciones epistemológicas orientadas a responder a las demandas de salud según el estadio en el que se encuentra la persona, por lo cual se comprende que la cotidianidad al parecer se satura tanto por las ritualizaciones rígidas del contexto hospitalario como por las epistemes privilegiadas que determinan la vivencia, cristalizando entonces los relatos hacia la preservación de la salud por medio de la adherencia a los tratamientos, lo que posiblemente indicaría la deslegitimación de otras esferas de la vida.

Un ejemplo de ritualización se presenta cuando la persona debe asistir a la unidad de diálisis tres veces por semana con una intensidad de cuatro horas por día, situación que rigidiza la cotidianidad y mitiga la participación de los mismos en otros escenarios vitales como lo son el laboral, social y económico, de igual manera el guion de vida se transforma hacia la incorporación de cambios en las actividades y hábitos del diario vivir encaminadas a dar respuesta al acontecimiento de enfermedad.

Otro ejemplo de esto, podría visibilizarse en torno a la adherencia al tratamiento en relación a los cuidados en la alimentación, la restricción en la toma de líquidos y la conciencia frente a las consecuencias de no cumplir con requerimientos médicos; obstruyendo procesos y conocimientos profesionales (DR). En este discurso, se reconocen narrativas privilegiadas y dominantes que pueden cristalizar la experiencia de enfermedad por parte de la persona diagnosticada, limitando la emergencia de novedades adaptativas en torno a la transformación de hábitos de vida saludable; de manera que se plantea desde el enfoque sistémico, generar escenarios que brinden la posibilidad de co-construir convicciones, más que imposiciones y

reconfigurar las relaciones complementarias entre médico - persona (experto - paciente/pasivo).

Por otra parte, los actores que participaron del estado del arte testimonial expresaron que la noticia del diagnóstico es un acontecimiento inesperado y adverso para la persona y su contexto relacional; en un primer momento el sistema niega la experiencia novedosa y posteriormente se dirige a realizar tratamientos alternativos. Por tanto, se generan confrontaciones en la persona en su plano individual y relacional, de manera que la configuración narrativa se plasma en el aquí y en el ahora, emergiendo sensaciones de negación, tristeza, dudas, incertidumbres, desesperanza, miedo, enojo, frustración, y desánimo. Con respecto a sus esquemas cognitivos, se puede presentar una ruptura tanto temporal como narrativa frente a los pensamientos ubicados en el pasado, presente y futuro, de manera que los sueños y metas se configuran de una manera diferente tras un diagnóstico, lo que podría generar intervenciones psicológicas orientadas a comprender el tiempo recursivamente y a reconocer que los significados construidos desde el déficit pueden reconfigurarse hacia relatos generativos.

Complementando lo anterior, para AND, la noticia del diagnóstico también genera cambios en el plano laboral y económico, debido a que las empresas por lo general tienden a no contratar personas que han sido diagnosticadas con enfermedades de alto costo por las diferentes situaciones que puedan emerger, como por ejemplo, que el individuo presente complicaciones de salud o deba invertir mayor tiempo en el contexto hospitalario. Esto lo podemos comprender como narrativas privilegiadas de las estructuras sociales desde un discurso incapacitante, deficitario e improductivo mediado por un miedo utilitarista y capitalista. En ese sentido, se reconoce la necesidad de crear procesos de transformación social a través de la inclusión en los diferentes contextos vitales y el trabajo mancomunado con

disciplinas que promuevan el emprendimiento y propuestas innovadoras que generen otras formas de ingresos.

Por otro lado, AND realiza distinciones en torno al momento del ciclo vital en el que se encuentre la persona diagnosticada, de manera que los adultos jóvenes al parecer presentan mayor probabilidad para acceder a un trasplante de riñón, debido a que sus condiciones de salud pueden ser óptimas frente a la adaptación del mismo en comparación de un adulto mayor. A su vez, considera que el curso de vida de una persona de 65 a 70 años está culminando, por lo que se privilegia a las personas jóvenes puesto que las expectativas de su prospectiva vital se encuentran en desarrollo.

Frente a lo descrito, se comprende que se ha configurado un sistema de creencias en torno a la “funcionalidad y disfuncionalidad” de las personas diagnosticadas según su ciclo vital. En ese orden de ideas, la posible solución al diagnóstico de la enfermedad es el trasplante de riñón y al parecer, se prioriza a los adultos jóvenes, adolescentes y/o niños, excluyendo al adulto mayor. Adicional a eso, se puede generar una cristalización en la creencia frente a que la única manera de salir exitoso de esta experiencia no normativa es el trasplante, limitando la prospectiva vital de la persona. En relación con esto, se puede comprender que se han construido diversas polaridades semánticas que al parecer clausuran la creación de zonas intermedias y la visualización de múltiples realidades.

Prospectiva vital y autonomía en la persona diagnosticada. La prospectiva vital y los procesos de autonomía son categorías recursivas que co-evolucionan a partir de la interacción entre las mismas, por lo que emerge la necesidad de construir escenarios interventivos encaminados a explorar la reconfiguración de la experiencia de enfermedad a partir de la visibilización de recursos, estrategias y posibilidades para puntuar desde otra perspectiva la experiencia narrativa alrededor de la enfermedad.

Con respecto a la prospectiva vital, el DR plantea que las expectativas frente a la vida se reorganizan en torno al momento actual de enfermedad, por lo que el principal motor de motivación para el individuo diagnosticado son las personas más significativas de su entorno social. Por su parte, AND manifiesta que sus acciones se ubican “en el aquí y en el ahora” y se encuentran focalizadas a conocer detalladamente las minuciosidades de la enfermedad. Adicionalmente, el DR y AND coinciden en la premisa de comprender que la prospectiva vital se relaciona con la adherencia al tratamiento.

Las ideas expuestas ayudan a comprender que los significados relacionados con la prospectiva vital posiblemente reducen la construcción de mundos posibles, al limitarla a la adherencia al tratamiento, al estancamiento temporal en el presente y a la necesidad de contar con una red de apoyo. De esta manera, se propone desde el paradigma de la complejidad, generar recursiones entre las interpretaciones de los actores, incluyendo la reconfiguración de las demás esferas de la vida humana que favorezca la no fragmentación del discurso en un antes, durante y después, y la promoción de novedades adaptativas.

En relación con lo anterior, se puede comprender que la persona diagnosticada reconfigura su identidad de futuro, dejando abiertamente el proceso de interpretación en torno al sentido de su vida que se asocia a las experiencias del presente mediadas por discursos saturados de incertidumbre, desesperanza y miedo. Por esto, es necesario generar reflexiones e intervenciones sistémicas, amplias y complejas frente a la recursividad del tiempo y la

construcción de mundos posibles teniendo en cuenta el contexto relacional y experiencial de la persona, con el fin de que se sienta y se piense como el autor de su propia vida.

Por otro lado, la autonomía es comprendida por AND como la independencia personal, económica y de desplazamiento para afrontar las vicisitudes de la vida, específicamente en el diagnóstico. Por su parte, el DR menciona que la persona toma decisiones frente a su proceso y estas se relacionan con el cuidado de sí mismo y la adherencia al tratamiento. Para los investigadores/interventores, las comprensiones de los actores se interpretan polarizadas y complementarias; no obstante, teniendo en cuenta las creencias y epistemes existentes alrededor de enfermedad, posiblemente se reducen y limitan los procesos de autonomía en términos incapacitantes, desdibujando los recursos de la persona diagnosticada en torno a su propia vida.

Conclusiones

Los escenarios conversacionales, permitieron la ampliación de comprensiones acerca de los siguientes focos desarrollados: la relación entre el equipo interdisciplinar, la persona diagnosticada con enfermedad renal y su familia - cuidador; además, se visibilizan conceptos tales como la prospectiva vital, mundos posibles, procesos de autonomía y reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad desde la voz de las personas que participan de dicha experiencia reconociendo las posturas epistemológicas e ideológicas encaminadas a la adopción de prácticas de cuidado orientadas a la adherencia al tratamiento.

En ese orden de ideas, en la experiencia dialógica se comprende que la enfermedad renal crónica requiere de procedimientos médicos que conducen a cambios en la cotidianidad de la persona por lo que el apoyo constantemente de sistemas amplios (familia, amigos, conocidos y equipo interdisciplinario) ha cooperado en la adquisición de beneficios que le permiten al individuo acceder a los tratamientos médicos, lo anterior permite entender que

conceptos como la autonomía relacional podrían ayudar en los procesos co-evolutivos y favorecerían la emergencia de novedades adaptativas en el self y el sistema familiar.

En adición, las prácticas médicas ritualizadas llevan a un cambio drástico en el guion de vida de las personas diagnósticas y por ende de su sistema relacional cercano, por tanto los equipos interventivos se interesan privilegiadamente por promover la adherencia al tratamiento para evitar riesgos inminentes para la salud y favorecer la homeostasis de la persona a nivel biológico; no obstante, dichos intereses sobre el cuidado podrían llegar a rigidizarse olvidando otras esferas que componen lo humano, motivo por el cual es necesario la búsqueda de alternativas que permitan la diversificación de la experiencia narrativa en torno al acontecimiento de enfermedad.

Retomando lo anterior, la prospectiva vital de una persona diagnosticada se encuentra configurada en el tiempo presente, de manera que sus expectativas y motivaciones se focalizan en el diagnóstico y tratamiento; es así como, la esperanza del sujeto está dirigida a la posibilidad de un trasplante de riñón para lograr preservar su salud y retornar a elementos que perdió tras el diagnóstico en relación al ámbito laboral, económico y familiar; sin embargo, el constructo de la donación es una idea basada en la incertidumbre que conlleva al individuo a experimentar sentimientos de inseguridad e inquietud que posiblemente lo limitan a proponer metas alcanzables teniendo en cuenta su condición actual de enfermedad. En este sentido, posiblemente se genera una cristalización e idealización frente a la creencia de que la única manera para salir de esta experiencia no normativa es el trasplante, limitando así la prospectiva vital de la persona.

Con respecto a lo anterior, es necesario reconocer los recursos de la persona diagnosticada para promover la creación de mundos posibles que permitan visibilizar alternativas frente a la consolidación de un sentido de vida, a partir del afrontamiento del evento

no normativo. Por tanto, la psicología clínica se enfrenta al reto de resignificar las intervenciones psicológicas en contextos hospitalarios realizando interconexiones entre la generación de procesos autónomos relacionales, prospectivas vitales recursivas y reconfiguración de narrativas de la experiencia de enfermedad.

Por otra parte, en consideración a los procesos de autonomía, se comprende desde la voz de los actores, que a partir de sus creencias, experiencias y epistemes dicho concepto se configura como la independencia laboral, económica, de desplazamiento y la toma de decisiones frente a la adherencia al tratamiento; lo que posiblemente se reducen y limitan dichos procesos en términos incapacitantes, desdibujando los recursos de la persona diagnosticada en torno a su propia vida y la relación que puede establecer con un otro.

Así mismo, la relación entre el equipo interdisciplinar, la persona diagnosticada y su familia/cuidador se ha configurado según las subjetividades de los actores que participan de la experiencia de enfermedad; adicionalmente se logra comprender que las redes de apoyo significativas para el individuo se incluyen en dicha interacción y por último, se reconoce la importancia de crear escenarios para desarrollar la coparticipación y corresponsabilidad entre el grupo terapéutico y la familia/cuidador.

Para finalizar, la psicología ha realizado intervenciones frente a la adherencia al tratamiento como propuesta para generar estrategias de afrontamiento en la persona diagnosticada y su sistema familiar/cuidador; pese a esto, se considera necesario llevar a cabo prácticas orientadas al fortalecimiento de la prospectiva vital y la promoción de procesos de autonomía que respondan a necesidades contextuales, incluyendo el azar y la incertidumbre como dinámicas que hacen parte de la vida del ser humano.

Discusión entre el estado del arte documental y testimonial

A partir de los autores citados en el estado del arte documental y los participantes convocados en los escenarios conversacionales testimoniales (médico de planta del Hospital de Kennedy de la unidad de diálisis - DR, y un trabajador social quien vivió la enfermedad Renal Crónica - AND), se describen las principales conclusiones que emergieron en relación a las categorías de análisis planteadas inicialmente, junto con aquellas que actualizaron las comprensiones en torno a la configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad, prospectiva vital y procesos de autonomía.

En ese sentido, para el equipo investigador/interventor es relevante comprender desde el enfoque sistémico y el construccionismo social la Enfermedad Renal Crónica debido a que los estudios se han enfocado en indagar distintas enfermedades de alto costo como el cáncer, VIH-Sida, entre otras. En relación con esto, se reconoce que las intervenciones desde la psicología clínica se han realizado desde distintos enfoques y técnicas tales como el Cognitivo-Conductual, Sistémico Estructural y Gestalt, dichas investigaciones se centraron en temas como la adherencia al tratamiento, calidad de vida, bienestar, motivación, estilos de vida saludables, psicoeducación, entre otros procesos terapéuticos a nivel individual y en la diada paciente-cuidador, en los cuales posiblemente no se han tenido en cuenta las relaciones que la persona diagnosticada construye con sus sistemas amplios (familia, amigos, conocidos y equipo interdisciplinario).

Adicionalmente, la enfermedad renal crónica requiere de procedimientos de alto costo, por lo que el equipo interdisciplinar (médico, enfermero, nutricionista, psicólogo y trabajador social) acompaña procesos de bienestar de las personas diagnosticadas garantizando los servicios de salud (transporte hospital-casa o viceversa, medicamentos y tratamientos), a su vez es importante exponer la hipótesis explicativa que los investigadores-interventores han construido frente a los relatos privilegiados y epistemes de los saberes científicos y médicos,

pues al parecer estos ritualizan y cristalizan los modos de operar de los actores que participan de dicha experiencia, centrando la creación de novedades adaptativas ante el evento generador de crisis en las respuestas inmediatas para responder al tratamiento y su cuidado integral.

Por otro lado, la relación entre el equipo interdisciplinar, la persona diagnosticada y su familia/cuidador se ha configurado según las subjetividades de los actores que participan de la experiencia de enfermedad; sin embargo, para los investigadores/interventores, dicha relación está mediada por epistemes que pueden configurar relaciones jerárquicas en las cuales el profesional cuenta con verdades absolutas e indiscutibles y además, se reconoce la importancia de crear escenarios para desarrollar la coparticipación y corresponsabilidad entre el grupo terapéutico y la familia/cuidador.

Retomando lo anterior, se logra comprender que las redes de apoyo significativas para el individuo se incluyen en la interacción; Ledon (2011) complementa la tesis anterior sugiriendo que la experiencia de enfermedad abarca a la persona diagnosticada e invita a que otros sistemas participen de la misma desde diferentes niveles de relación tales como la familia, los amigos, el contexto laboral y hospitalario, el ámbito económico, social y cultural. En ese sentido, los significados que la persona construye van a estar mediados por la relación con su entorno y demás sujetos con los cuales se relacione, así mismo va configurando sus procesos identitarios a partir de la adaptación frente al nuevo acontecimiento.

Por otra parte, según los actores que participaron en el estado del arte testimonial, la prospectiva vital de una persona que ha sido diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica se encuentra configurada en el tiempo presente en el cual sus expectativas y motivaciones se focalizan en el diagnóstico y tratamiento. La principal esperanza del sujeto está dirigida a la posibilidad de un trasplante de riñón para lograr preservar su salud y empezar nuevamente a asumir responsabilidades productivas en el ámbito laboral, económico y familiar.

Retomando lo anterior, los investigadores/interventores comprenden que el constructo de la donación es una idea basada en la incertidumbre que conlleva al individuo a experimentar sentimientos de inseguridad e inquietud, que podrían limitarlo a proponer metas alcanzables teniendo en cuenta su condición actual de enfermedad. En este sentido, posiblemente se genera una cristalización e idealización frente a la creencia de que la única manera para salir de esta experiencia no normativa es el trasplante, limitando la prospectiva vital de la persona.

En ese orden de ideas, respecto a la incertidumbre, Shaffer (2007) plantea que esta hace parte de la cotidianidad del ser humano, independientemente del momento del ciclo vital en el que la persona se encuentra, y es esta incertidumbre la que lleva a la familia a sentimientos de frustración que lo motivan a desarrollar posibilidades de afrontamiento frente a la experiencia de enfermedad y así mismo, logra promover y construir aquella prospectiva vital con sentido y desarrollo para sus miembros. Complementando lo anterior, Prigogine (1996) define la incertidumbre como el proceso que involucra la búsqueda de sentido, en cuanto a la forma como toda persona da valor y significado a sus acciones para responder a los proyectos que se plantea, de manera que se convierte en un proceso adaptativo para el individuo, en el que organiza y desarrolla sus experiencias.

De esta manera, se cuestiona ¿Cuál es el sentido de vida en un momento de enfermedad? respondiendo a este cuestionamiento, es necesario reconocer los recursos de la persona diagnosticada para promover la creación de mundos posibles que permitan visibilizar alternativas frente a la consolidación de prospectivas vitales, a partir del afrontamiento del evento no normativo. Así, la psicología clínica se enfrenta al reto de realizar intervenciones novedosas a partir de técnicas orientadas a la recursividad del tiempo como forma de co-construir secuencias interaccionales diferentes, así como a la reconfiguración de la experiencia. Por tanto, se comprende que la perspectiva de futuro está relacionada con los procesos identitarios y subjetivos (Prigogine, 1996) conforme al significado que se construye

interaccionalmente a la vivencia de enfermedad, configurando de esta manera la experiencia en torno al diagnóstico desde un marco explicativo.

Por otro lado, Fonseca y Jiménez (2006), por su parte, permiten entender que la construcción narrativa de las familias frente a un evento no normativo está dada en términos de significados y replanteamientos de la vida; así, la experiencia humana se reorganiza a partir de la interacción lingüística entre varios sistemas (familiar e institucional) en los que se observan posibles discursos dominantes en la historia de vida de las familias. Por tanto, se evidencia que la experiencia es individual y colectiva, pues el diagnóstico involucra a los miembros de todo el sistema.

Adicionalmente, los procesos de autonomía, se comprenden como la decisión de la persona frente a su propia vida y la continuidad de la misma (Lucho y Jerí, 2013), y a su vez, se reconfiguran los hábitos cotidianos de manera que puedan desarrollar o mantener recursos e intereses frente al cuidado de sí mismos (Bellato *et al.*, 2016). Desde la voz de los actores del estado del arte testimonial, se comprende que a partir de sus creencias, experiencias y epistemes, dicho concepto se configura como la independencia laboral, económica, de desplazamiento y la toma de decisiones frente a la adherencia al tratamiento.

En contraposición con lo anterior, los investigadores/interventores, comprenden que las creencias y epistemes existentes alrededor de enfermedad, posiblemente reducen y limitan los procesos de autonomía. Por tanto, se propone que para la construcción de esta se reconozca la interrelación entre la persona y su entorno, posibilitando el reconocimiento de recursos personales que le permitan afrontar las dificultades presentes y que, a su vez, construyan prospectivas vitales por medio de procesos de autonomía relacionales.

Afianzando la idea anterior, Ledon (2011) menciona la emergencia de generar reconfiguraciones en torno a las capacidades y potencialidades que pueden fortalecerse para

favorecer los procesos de individuación. Asimismo, se comprende que ningún ser humano es completamente autónomo, pues siempre necesitará la ayuda de otras personas para su propio desarrollo; en ese sentido, el individuo no pierde su autonomía, sino que se re-configura desde el auto-cuidado y cambia algunos de sus hábitos, apoyándose en sus redes (Bellato *et al.*, 2016).

Por otra parte, la recursividad del tiempo puede considerarse como un concepto que enriquece las categorías de investigación entendiendo el pasado, presente y futuro como procesos que se reconstruyen constantemente y que posibilitan la reflexividad de la temporalidad de la vida cotidiana siendo recurrente y circular. En ese sentido, la persona que ha sido diagnosticada y su familia posiblemente podrían comprender la experiencia actual desde un relato generativo excluyendo la fragmentación del tiempo y la ubicación en un antes y un después.

Finalmente, esto se relaciona con el problema de investigación-intervención del presente estudio en la medida que se puede comprender que la situación de enfermedad involucra tanto a la persona diagnosticada como a su familia/cuidador, en la que se presentan cambios en las diferentes áreas de participación del ser humano (a nivel laboral, económico, social y familiar). La experiencia de enfermedad renal crónica ha sido configurada desde discursos privilegiados y narrativas dominantes deficitarias en coherencia con el saber científico y médico que posiblemente limitan los procesos de autonomía relacional y prospectiva vital recursiva.

De esta manera, se comprende que la psicología clínica con enfoque sistémico narrativo busca promover la creación de mundos posibles que permitan reconocer alternativas frente a la consolidación de un sentido de vida a partir del afrontamiento del evento no normativo; así, el terapeuta sistémico invita a la persona y su familia/cuidador a ser “el autor de su propia vida” y a generar escenarios reflexivos con los actores donde estos asumen una libertad para imaginar

posibilidades alternas de su realidad actual y futura. Así mismo, el sentido que se le da a la experiencia permite reconfigurar relatos generativos en la forma en cómo se comprende el mundo y la propia vivencia por medio de historias emergentes.

SISTEMA TEÓRICO Y CONCEPTUAL

La presente investigación - intervención se remite a los postulados paradigmáticos de la complejidad y el enfoque sistémico, constructivista y construccionista para posibilitar la comprensión del problema y fenómeno de investigación, a su vez amplía las interpretaciones en torno a los ejes temáticos que configuraron el interés de estudio. Dichas apuestas teóricas se seleccionaron a partir de los estados del arte documental y testimonial, creando la pertinencia de complejizar lecturas frente a la experiencia narrativa de enfermedad renal crónica desde la coexistencia de categorías de análisis referentes a la co-construcción de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles que se gestan desde la recursividad del tiempo.

Con respecto a lo anterior, se entiende que el acontecimiento en mención es connotado como un evento inesperado que amenaza el guion de vida de los actores que participan del mismo, dando cuenta de los significados similares o diferentes que se tejen desde la subjetividad y que dotan de sentido la experiencia, así mismo se visibiliza la polifonía de voces interconectadas en la red narrativa de quienes viven dicha realidad, en el que al parecer se vislumbran transformaciones en la cotidianidad del sistema para incluir en sus dinámicas ritualizaciones inherentes al cuidado de la salud, posibilitando novedades adaptativas y recursos de afrontamiento. A continuación, el lector encontrará la lógica en el que los investigadores - interventores se inscribieron para comprender desde los autores el fenómeno de estudio.

Desde el construccionismo social se retoma el concepto de *narrativas* (Gergen, 2005 y Gergen y Gergen, 2011), las cuales emergen en el proceso dialógico y generativo de la *conversación* con el objetivo de reconocer relatos dominantes para flexibilizar la saturación de la experiencia por descripciones privilegiadas y hegemónicas inherentes a los sistemas de salud, en ese orden de ideas, los relatos alternos promueven la reactualización de memorias para incorporar cambios y transformaciones creativas de la realidad. Adicionalmente, el lenguaje desde su dinámica circular, relacional y vincular permite la exploración de alternativas ante la visibilización de acontecimientos extraordinarios que redefinen el sufrimiento humano, de igual manera se reconoce la coautoría como ejercicio que crea y ajusta nuevos significados.

Con respecto a la configuración narrativa de la experiencia, se retoman los postulados del principio conversacional dialógico de Anderson (1999) y Shotter (2001), la ontología del lenguaje de Echeverría (1996), el proceso narrativo conversacional propuesto por Estupiñán, González y Serna (2006) y McNamee y Gergen (1996), y los acontecimientos extraordinarios de White y Epston (1993). Estas comprensiones buscan incluir a todos los actores que participan de la noticia del diagnóstico a partir de la propuesta de red social personal de Sluzki (1996), red de redes de Dabas y Perrone (1993) y redes institucional e interinstitucional de Arenas, Moreno y Rodríguez (2009).

En adición, se amplían las comprensiones en torno a la recursividad del tiempo, mundos posibles, prospectivas vitales y autonomías relacionales, por lo que se retoman las tesis de los siguientes autores: Boscolo (1996) desde el anillo autorreflexivo con la tríada pasado, presente y futuro, Prigogine (1998) con sus postulados acerca de la flecha del tiempo, Eco (1993) con su propuesta de mundos posibles, prospectiva vital de Berger (1967) y Godet (1977) en relación con el principio complejo desde el discurso de la teoría Borrosa de Kosko (1995). Por otra parte, con respecto al concepto de autonomía, se presenta la idea propuesta por Young (1986)

complementada desde la premisa de autoorganización de Kauffman (1993) y el concepto de autopoiesis de Maturana y Varela (1996), para ser comprendido de forma relacional.

En la figura 1 el lector puede visualizar los principios orientadores de manera recursiva que permiten abordar y explicar el fenómeno de estudio a continuación:

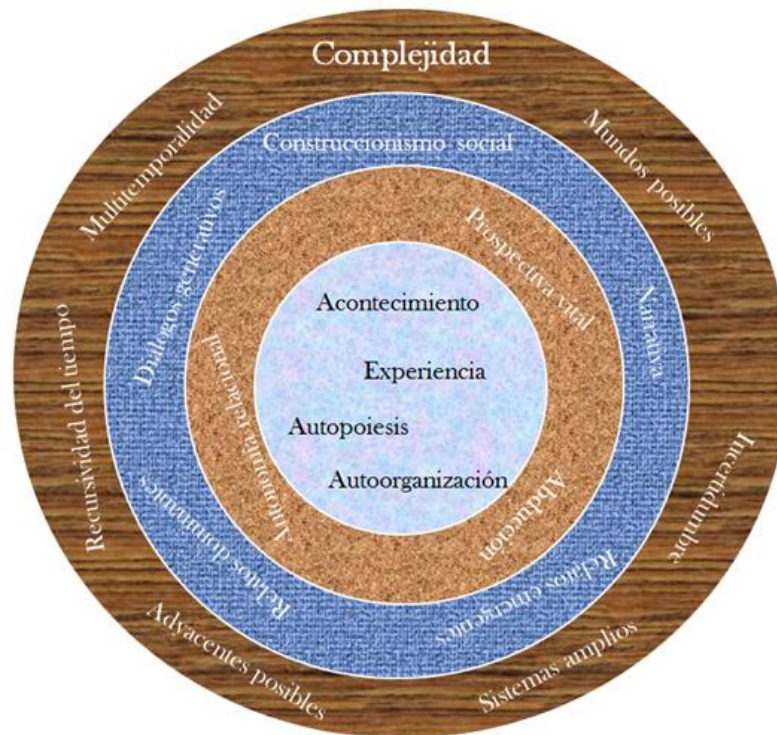


FIGURA 1. PRINCIPIOS ORIENTADORES

Enfermedad renal crónica

Según Lopera (2016), la enfermedad renal crónica (ERC) es considerada una enfermedad de alto costo la cual es progresiva y no transmisible, su manejo se encuentra relacionado dentro de un marco clínico y psicosocial que incluye prolongados y costosos procesos de tratamiento debido al crecimiento del número de personas diagnosticadas. Adicionalmente, el sistema de salud ha desarrollado un modelo de atención individual y biomédico que en ocasiones no tiene en cuenta la relevancia de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuya organización presenta falencias para diagnosticar y

favorecer la atención oportuna, aumentando gradualmente los síntomas de la misma y disminuyendo la calidad de vida de los connotados como “pacientes”.

Complementado lo anterior, las entidades prestadoras de salud (EPS) al parecer se encuentran saturadas por la alta demanda de usuarios diagnosticados con la enfermedad, situación que se interconecta con una escalada en los costos de los medicamentos e insumos inherentes al tratamiento según el curso clínico que incorpora las siguientes características: causa, tipo de afectación, gravedad, tasa de progresión y comorbilidad con otras enfermedades heterogéneas (Lopera, 2016), en ese sentido, la ERC se define como la mitigación lenta, silenciosa y paulatina de la función renal, se clasifica en 5 estadios progresivos (ECR - 1 a ECR - 5), los cuales se argumentan según el nivel de disminución de dicha función.

Con respecto a los tratamientos y medicamentos de la ERC, especialmente en los estadios progresivos, el impacto financiero va en aumento para el sistema social y de salud, ya que se demanda equipos interdisciplinarios calificados y últimas tecnologías para llevar a cabo la hemodiálisis renal y la diálisis peritoneal, alcanzando según Lopera (2016) \$450.000 millones de pesos, consumiéndose al parecer entre el 2% y el 4% del rubro público para la salud del país. Por otra parte, los trasplantes de riñón varían de acuerdo al donante y a los procesos inherentes a la adaptación del mismo al cuerpo para controlar los rechazos, en ese sentido, se estimó \$48.000 millones de pesos por diálisis y \$37.500 millones por trasplante, identificándose un alto porcentaje del gasto en las instituciones al representar el 19% del presupuesto en salud.

Específicamente en el estadio 5, se visibiliza una falla renal severa que requiere de tratamientos mediante terapias de sustitución que incluyen la diálisis o el trasplante de riñón, de igual manera la persona debe responder a las solicitudes del contexto hospitalario para hacer frente a la enfermedad, pues desde los postulados de Lopera (2016), la cotidianidad del individuo se ve expuesta a cambios que influyen en la pérdida de funciones físicas y cognitivas,

mitigación de actividades laborales, sociales y económicas que se relacionan con fenómenos emocionales tales como el estrés, la ansiedad, la angustia, el miedo y la depresión, implicando entonces que el enfoque de atención se reactualice incorporando tanto los tratamientos médicos como elementos que potencialicen el bienestar del sujeto diagnosticado y su familia.

Es importante mencionar que la ERC se vincula con enfermedades como la hipertensión arterial (HTA), la enfermedad cardiovascular (ECV), la diabetes mellitus tipo II y la uremia (acumulación en la sangre de fluidos tóxicos), además de aquellas autoinmunes, por ejemplo el VIH. Con respecto a la prevalencia de la ERC al año 2017 se evidencia 1'406.364 personas diagnosticadas en Colombia por 45.000.000 habitantes según el censo realizado por el DANE en el 2017, de las cuales la mayor incidencia se percibe en las siguientes edades: de 10 a 14 años con 725 casos, de 20 a 24 años con 4.092 casos, de 25 a 29 años con 7.401 casos, de 35 a 39 años con 25.986 casos y de 80 años en adelante con 288.222 según el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2017). Adicionalmente, estudios del 2013 refieren que las tasas de mortalidad asociadas con la ERC fueron de 26,9 por 100.000 habitantes (excluyendo fuerzas militares y policía) (Lopera, 2016).

Por tanto, para Lopera (2016) la ERC se percibe como un problema de salud pública debido a su crecimiento durante los últimos años, denotando transformaciones emergentes a nivel clínico (aumento en prevalencia e incidencia de la enfermedad), sociodemográfico (grupo poblacional y país), epidemiológico (total de personas diagnosticadas a nivel nacional) y económicos tanto para las personas diagnosticadas como para los sistemas de salud, reconociéndose de esta manera como una enfermedad de alto impacto debido a que requiere de tratamientos específicos (especialmente en los estadios más avanzados), así mismo el sistema político se activa a fin de garantizar los derechos de los individuos en la atención de la salud y el saneamiento ambiental respondiendo a lo expuesto en el *Artículo 49* de la Constitución Política de Colombia de 1991.

En adición, la ERC se encuentra relacionada con fenómenos como la globalización y la industrialización, los cuales influyen en la urbanización, producción y alimentación preelaborada, contribuyendo así en los modos y estilos de vida, específicamente en el consumo diferencial de fármacos y tecnologías sanitarias, en ese orden de ideas, la población se ve expuesta al estrés, sedentarismo y tabaquismo, dando cuenta de factores de riesgo que impactan en el desarrollo de la ERC y su comorbilidad con otros diagnósticos. Además, los comportamientos de riesgo están asociados a la consulta tardía y a la autoformulación de medicamentos con efectos nefrotóxicos (Lopera, 2016).

Para finalizar, es importante mencionar que a partir del 2008 por medio de la Sentencia T-760 se exigió que tanto el régimen contributivo como el subsidiado incluyeran en su programa el mismo paquete de servicios para la ERC, puesto que anterior a dicha Sentencia se manejaban de forma diferencial. Para responder a dicha necesidad, el Ministerio de Salud por medio de la Ley 1438 de 2011 realiza reformas al Sistema General de Seguridad Social de Salud con el fin de brindar mayor calidad, equidad e inclusión en la prestación del servicio, de manera que se unificara el Plan de Beneficios a partir de la universalidad, igualdad, enfoque diferencial, libre escogencia, transparencia, entre otros principios enfocados para que los beneficiarios de los dos regímenes de Salud cuenten con las mismas condiciones.

Configuración narrativa de la experiencia

Para comprender la configuración narrativa de la experiencia de enfermedad renal crónica construida por los actores que participan del mismo, se retoma el construccionismo social como perspectiva epistemológica, desde el plano relacional y la ontología del lenguaje. Esta postura permite entender que la realidad no existe *per sé*, sino que es un proceso consensuado y una creación compartida entre personas a partir de un trabajo colaborativo, así, las interrelaciones que establecen los individuos en un mismo grupo social facilitan la

transformación constante de los sentidos y significados que configuran la realidad y todo lo que en esta habita (Gergen y Gergen, 2011; Anderson, 1999).

Para ampliar esta idea, se retoman los postulados principales propuestos por el construccionismo social que contribuyen a la explicación del fenómeno de estudio:

1. Se cuestionan los marcos de referencia científicos realizados desde la objetividad (Gergen, 2005), pues si bien la enfermedad renal crónica se define desde la medicina, es relevante comprender la manera como la configuración de las narrativas de los actores se permean por dichos marcos, y de la misma manera, entender cómo se desarrollan los procesos de autonomía y prospectiva vital según la experiencia narrada y vivida por los mismos; por tanto, no se invalidan los ejercicios médicos que intervienen en el tratamiento de la enfermedad, sino que se confronta el poder hegemónico que posiblemente se le otorga al discurso del equipo hospitalario y su relación con los relatos de los actores participantes.

2. La descripción de las variadas formas para interpretar la realidad contribuye a la creación más amplia de los fenómenos (Gergen, 2005), de manera que al conversar desde diversos puntos de observación se logran co-construir múltiples reconfiguraciones de los relatos dominantes que posiblemente se narran desde la imposibilidad e incapacidad ante la noticia de un diagnóstico (especialmente si este es a nivel físico-motor), invitando a todos los actores a participar y amplificar los significados construidos alrededor de cada experiencia subjetiva.

En esta medida, lo planteado por Gergen y Gergen (2011) permite explicar las distintas formas como los actores involucrados en el diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad renal crónica han construido frente a sus propias maneras de ver el mundo, así como las epistemes médicas y los sistemas de significación que atraviesan los discursos narrativos dentro de la experiencia, pues a partir de este conocimiento, se co-crean todas las

posibilidades existentes de un futuro o, como lo llamarían Gergen y Gergen (2011) los terapeutas sistémicos, complejos y construccionistas “animamos a la búsqueda de construcciones alternativas más esperanzadoras” (p. 42) al conversar desde discursos generativos, recursivos y creativos.

3. La ontología del lenguaje se comprende como herramienta para la construcción de relaciones, significados y modelos de acción (Gergen, 2005; Echeverría, 1996); pues es a través de este, el ser humano da sentido a su existencia, la reconstruye y regenera constantemente; así como también moldea su propia realidad futura y la de otros (Echeverría, 1996); razón por la cual, el lenguaje (entendido aquí sin distinción entre lo verbal y lo no verbal a partir de Anderson, 1999) actúa activamente dentro de las relaciones que constituye la persona diagnosticada con la enfermedad y su entorno, favoreciendo la creación de adyacentes posibles.

Al hablar del lenguaje y del mundo de las narrativas, se constituye “una matriz fundamental de construcción de la experiencia vivida” (Estupiñán *et al.*, 2006, p. 103) y una forma de reconocer los significados ante un evento generador de crisis, comprendiendo que los relatos emergen en el proceso conversacional y en la acción interpersonal de las interacciones humanas, en el que el lenguaje configura una identidad narrativa entre las personas que participan de la experiencia de enfermedad, a su vez la actuación conjunta y el mundo relacional cotidiano se interconecta entre contextos tales como el hospitalario, familiar, laboral y social, posibilitando la transformación de realidades desde múltiples formas de interpretar el sí mismo individual en simultaneidad con el self que se flexibiliza a partir de la diversidad de voces que promueven el desarrollo lingüístico y la reactualización del marco histórico del sujeto a fin de vislumbrar la polifonía identitaria (McNamee y Gergen, 1996).

En adición, se reconoce a la persona como autor de su propia vida, que a su vez se construye desde la interacción comunicativa con otros al coordinar acciones y pautas de

relación encaminadas a significar las vivencias a partir de las transformaciones tanto de la trama de la historia vital como de quien la narra (Anderson, 1999), es por ello que la psicoterapia recrea un espacio que invita a la coautoría de nuevas versiones de una misma realidad, permitiendo la participación activa de todos los actores alrededor de la experiencia de enfermedad, incluyendo al terapeuta, a fin de favorecer la emergencia de relatos en el lenguaje (McNamee y Gergen, 1996), siendo recursivo en el proceso dialógico, evaluando los efectos y posibilidades del mismo hacia la apertura conversacional (Echeverría, 1996), posibilitando a su vez el cuestionamiento de la “verdad” al comprender que el ser humano no se encuentra determinado por lógicas universales, sino que se moviliza en “un amplio espectro de posibilidades, una invitación permanente a la innovación” (Gergen y Gergen, 2011, p. 14).

En ese sentido, lo posible o lo alterno son conceptos que retroalimentan lo que podría ser o existir dentro de un proceso narrativo conversacional, de manera que las personas durante su dinámica de escuchar - hablar generan aperturas hacia comprensiones novedosas del mundo y reactualizaciones con respecto a los cambios que pueden instaurarse en el orden social (Echeverría, 1996), es así como el sujeto se remite a la creatividad para diseñar futuros alternos distintos a las descripciones planteadas inicialmente, diversificando de este modo el panorama (McNamee y Gergen, 1996). Lo descrito previamente, potencializa la reconfiguración de discursos hegemónicos que cristalizan la experiencia a través de narrativas emergentes que orientan a las personas hacia la coevolución, sin desconocer relatos enmarcados desde el dolor, sufrimiento, esperanza, entre otros.

Retomando lo anterior, Echeverría (1996) plantea que los sistemas oyentes y hablantes gestan aperturas por medio de movimientos internos al renunciar a comprensiones de mundo estáticas o rígidas que pierden vigencia para metaobservar nuevas adyacencias que legitimen la heterogeneidad de la realidad, en ese orden de ideas, la presente investigación - intervención apuesta hacia la pluralidad de las interpretaciones que se co-construyen con el objetivo de

restaurar potenciales creativos, procesos reorganización y dinámicas relacionales que den cuenta de la edición de autonomías, prospectivas vitales y mundos posibles, pues la emergencia discursiva posibilita que la experiencia se diversifique (López y Plazas, 2013), redescubriendo puntuaciones y distinciones frente a los significados en torno a la enfermedad desde la subjetividad de cada actor participante, incluyendo al terapeuta como un sujeto que al igual que los sistemas consultantes construyen realidades desde sus marcos de referencia, que a su vez se ven configurados por las transformaciones inherentes al encuentro dialógico que se expresa mediante orden cognitivo y emocional.

En ese orden de ideas, en la terapia se recrea un escenario conversacional generativo que alimenta la creatividad e innovación para repensar la vida desde sus emergencias y posibilidades, retroalimentando sentidos y comprensiones de la experiencia desde acciones creadoras frente a lo puntuado como dilemático (Shotter, 1993), en el que el principio complejo de la incertidumbre permite vislumbrar alternativas frente a múltiples derivas de lo que puede llegar a suceder a partir de la impredecibilidad de la realidad, no obstante, se reconoce un carácter intencional dirigido hacia un objetivo que puede o no alcanzarse, un ejemplo de ello es la adherencia al tratamiento como propósito interventivo privilegiado en los contextos hospitalarios, por lo que se explora diversos intereses de actuación en dichos procesos que incluyen el azar dentro de las lógicas humanas, al co-construir nuevas categorías de análisis que nutran los protocolos del área de la salud, distintos a los estandarizados.

Por otra parte, es relevante comprender la distinción entre acontecimiento y experiencia a partir de lo expuesto por Estupiñán *et al.* (2006), en el que el primero se refiere al evento contextual e histórico vivido por una persona en un tiempo determinado; mientras que el segundo incluye los significados y sentidos dados a dicho acontecimiento vivido que define la postura existencial particular adoptada en la forma en cómo la experiencia es narrada. En sincronía con lo mencionado, se expone el interés por visibilizar tanto los discursos

privilegiados como los relatos periféricos (White y Epston, 1993) para posibilitar la re-narración de los acontecimientos y experiencias desde su redefinición y amplificación de memorias relacionadas con los procesos de cambio.

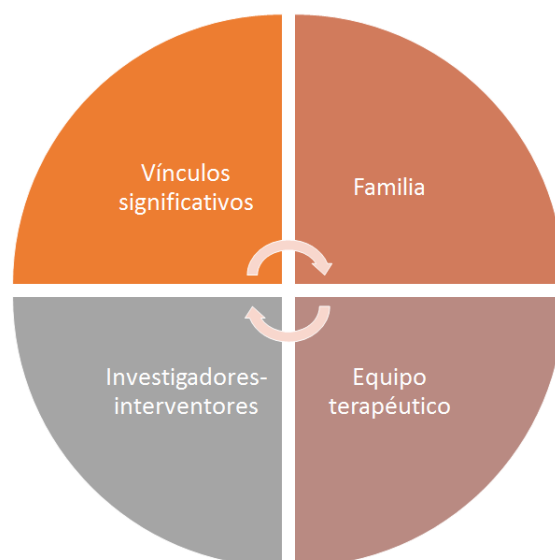
Finalmente, se tiene en cuenta la cultura hospitalaria en la que se ha configurado la experiencia narrada y vivida, pues cada cultura configura pautas de interacción que pueden replicarse generacionalmente, de manera que un diálogo no ocurre aislado, sino en un contexto local o universal (Anderson, 1999), por lo que surge la necesidad de legitimar e incluir el mismo en la comprensión del fenómeno de estudio, pues en el estado del arte testimonial se logra reconocer que al interior del contexto hospitalario se han ritualizado las prácticas médicas, cristalizando las expresiones y tradiciones orales del equipo terapéutico y a su vez, perpetuando rígidamente las narrativas de los actores en el tiempo.

Experiencia de los actores y sistemas amplios que co-participan. Sluzki (1996) afirma que la inclusión de otras voces permite expandir observaciones, descripciones, explicaciones, comprensiones e intervenciones transformativas, así como lo exponen Dabas y Perrone (1993), quienes mencionan que las redes humanas co-construyen las diversas formas para posibilitar el cambio deseado, generando pragmáticamente las acciones pertinentes para tal fin a través de su posicionamiento como gestores corresponsables de esto. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, en la presente investigación-intervención se busca visibilizar la polifonía de voces de los actores que participan de la experiencia de enfermedad (persona diagnosticada, sistema familiar y redes de apoyo), reconociendo que en el cuadro relacional entre personas coexiste un principio hologramático que hace referencia a puntos de comienzo y final recursivo en las narrativas, dando cuenta de ejercicios subjetivos.

Con respecto a la red social, esta se comprende como el conjunto de personas que interactúan en los diversos contextos o universos relacionales, los cuales son diferenciados y significativos para quienes hacen parte de los mismos, de igual manera no se limita la

construcción de vínculos a nivel familiar, sino también se expande la red hacia sistemas sociales relevantes (Sluzki, 1996), en ese sentido, en la presente investigación-intervención se incluye a los actores que co-participan de la experiencia de enfermedad y que a su vez co-crean lazos emocionales para hacer frente a dicha realidad (a lo que Dabas y Perrone, 1993, denomina “red de redes” y Sluzki, 1996, como “macroredes”), adicionalmente, el equipo interdisciplinario conformado en el contexto hospitalario también hace parte del tejido relacional y coopera en la configuración narrativa de la vivencia. En adición, Arenas *et al.* (2009) visibilizan la importancia de activar la red social, institucional e interinstitucional para promover transformaciones terapéuticas integrales, a partir de relaciones heterárquicas y corresponsables entre los actores mencionados desde procesos activos y creativos que favorezcan la atención en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, se grafica en la figura 2 las redes sociales de la persona diagnosticada que se articulan en la experiencia de enfermedad, vislumbrando las narrativas de dichos actores participantes y la coautoría de los mismos frente a la edición de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles.



*FIGURA 2. REDES SOCIALES DE LA PERSONA***Recursividad del tiempo, prospectiva vital y procesos de autonomía**

Recursividad del tiempo complejo. Según Prigogine (1998), las comprensiones acerca del tiempo se han definido a través de los años en las siguientes puntuaciones: 1. “el tiempo era la medida del movimiento en la perspectiva del antes y el después” (p. 83). 2. “medimos el tiempo con relojes que tienen un movimiento periódico” (p. 84). 3. “hay tiempos más lentos, acelerados, vuelta atrás, premisas de lo que sucederá a continuación.... ruptura entre la simetría pasado y futuro” (p. 95) y 4. “la estructura del espacio - tiempo está ligada a la irreversibilidad” (p. 96).

Con respecto a lo anterior, se comprende que el acontecimiento del diagnóstico ubica a los actores que participan de la enfermedad renal crónica en un antes y un después generando una ruptura en la continuidad narrativa (White y Epston, 1993) a partir de dicho acontecimiento, por lo que el ser humano se ve expuesto a cambios encaminados a estados alejados del equilibrio, haciendo alusión al tiempo cronológico que el individuo debe invertir en su cuidado y tratamiento integral, como por ejemplo asistencias al contexto hospitalario, reorganización de hábitos alimenticios o procesos terapéuticos en los que participan.

Adicionalmente, es importante reconocer el ritmo individual y colectivo con el que opera cada actor frente a la experiencia narrativa de enfermedad, puesto que los movimientos pueden ser semejantes o diferentes respecto a la aceptación y tolerancia de las demandas del nuevo acontecimiento, pues al parecer sus acciones se encuentran orientadas a promover procesos adaptativos ante un evento que es irreversible; sin embargo, aunque los hechos no son modificables per se, los significados de los acontecimientos se reconfiguran en el presente a partir de la flexibilidad de la memoria e historia de los actores, permitiendo entretejer de forma recursiva y circular el discurso narrativo en sincronía con las esferas temporales. En ese sentido, Boscolo (1996) plantea que el tiempo se encuentra mediado por fluctuaciones que requieren

movimientos adaptativos favoreciendo la coevolución a partir de una perspectiva y un horizonte temporal común alimentado de una regulación recíproca de los actores que participan de la experiencia.

Por otra parte, la flexibilidad de la memoria posibilita evocar aquellos recuerdos del pasado y presente de manera dinámica, en el que la persona conserva, transforma y redefine las experiencias vividas a partir de la construcción de nuevas versiones del sí mismo en relación a la polifonía del self, a su vez, surge la emergencia del cambio a través del reconocimiento de la diversidad de memorias con el fin de generar realidades alternas y creadoras, en el que se actualizan y reinventan las percepciones del pasado por medio del movimiento de los tiempos en relación con los significados que se han construido en la historia del individuo y que pueden replantearse en el futuro (López y Plazas, 2013).

Complementando lo descrito previamente, Boscolo (1996) plantea que el tiempo configura un esquema de realidad en los seres humanos el cual se encuentra mediado por un pensamiento paradigmático y narrativo, el primero orienta las interpretaciones de la temporalidad a partir de argumentaciones lógicas y coherentes, y el segundo hace referencia a aquellas comprensiones de un acontecimiento desde lo diacrónico (la evolución de un hecho a través del tiempo) o sincrónico (la distinción de un hecho en un tiempo determinado). En ese sentido, la experiencia de enfermedad para la presente investigación - intervención es analizada a partir de premisas narrativas que se han configurado desde acontecimientos diacrónicos y sincrónicos con el fin de comprender los acontecimientos antes, durante y después del diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad, junto con aquellos aprendizajes y significados que han emergido durante el proceso en mención.

En adición, Boscolo (1996) propone la recursividad entre el tiempo y la cibernética como conceptos encaminados a explorar los procesos de autorregulación y homeostasis de los

sistemas humanos ante las perturbaciones ejercidas por el ambiente y, a su vez, tiene en cuenta la memoria y capacidad de aprendizaje en el transcurso del tiempo histórico de las personas introduciendo la noción de morfogénesis (cambio). Así mismo, reconoce el rol del terapeuta familiar en el proceso de conocimiento a través de la cibernética de segundo orden, en el cual el observador hace parte del contexto temporal de lo observado incluyendo sus teorías, prejuicios y características, de forma que se incorpora como oyente dentro de los escenarios de investigación - intervención, legitimando las experiencias de los actores y de sí mismo.

De igual manera, se comprende que las tradiciones orales posibilitan la construcción de realidades que han estado mediadas por narraciones de las personas, siendo significadas y organizadas a través del tiempo con el fin de recrear historias que dan vida a los contextos de interacción social, razón por la cual, los mitos familiares y disciplinares configuran maneras de vivir y de adaptarse a los acontecimientos. No obstante, el constructo discursivo puede ser estático temporalmente y es allí cuando las personas sólo visibilizan una versión de la historia, por tanto se reducen las posibilidades frente a la construcción de expectativas hacia el futuro, de manera que es posible flexibilizar el guion de vida al movilizar los relatos que hacen alusión al pasado cambiando a su vez el sentido en el tiempo presente y futuro.

En ese orden de ideas, mientras más historias diferentes sea capaz un sistema de aceptar e integrar, mayores serán las alternativas de la persona, su familia y/o cuidador, equipo interdisciplinario e investigadores - interventores de enriquecerse y flexibilizarse emocional e intelectualmente en el transcurso del tiempo transgeneracional, teniendo en cuenta los procesos de autonomía, individuación y emancipación ante los momentos de crisis (Foucault, 1966, citado en Boscolo, 1996). Esto se complementa con el planteamiento de Kauffman (2003) cuando hace alusión a los adyacentes posibles, puesto que los sistemas se rigidizan al no lograr consolidar el orden esperado, por tanto, se crea la emergencia de expandir nuevas posibilidades

que los acerquen a distintas formas de operar, dando lugar al potencial creativo desde la divergencia tras las perturbaciones, siendo esto la fuerza transformadora del cambio.

En ese sentido, los actores que participan de la experiencia de enfermedad significan sus historias a través de las tres dimensiones del tiempo: pasado, presente y futuro, por lo que las experiencias se configuran por medio de un anillo autorreflexivo (horizonte temporal flexible) en el que estas esferas confluyen recíprocamente en la creación de expectativas, planes y proyectos, por lo cual el presente ocupa un lugar importante ya que los seres humanos deben solucionar los dilemas vitales en el aquí y en el ahora con el objetivo de configurar perspectivas del futuro y del pasado (memoria), por tanto, el sistema se rigidiza cuando adquiere un significado totalizador de las experiencias desde una cadena lineal y determinista que privilegia una única posición (Boscolo, 1996).

Con respecto a la flecha del tiempo, esta es entendida como la correlación multitemporal que organiza las interacciones humanas en el pasado, presente y futuro, reconfigurando las situaciones desde puntuaciones diversificadas, ya que las experiencias son atravesadas por aprendizajes novedosos que favorecen las variaciones frente a la emergencia de prospectivas vitales y mundos posibles (Prigogine, 1998), por tanto, es fundamental generar un juego recursivo entre acontecimientos, historias y significados que se han construido a partir de la tríada temporal, puesto que dicha praxis orienta modos de operar en la vida cotidiana.

Complementando lo sustentado con antelación, según Duque (2017) la diversidad y complejidad del mundo confronta la irreversibilidad del tiempo al comprender que este es bifurcante por las puntuaciones narrativas humanas que se tejen desde la ruptura de simetrías entre las esferas temporales (pasado y futuro), aperturando posibilidades para la diferencia y novedad de la dinámica evolutiva al entender que la experiencia de enfermedad aleja a los sistemas del equilibrio, permitiendo a su vez fenómenos de autoorganización espontánea,

identificando por tanto la función constructiva de la irreversibilidad a partir de connotaciones de un tiempo múltiple y creativo dentro de procesos entrópicos y disipativos, construyendo entonces nuevos órdenes de organización (Prigogine y Stengers, citado en Duque, 2017).

De esta manera la flecha del tiempo favorece la emergencia de lo nuevo, lo inesperado y lo no controlable, siendo fuente de innovación, espontaneidad e invención en dinámicas irreversibles y asimétricas temporalmente en relación con la experiencia humana y las formas de significar la realidad, en el que las fluctuaciones y bifurcaciones apuestan hacia la modificación de la estructura en el límite del orden y el caos, generando transformaciones que orientan al mismo hacia la solidaridad de los tiempos al visibilizar que el pasado ya no es un conculyente del futuro, por lo que el tiempo es un proceso no lineal que avanza hacia lo posible, permitiendo la ruptura de simetrías temporales para generar novedades y autoorganizaciones en momentos de crisis (Duque, 2017).

Por lo anterior, se crea la emergencia de promover un contexto investigativo - interventivo que favorezca la creatividad de los actores que participan para pensar y construir mundos posibles que no excluyen la realidad predominante en la conciencia individual y colectiva tangible, sino que introduce el tiempo desde una estructura diacrónica que comprende la dimensión histórica de los acontecimientos antes y durante el proceso, y a su vez, incorpora premisas que proceden de la naturaleza del lenguaje desde nuevas afirmaciones alimentadas de posibilidades (Boscolo, 1996).

Mundos posibles. Eco (1993) propone que los acontecimientos que no han ocurrido en la realidad actualmente observable son denominados eventos contrafácticos, por lo que el ser humano asume una actitud proposicional, es decir, genera expectativas e hipótesis ante el posible modelo en el que se irán dando los sucesos; en ese orden de ideas, a partir del hecho inesperado, los actores otorgan sentido a la experiencia a través de la anticipación, por lo que se crean alternativas en la construcción de mundos posibles, la imaginación de escenarios y planteamiento de narrativas novedosas en el que los sujetos reactualizan la interpretación de la realidad.

Es así como los mundos posibles recrean bifurcaciones que dan cuenta de diversas maneras de vida ante la multiplicidad de praxis de los sistemas consultantes, pues se vislumbra la transformación en el lenguaje para narrar contextos alternos que reinventen estructuras establecidas y desafíen creencias instauradas legítimamente como camino privilegiado frente al cambio, en ese sentido, la propuesta de Eco (1970) permite comprender metafóricamente que “en el mundo actual, nuestra enciclopedia está incompleta” (p. 24), lo que indica que el ser humano constantemente incorpora experiencias novedosas que renuevan el arte de existir, participando de procesos continuos y discontinuos.

Amplificando la premisa previa, se comprende que las personas son intérpretes de su realidad a partir de la significación de modelos cognitivos, emocionales y comportamentales que se mantienen en el tiempo, dando lugar a rituales organizativos del guion de vida desde la posible cristalización de la experiencia (adherencia al tratamiento, cambios en los hábitos, etc.), por lo cual los investigadores - interventores se exponen al reto de visibilizar y co-construir mundos posibles que favorecen nuevos órdenes de la misma ante un acontecimiento inesperado, de allí se diversifican aperturas y clausuras para complejizar vitalmente la experiencia al transformar visiones deterministas ancladas al contexto e historia hacia la

creatividad de adyacencias que incluyen estados de mayor adaptación (Guzmán, Estrada, Tejada y Crespo, 2010).

La visión y construcción de mundo se encuentra interpelado por sistemas culturales que se interrelacionan para fijar patrones de realidad, es por ello que la tesis planteada por Boaventura (2010) invita a los terapeutas a pensarse desde una *Ecología de saberes* al convocar a las diferentes disciplinas que hacen parte de la experiencia de enfermedad a conversar sobre los diversos conocimientos que se tejen desde la heterogeneidad, legitimando así mismo su autonomía al no sobrepasar límites en cuanto a la lucha por el poder y la verdad, en otras palabras, la investigación - intervención apuesta hacia la retroalimentación y coexistencia entre los saberes desde su singularidad y complementariedad a fin de ampliar relatos y visibilizar alternativas de mundos posibles que diversifiquen la experiencia.

Para finalizar, esta propuesta teórica nos orienta a comprender el cambio desde las construcciones narrativas vitales en relación a los mecanismos generativos del lenguaje, puesto que el presente trabajo se encuentra encaminado a generar escenarios de transformación de realidades alternas a partir de la visibilización de contradicciones entre el mundo observable y el narrativo, por ende se invita a los actores a reflexionar y cuestionar sobre las versiones sociales ante la construcción de adyacentes posibles en relación a la recursividad del tiempo.

Prospectiva Vital. Se considera pertinente visibilizar en un primer momento el origen conceptual de la prospectiva vital, el cual se desarrolló a partir de los cuestionamientos suscitados durante la segunda guerra mundial al referenciar el debate de la razón y la verdad a favor de dominios políticos que coaccionaron el poder territorial y económico de la época mediante artefactos bélicos (armas), rigidizando de esta manera la forma de percibir el mundo, en ese sentido, ante dicha crisis mundial, emerge la necesidad de reconocer lo humano dentro de las transacciones relacionales, salvaguardando el rescate de los valores y derechos vitales de las personas en el arte de existir, recuperando a su vez la esperanza de incorporar prospectivas de futuro con respecto a la libertad de opinión y expresión (Berger, 1967), recreando entonces la alteridad entre lo endógeno (el sí mismo) y exógeno (el entorno).

Teniendo en cuenta lo anterior, la experiencia de enfermedad significada como un evento inesperado, caotiza la cotidianidad de la persona y sus redes de apoyo, por lo que el sistema posibilita novedades adaptativas para hacer frente a dicha realidad a través de la activación de potencialidades y recursos (adyacentes viables) que se articulan desde posiciones estratégicas del ser humano para incorporar la noción de futuro, en ese sentido, Berger (1967) define la prospectiva como la ciencia que estudia el futuro a partir de la transformación de puntuaciones estáticas que se ubican en las tradiciones orales de las personas al proyectar visiones únicas del tiempo venidero, hacia la diversificación de modos de operar al comprender que lo ulterior no está preestablecido, por tanto la realidad es dinámica y fluctuante tantas veces como el sujeto lo considere.

Adicionalmente, las decisiones se convierten en el accionar de un futuro que no ha sido elaborado, proceso que organiza (autonomía relacional) tanto experiencias pasadas y presentes como ritmos subjetivos y temporales de la red mediante el principio futurible, el cual sincroniza realidades complejas de los diferentes actores participantes desde dinámicas que incluyen la incertidumbre, el azar y la indeterminación frente al planteamiento de objetivos que se gestan

en el aquí y el ahora a fin de co-crear múltiples visiones de futuro, configurando de igual manera oportunidades para transformar significados desde ópticas diversas (Jouvenel, 1993 citado en Mera, 2014).

En ese orden de ideas, la prospectiva vital coexiste con el pensamiento estratégico y el sentido de curiosidad para promover la redefinición de la experiencia constantemente, fragmentando posiciones estáticas de la realidad y favoreciendo configuraciones dinámicas, complejas y circulares de la misma, por tanto, no es posible definir una línea exacta y única de prospectivas vitales ya que las subjetividades y particularidades de los sujetos permiten co-construir y re-escribir sus adyacentes posibles (Godet, 1977). En relación a lo anterior, el concepto de borrosidad propuesto por Kosko (1995) converge con la prospectiva al contemplar las emergencias de la vida y sus posibles autoorganizaciones sin modelos predeterminados de la existencia, generando acoples entre la diversidad de experiencias vividas y narradas por los actores.

Por otra parte, la dimensión temporal interactúa con la prospectiva vital según Jouvenel (1993, citado en Mera, 2014) al referir que:

En atención al pasado, la voluntad del hombre es vana, su libertad nula, su poder inexistente (...) el pasado es el lugar de los hechos sobre los cuales yo no puedo hacer nada y él es también de la misma forma el lugar de los hechos cognoscibles, entonces, al contrario, que el futuro es para el hombre, en tanto que sujeto cognoscente, dominio de la incertidumbre, y para el hombre en tanto que el sujeto actuante dominio de la libertad y la potencia (p. 3)

Lo anterior denota que el ser humano no puede transformar los acontecimientos vividos, sin embargo, en el presente cuenta con la capacidad de resignificar su experiencia desde una

perspectiva de aprendizaje, situación que reactualiza el futuro estratégicamente desde la diversificación de memorias.

Además, el concepto de libertad se interconecta con la capacidad de la persona para gestionar estados de autonomía relacional que se co-crea en la sincronía con el sí mismo y los otros dentro de un contexto específico, dotando de corresponsabilidad ante las estrategias construidas para organizar el futuro teniendo en cuenta la recursividad del tiempo para comprender y operacionalizar sus tres dimensiones desde la amplificación de narrativas emergentes que vislumbren los posibles caminos por los que puede llegar a transitar los actores participantes de la experiencia, incorporando sus propias premisas y las de los demás desde procesos creativos y flexibles en medio del caos.

Autonomía relacional. El desarrollo de la autonomía en la presente investigación - intervención desde una mirada sistémica está asociada a múltiples y posibles intervenciones encaminadas a factores de cambio en el recurso propio de la persona, pero ¿cómo hablar de autonomía en una persona que aparentemente pierde funciones que antes podía hacer con naturalidad?, la respuesta a este interrogante se desarrolla en el presente escrito partiendo de la idea de que el concepto requiere procesos de evolución epistemológica para no llegar a un reduccionismo que limita y de esta manera construir escenarios favorecedores desde un enfoque relacional diferencial.

Por tanto, se tiene en cuenta la premisa de Young (1986) frente al concepto de autonomía desde perspectivas tradicionales, el cual se debate desde el paradigma de la complejidad a partir de la teoría de la autoorganización de Kauffman (1993) y los procesos de autopoiesis según Maturana y Varela (1996), permitiendo construir escenarios autónomos co-creadores para las personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica.

Durante espacios académicos y epistemológicos prolongadamente se ha reconocido la autonomía desde un pensamiento de primer orden como la capacidad individual que está relacionada con factores biológicos y cognitivos en el organismo (Young, 1986). Por tanto, el procesamiento racional particular parece la “garantía” del desarrollo de una autonomía efectiva, incluso en su definición etimológica, la palabra autonomía se define desde su raíz griega: Auto (por sí mismo) Nomos (regla) e Ia (acción), es decir, el conjunto de reglas y acciones que desarrolla un individuo enfocado en el progreso de sus cualidades (Young, 1986).

Sin embargo, para los investigadores - interventores interpretar la autonomía desde una óptica individual posiblemente es reduccionista al comprender que vivimos en un mundo social con procesos interaccionales que ejercen presión, indeterminación, caos, incertidumbre y azar (Prigogine, 1998). Entonces, ¿qué pasa si se piensa en la autonomía relacionamente? Por ejemplo, en el caso de los actores que participan en la enfermedad renal crónica, el diagnóstico de por sí genera diferentes reacciones, por lo que todos se reorganizan a partir de procesos de cambios emergentes que facilitan novedades adaptativas, de manera que el ejercicio reflexivo incluye las posibilidades multivariadas teniendo en cuenta las premisas de autoorganización y autorregulación propuestas por Kauffman (1993) y de autopoiesis por Maturana y Varela (1996).

Respecto a la teoría de la autoorganización de Kauffman (1993), se puede configurar una nueva forma de entender el proceso de autonomía relacional que los investigadores - interventores proponen como parte fundamental para comprender el fenómeno de estudio. Por tanto, en la figura 3 se plasma el proceso de autoorganización de los sistemas a partir de un evento crítico:

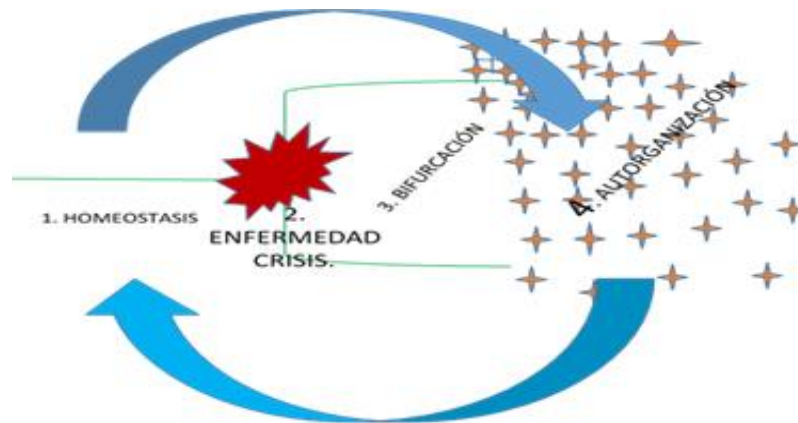


FIGURA 3. PROCESO DE AUTO ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS

1. El proceso de homeostasis o de autorregulación para Kauffman (1993) se comprende como el estado de equilibrio en el que se encuentra un sistema, el cual no debe entenderse como un estado estático sino de movilización de energía interna. En este sentido y con respecto al fenómeno de investigación - intervención, se reconoce que la persona antes de la noticia del diagnóstico se encuentra afrontando situaciones normativas según su ciclo vital.

2. Enfermedad (crisis): Es un momento de fluctuaciones y oscilaciones que movilizan al sistema después de un estado homeostático, creando la necesidad de desplazamiento debido al malestar; además, se visibiliza en el entramado del azar, la incertidumbre, la impredecibilidad e incontrolabilidad respecto al tiempo de ocurrencia (Kauffman, 1993). De esta manera, la enfermedad renal crónica demanda una reorganización estructural y narrativa de los actores que participan en ella para afrontar las nuevas necesidades biopsicosociales en torno a la crisis vivida.

3. Múltiples bifurcaciones: Kauffman (1993) afirma que tras un momento de crisis, emergen diversas formas de vida y de relación que pueden ser impredecibles y generadoras de múltiples horizontes y posibles modos de operar tras el caos, por lo que el concepto de atractor extraño complementa esta idea puesto que permite la modificación de las dinámicas y la reconfiguración de la praxis en beneficio del sistema (Sotolongo y Delgado, 2006); un ejemplo

de ello son las diversas voces que participan en el evento de enfermedad que posibilitan la amplificación y heterogeneidad de la experiencia a través de la emergencia de relatos alternos y otras formas de adaptación.

4. Autoorganización: Consiste para Kauffman (1993) en la emergencia ontológica del sistema que se encuentra en búsqueda de la homeostasis a través de la expansión de los adyacentes posibles, entendiendo estos como las distintas opciones que tienen las personas para acceder a lo próximo posible, dando lugar a la acción creativa que promueve novedosas maneras de operar, esto genera transformaciones que le otorgan un orden complejo e incierto a los acontecimientos, experiencias, narrativas, diálogos y acciones, permitiendo la coevolución y generación de agentes autónomos. En este sentido, los actores generan novedades adaptativas cargadas de interacciones motivantes hacia la vida misma del sistema, que Boscolo (1996) llama mundos posibles creativos, dinámicos y diferenciales.

Por otra parte, es importante reconocer la voz de los actores para comprender la manera como han construido sus experiencias y significados alrededor de su autonomía y prospectiva vital, por lo que desde las ciencias de la complejidad dichos constructos no son entendidos desde un modelo predeterminado, sino por la multivariación de las respuestas que pueden existir ante la experiencia de enfermedad y tratamientos. En este orden de ideas, los procesos comunicativos dados en los escenarios narrativos conversacionales, permiten la expresión creativa del sistema a partir del intercambio de información frente a la crisis que viven y los aquejan (Luhmann, 1986); de esta manera, la movilidad en un proceso de enfermedad renal crónica necesariamente tendrá que vincularse a un concepto de autonomía capaz de construir con alteridad dinámicas emergentes.

Complementando lo anterior, la autoorganización se puede comprender desde autonomías relacionales en las que co-participan múltiples versiones de la situación de

enfermedad teniendo en cuenta la voz de cada actor, a su vez, el proceso autopoiético de los sistemas configura la identidad de los individuos que participan en la experiencia a partir de la construcción de una red de operaciones que orientan a la co-evolución ante las perturbaciones del medio, por tanto aunque se visibilice un cambio en la estructura, la identidad se mantiene garantizando su conservación (Maturana y Varela, 1996).

Adicionalmente, Morin (1998) afirma que el sistema auto - eco - organizador favorece la apertura y el intercambio en el que el ambiente se convierte en la fuente principal de nutrición del sistema. En ese orden de ideas, el principio organizativo entre el contexto y el individuo se conecta interdependientemente en el contacto con la realidad generando cambios adaptativos necesarios que dotan de autonomías organizacionales, situación que permite mantener su configuración interna, es decir, los procesos de autonomía necesariamente se deben orientar a través de la relación. En el fenómeno de investigación - intervención se comprende que el escenario de los actores es una oportunidad constructiva de creación autónoma y novedosa.

Ante lo anterior, la investigación - intervención genera nuevas comprensiones del concepto de autonomía partiendo de las premisas anteriores: 1. La autonomía es relacional debido al intercambio comunicativo y los significados que se asignan a las experiencias. 2 Es un proceso de aprendizaje en el entramado de pautas interaccionales en el que se sincronizan los recursos propios y colectivos. 3. Es un espacio de co-construcción creativa que varía de acuerdo a los intereses particulares.

MÉTODO

El presente capítulo expone la postura epistemológica, paradigmática y pragmática que configura la investigación - intervención desde una metodología cualitativa de segundo orden a partir de un método de tipo reflexivo y contextual, el cual posibilitó la organización sistemática y operativa del proceso llevado a cabo para la recolección y el análisis de la

información. El énfasis en el que se encuentra adscrita es al de investigación que da cuenta de un carácter riguroso, buscando avances en la sustentación teórica del fenómeno de estudio clínico indagado. Para ello, el lector encuentra a continuación los apartados desarrollados:

En primer lugar, los principios operadores dan cuenta de una propuesta teórica y experiencial que orienta acciones dinámicas entre los sistemas consultantes y los investigadores - interventores, apostando por procesos de recursividad y circularidad que articulan la diversidad de voces frente al recurso transformador de la vivencia, de observación y metaobservación como técnicas que amplifican el contexto relacional desde la multivariada de focos a analizar, de autorreferencia y heterorreferencia legitimando las subjetividades de los actores participantes por medio de la visibilización de marcos de referencia, y por último, de abducción a partir del reconocimiento de dominios cognitivos y emocionales que activan la creatividad y la reflexión.

En segundo lugar, los conceptos metodológicos articulan el sistema conceptual y el pragmático a través de lógicas constructivistas, construccionistas y complejas, en ese sentido, se retoma el Dossier de la línea de investigación *Historias y narrativas en diversidad de sistemas humanos* que incluyen las definiciones de experiencia, acontecimiento, historias, relatos alternos y proceso narrativo conversacional. Lo anterior, se articula con las categorías de análisis correspondientes experiencias narrativas, autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles desde la recursividad del tiempo simbolizado mediante la metáfora del reloj de arena.

En tercer lugar, se expone la modelización de escenarios de investigación - intervención que vislumbran el proceso en el cual se reconfiguró el fenómeno, el planteamiento del problema, las hipótesis y los intereses investigativos, además la cibernética de segundo orden permitió la revisión continua del método, los resultados, la discusión y las conclusiones, en ese

orden de ideas, dicho recorrido posibilitó la emergencia de nuevas apuestas comprensivas frente a la coherencia del andamiaje epistemológico, incorporando así mismo los principios de la complejidad.

En cuarto lugar, se describe el contexto, los actores participantes de la investigación - intervención y las estrategias para el desarrollo de escenarios narrativos conversacionales a partir del protocolo de Milán, a partir de un estudio de caso múltiple gestado en procesos de psicoterapia y consultoría. En quinto lugar, se plantea el diseño metodológico (prediseños, diseños y neodiseños) en el que se plasman dichos escenarios a fin de comprender y transformar los elementos de la narrativa, movilizándolo de esta manera los relatos hacia nuevas formas de interpretar la realidad, promoviendo el cambio desde movimientos interventivos que flexibilizan el ejercicio dialógico.

Por último, se explica el procedimiento realizado para la construcción de los resultados, así como la forma en que se organizó la información recolectada para analizar e interpretar según las categorías de análisis y los objetivos de la investigación- intervención.

Principios Operadores

Recursividad y circularidad. El concepto de circularidad y recursividad invita a los investigadores-interventores a generar escenarios reflexivos en el que el observador se incluye en lo observado a fin de construir aprendizajes desde realidades y experiencias humanas mediadas por el diálogo transformador, por tanto los actores que participan de la experiencia de enfermedad renal crónica recrean significados contextualizados a partir de su dinámica interaccional que teje autonomías relacionales, en la que simbolizan la vida desde la multiplicidad de comprensiones que se reactualizan discursivamente para favorecer la emergencia creativa de perspectivas vitales y mundos posibles, en ese sentido, la naturaleza humana se entiende desde lo fluctuante, incierto, diverso, transitorio y polifónico, dando lugar a procesos relacionales entre sujeto-sujeto que posibilitan trascender visiones y abordajes novedosos de lo dilemático.

Con respecto a lo anterior, la acción conjunta entre investigación – intervención da cuenta de un proceso interaccional y comunicativo que permite explorar herramientas auto y heterorreferenciales del terapeuta para la configuración y reconfiguración de realidades lingüísticas y culturales permeadas por creencias y mitos del sistema consultante, teniendo en cuenta el tejido social que se retroalimenta desde experiencias particulares y colectivas que promueven la construcción del conocimiento desde la amplificación de comprensiones que no solo se limitan exclusivamente a saberes sensoriales y perceptivos del ser humano, sino que a su vez orienta a los actores a visibilizar la emergencia de recrear contextos de interpretación de los eventos mencionados con antelación (Bateson, 1982), en el que la circularidad como concepto metodológico reconoce la experiencia de enfermedad desde la diversidad de narraciones y relaciones lingüísticas bidireccionales que articulan escenarios conversacionales recursivos procesos abductivos.

Complementando lo descrito previamente, según Bateson (1998) los escenarios de investigación – intervención posibilitan el reconocimiento simultáneo de realidades que se conectan recursivamente desde la resonancia de historias de vida similares o diferentes que se tejen a fin de generar comprensiones alternativas a las planteadas inicialmente, así mismo se encuentran encaminadas a la co-creación de estrategias de movilidad, emergencia y transformación de los fenómenos humanos a partir del efecto interventivo de los investigadores - interventores hacia el cambio desde marcos epistemológicos y paradigmáticos del construccionismo, constructivismo, complejidad y pensamiento sistémico. En ese orden de ideas, Bateson (1982) expone el principio de circularidad al referir que la información es diferencia y la diferencia es relación, es decir, los encuentros humanos están mediados por la diversificación de voces que aluden a la distinción de conocimientos que dan alusión a la incertidumbre y las posibilidades.

Para concluir, en los escenarios de investigación – intervención se operacionalizan los conceptos metodológicos de circularidad y recursividad al reconocer la experiencia evocada de enfermedad mediante procesos reflexivos y auto y heterorreferenciales, en el cual las interacciones contextualizadas organizan el conocimiento desde la conectividad haciendo referencia a la co-evolución de los sistemas a través de relatos y alternativas posibilitadoras de lenguajes emergentes desde una postura ecológica que fundamenta los dilemas humanos, a su vez se comprende, explica y aborda el fenómeno de estudio al pensar las categorías desde la metáfora del bucle.

Observación y metaobservación. Se comprenden desde las propuestas de Bateson (1998), Lagos (2004) y Sánchez, Alcaraz, Lara, Salinas y Aguilera (2010) quienes explican que la observación no puede centrarse en un punto específico de la situación observada, pues se estaría perdiendo información relevante y útil para el propósito que se busca. Por tanto, la comprensión del contexto en el que se desarrollen las escenas es un concepto principal dentro de la metodología a aplicar en la presente investigación - intervención (Bateson, 1998).

En este sentido, Lagos (2004) explica que dentro de la *observación* se requiere tener presente que “el contexto es siempre información, o más precisamente, es comunicación” (p. 13), de manera que los observadores amplíen la percepción de lo observado, teniendo en cuenta, además, el contexto relacional que se genera en las escenas propuestas y de esta manera “abrir la mirada a la multiobservación” (p. 13). Por tanto, la *metaobservación* invita a reflexionar sobre el proceso de conversación que se está generando en la conversación entre los actores que participan de los escenarios, teniendo en cuenta la polifonía de voces que participan en la misma y los marcos de referencia desde los cuales cada uno dialoga.

Complementando esta idea, se retoma el concepto de metapsicología de contextos como lo denomina Sánchez *et al.* (2010), en la cual se crean escenarios reflexivos y circulares que constantemente se auto-observan y se meta-observan permitiendo reconocer la perspectiva compleja y multidimensional del ser humano, teniendo en cuenta las voces que participan de una misma experiencia como lo es la enfermedad renal crónica. Por tanto, los procesos de metaobservación invitan a una epistemología de segundo orden, a partir de un enfoque sociológico, antropológico, biológico, histórico y psicológico en toda vivencia humana.

Adicionalmente, la metapsicología de contextos reconoce y articula los distintos niveles temporales que permean las historias de vida de las personas, de manera que la metaobservación pueda ser usada como recurso técnico dentro de la recursividad del tiempo y la propuesta metodológica que se describe más adelante, posibilitando en la conversación

generar mundos posibles reales que se tejen en la alternativa de la emergencia de diálogos innovadores y creativos que buscan el equilibrio entre lo expresado y lo novedoso (Lara, 2004).

Autorreferencia y heterorreferencia. Estos posibilitan la comprensión del conocimiento experiencial de los investigadores-interventores frente a la experiencia narrada y vivida de los actores que participan del diagnóstico de enfermedad renal crónica por medio de la generación de estrategias orientadas a construir recursividades entre dominios emocionales y cognitivos que se exploran en los escenarios conversacionales creados con el fin de visibilizar prospectivas vitales, mundos posibles y procesos de autonomía relacional.

De acuerdo a lo anterior, Garzón (2008) propone que el enfoque sistémico prioriza la práctica ética del profesional en cuanto se reconoce así mismo y al otro desde sus vicisitudes y emergencias para obrar en conjunto durante la edificación del contexto de ayuda donde los sistemas implicados enseñan *el arte de vivir*, a su vez se ponen en escena los propios sistemas de referencia y acción, pues esto permite promover el cambio a partir de los recursos y potencialidades de las personas junto con la curiosidad de legitimar la multiplicidad de voces y reconfiguraciones creativas de lo humano.

Complementando lo anterior, el proceso de conocimiento se encuentra mediado por la habilidad de los investigadores-interventores para experimentarse reflexivamente en correlación con su medio social y cultural, en el que el ejercicio intersubjetivo del diálogo con los sistemas posibilita comprensiones propositivas con respecto al dolor y sufrimiento de los seres humanos; de esta manera, el profesional se reconoce como un actor que establece relaciones con la persona, familia, cuidador y redes de apoyo para afrontar las demandas que emergen en un campo de acción heterogéneo, en el que el desarrollo de la creatividad y flexibilidad asumen un papel importante dentro de los escenarios.

Así mismo, los procesos de auto-observación del terapeuta permiten la amplificación de la experiencia y favorecen el estilo personal de los investigadores - interventores al observarse a sí mismo en relación con los otros, como lo menciona Garzón en el 2008 “disponerse al encuentro humano emocional e intelectualmente: conversar, reflexionar y recrear actividades complejas que, en una u otra forma, remiten a la noción de autorreferencia, la cual implica una postura epistemológica referida al proceso recursivo de observar las observaciones” (p. 161).

A partir de los encuentros humanos, se comprenden las nociones sobre la conciencia del sí mismo, del otro y del nosotros que están en constante reconfiguración, en el cual los investigadores – interventores coevolucionan frente a las premisas que han construido sobre su forma particular de operar en el contexto en relación a las dinámicas dialógicas que emergen en los escenarios, a su vez se coordinan los diferentes ritmos emocionales, cognitivos e interactivos de los diferentes actores, ya que estos favorecen la exploración y transformación recíproca dando lugar a la borrosidad e incertidumbre que incorpora lo complejo. Adicional a ello, se realizan lecturas sobre la experiencia en primera y tercera persona con el objetivo de visibilizar los procesos vitales propios desde lo multidimensional, en el que se constituye lo humano desde el reconocimiento de la intersubjetividad (Varela, 2000, citado en Garzón, 2008).

Abducción. Dentro del presente trabajo de investigación-intervención se incluyen los procesos abductivos a través de los cuales se busca la apertura de los relatos alternos que se co-construyen dentro de los escenarios conversacionales propuestos, de manera que se logre otorgar nuevos sentidos a las experiencias que significan los actores participantes en el diagnóstico de enfermedad renal crónica. En este sentido, Lagos (2004) explica que la reflexión y la creatividad son las principales herramientas en estos procesos, generando nuevas formas de relación y resignificando las experiencias a través de dominios cognitivos y emocionales.

En ese orden de ideas, el pensamiento abductivo se traspone a las lógicas tradicionales inductivas y deductivas generando reflexiones basadas en posturas construccionistas y complejas que permiten la verosimilitud en el fenómeno de estudio (López y Plazas, 2013), de manera que la abducción podría ser una apuesta que, al incluir procesos racionales y emotivos, permite generar de manera creativa modos de operar coherentes con la co-construcción de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles que coexisten comprensiva y metodológicamente por medio de la metáfora del reloj de arena, la cual será explicada en el curso de la presente investigación - intervención.

Por tanto, se retoma nuevamente a López y Plazas (2013) cuando mencionan que los procesos abductivos otorgan “un sentido nuevo a la experiencia en un plano relacional cognitivo en la re significación del mismo, lo cual a su vez, tiene un efecto recursivo en dominios experienciales” (p. 144), en ese sentido, por medio de los escenarios conversacionales se tejen procesos abductivos que posibilitan que la persona diagnosticada y su contexto relacional visibilicen realidades creativas que configuran y reconfiguran nuevas formas de interacción con sus experiencias individuales y colectivas, trascendiendo a éticas del cuidado tanto consigo mismos como con los otros que posibiliten la legitimación de subjetividades que diversifican el self.

Adicionalmente, la lógica abductiva invita a la fricción con la incertidumbre y los dilemas humanos, dando lugar a la circularidad entre acontecimientos, experiencias y narraciones de quienes viven el diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad a fin de co-crear historias que dan vida a los contextos de interacción social desde la visibilización de posibilidades y alternativas que favorecen novedades adaptativas y narraciones generativas de la propia existencia sobre las maneras como se irán dando los eventos a partir de la recreación hipotética de la realidad adyacente de cada persona desde la polifonía de voces (López y Plazas, 2013).

Conceptos Metodológicos de la investigación – intervención

Desde el Dossier de la línea de Historias y Narrativas en Diversidad de Sistemas Humanos, Estupiñán *et al.* (2006) definen los siguientes principios metodológicos que permitieron ampliar las comprensiones del fenómeno de estudio:

Experiencia. “Entendida como la vivencia, el significado y sentidos como son vividos (interpretados) los Acontecimientos, que definen la propia postura vivencial/existencial (identidad) de los actores y/o de la voz narrativa que aparece en el relato ante los mismos” (Estupiñán *et al.* 2006, p. 116). Siendo uno de los intereses del presente estudio este concepto puede ser comprendido por medio de las narraciones de los actores que participan en la experiencia de enfermedad.

Acontecimiento. Son aquellos “Eventos contextuales, históricos; situaciones y acciones interpersonales, y sus efectos, referidos o identificados como especialmente relevantes y significativos en la trama del relato, en el conjunto de intercambios comunicacionales e informacionales que tienen lugar dentro de un sistema humano” (Estupiñán *et al.* 2006, p. 116). Por tanto, el acontecimiento transversal es la enfermedad renal crónica en todos los actores que participan de la investigación-intervención; no obstante, se entiende que cada uno de ellos los significa, narra y da sentido de manera distinta.

Historias. Son todas aquellas “Versión(es) dominante(s) compartida(s) en sus significaciones y sentidos, por los actores y/o la voz narrativa del relato, con su(s) contextos de referencia (...). Por lo tanto, tiene el carácter de versión convencional y oficial” (Estupiñán *et al.* 2006, p. 116). Estas narraciones dominantes posiblemente están permeadas por discursos hegemónicos, explicativos médicos y dilemas humanos generalizables que pueden cristalizar la construcción de mundos posibles e historias de vidas desde diálogos generativos, por lo que se hace relevante comprender y visibilizar.

Memorias. Constituyen un elemento operativo relevante debido a que permiten recuperar discursos alternos a los privilegiados, dando paso a narrativas que construyen adyacentes posibles que a su vez dan apertura a mundos posibles y resignificaciones del acontecimiento vivido, de esta manera son aquellas “versiones subdominantes, periféricas, marginales, incluso aun insuficientemente articuladas en el relato propio, configurando selecciones y versiones del significado y sentido de los acontecimientos y experiencias vividas/narradas, alternas, potencial o actualmente, de la Historia” (Estupiñán *et al.* 2006, p. 116).

Relatos alternos. En relación con las memorias, los relatos alternos visibilizan la multiplicidad de voces de los actores participantes en la experiencia de enfermedad, a través de los cuales se reescribe una nueva historia desde la co-autoría narrativa y la igualdad de saberes (Estupiñán *et al.* 2006).

Proceso narrativo conversacional. “Contexto de evocación y articulación de relatos en la interacción conversacional entre co-narradores (...) asumiendo un particular sentido y función. Es aquí, en la interacción conversacional efectiva, donde se genera la movilización o transformación narrativa” (Estupiñán *et al.* 2006, p. 116). A partir de estos procesos narrativo conversacional, se invita a los actores a generar diálogos propositivos (más no impositivos) que permitan la reflexión y recursión de nuevas posibilidades de narrarse, sentirse, comprenderse y actuar.

A continuación, se da cuenta de la comprensión metodológica de los investigadores - interventores en relación a los ejes temáticos planteados en el sistema teórico, estos entendidos como dispositivos favorecedores de procesos de cambio.

La experiencia narrativa: Reescribiendo la historia en la polifonía de voces. El presente trabajo de investigación - intervención busca conocer la experiencia narrativa de las personas diagnosticadas y su contexto relacional a partir de la re-significación subjetiva y la vivencia de los acontecimientos, es así como el proceso abductivo nutre la posibilidad de la creatividad en el discurso del relato a partir de la apertura del self; de manera que se co-construya una historia colectiva que se interconecta con el diálogo entre los diferentes sistemas, reescribir la historia, entonces invita a reconocer al otro en la propia historia.

En ese sentido, la narración histórica co-construida es comprendida desde los sentidos y significados que las personas han otorgado a la experiencia de enfermedad. En ese orden de ideas, la *ontología del lenguaje* permite comprender de manera amplia las narrativas que se configuran en torno a la misma, pues en este se incluyen relaciones, significados y modos de operar de la persona que de manera circular y recursiva interactúan constantemente; de esta manera, se concibe al sujeto como un agente activo de cambio que a través del lenguaje tanto verbal como no verbal, construye posibilidades de transformación social y personal.

Esto es posible por medio del *proceso narrativo conversacional*, el cual constituye una posibilidad dialógica que invita a las personas a intercambiar marcos de referencia propios y co-construir nuevos relatos que generan un amplio espectro de posibilidades para conocer y significar alternativas de la experiencia para flexibilizar discursos hegemónicos y epistemes que podrían clausurar al self, ya que en el caso de la enfermedad renal crónica los saberes científicos y médicos al parecer crean sus puntuaciones desde lógicas universales y objetivas, probablemente centralizando narrativas y prospectivas vitales en el tiempo presente.

En ese orden de ideas, la experiencia de enfermedad configura una ruptura en la continuidad narrativa en un antes y un después del evento inesperado, por lo que los escenarios conversacionales invitan a tejer nuevamente el discurso de las personas, razón por la cual la

flexibilidad de la memoria amplifica singularidades en los encuentros conversacionales debido a que realiza conexiones entre la experiencia vivida y la narrada, diversificando los relatos desde lógicas abductivas, esto a su vez genera la apertura hacia transformaciones de significados que se reactualizan y reinventan a partir de posiciones críticas y reflexivas del acontecimiento, invitando como sistemas oyentes y hablantes a todos los sujetos que hacen parte de la experiencia de enfermedad, con el fin de expandir las narrativas y co-crear nuevos discursos y distintas formas para posibilitar el cambio en lo emocional, cognitivo y operacional.

Autonomía relacional: Como emergencia adaptativa. La autonomía ha sido configurada inicialmente por múltiples autores desde una óptica individual, sin embargo, desde la presente investigación - intervención se comprende desde puntuaciones relacionales que integran conceptos como la autoorganización y la autopoiesis retomados desde el paradigma de la complejidad, lo que permite reflexiones recursivas y circulares en torno al fenómeno de estudio, además invita a interpretar la realidad a partir de juegos de transformación interaccional entre los actores participantes de la experiencia de enfermedad hacia la transición de adyacentes posibles que movilicen alternativas adaptativas frente a una situación puntuada como dilemática.

Ante lo anterior, todo lo que el ser humano aprendió lo configuró en la relación con el otro, entendido desde el aprendizaje tres expuesto por Bateson (1982); en ese sentido, los procesos de autonomía son comprendidos desde lecturas contextuales en el que la construcción del self está permeada por los encuentros humanos; de esta manera, los actores reconfiguran identidades a partir de la articulación de distintos elementos que posibilitan la co-evolución del sí mismo al concebir que siempre necesitamos de un otro para nuestro propio desarrollo. En ese orden de ideas, a continuación, se realizan las siguientes apreciaciones:

- La autonomía relacional se enmarca en la configuración y reconfiguración de códigos de lenguaje, estos se co-construyen en una experiencia compleja intersubjetiva de interacciones entre los diferentes sistemas involucrados, en el que el acto comunicativo posibilita relaciones, abstracciones y comprensiones que favorecen interconexiones y reactualizaciones de las historias contadas y vividas desde lo individual y lo colectivo.

- Los escenarios conversacionales permiten movilizar a los actores participantes hacia comprensiones mediadas por el azar y la incertidumbre, siendo estos procesos una emergencia ante la crisis situada en estados alejados del equilibrio, de allí la importancia de visibilizar las posibilidades y múltiples bifurcaciones de los sistemas para promover la autoorganización del mismo y por ende comprender la autonomía relacionalmente a partir de los adyacentes posibles y novedades adaptativas.

Prospectiva vital y Mundos posibles: Narrando-se desde discursos alternos. Las perspectivas vitales y los mundos posibles se co-construyen por medio del arte de narrar, por tanto, cada uno de los actores participantes de los escenarios conversacionales son co-autores de su propia historia y esta se teje a su vez por las versiones innovadoras de todos los sistemas involucrados, en el que se visibiliza la creatividad y la imaginación como versiones posibilitadoras de lo humano, mas no como modelos preestablecidos de la realidad que se crean en los discursos privilegiados frente a la imposibilidad de llevar a cabo actividades distintas a las ritualizadas en el contexto hospitalario, emergiendo la necesidad de visibilizar relatos alternos que involucren movimientos humanos en la incertidumbre y el azar. De esta manera, la realidad es comprendida desde la multiplicidad de alteridades dinamizadoras que co-crean la reconfiguración de la experiencia de enfermedad.

Por tanto, los escenarios conversacionales posibilitan la construcción de mundos posibles al tener en cuenta los acontecimientos contrafácticos que orientan a los diferentes actores a hipotetizar situaciones en la misma experiencia de enfermedad; así mismo, el ser humano asume una actitud proposicional en el que se generan expectativas ante el posible modelo en el que se irán dando los sucesos, es decir, anticipa los hechos alternativos, imagina contextos, plantea narrativas novedosas y reactualiza la información sobre su realidad. En ese sentido, se visibiliza la emergencia de expandir la co-construcción de múltiples historias que orientan a los sistemas a flexibilizarse intelectual y emocionalmente, puesto que en ocasiones las narrativas se rigidizan debido a que las formas de operar de los sistemas no responden al orden esperado en los cuales estos se desenvuelven.

Con respecto a la prospectiva vital, esta se configura al incorporar nociones de futuro al guion de vida de los sistemas consultantes que implica construcciones dinámicas y fluctuantes frente a versiones de realidad, la cual se encuentra relacionada con el concepto de

futurible al comprender movimientos desde la indeterminación, que a su vez incorporan pensamientos estratégicos y sentidos de curiosidad para escribir futuros que al parecer no han sido creados en el presente por saturaciones dilemáticas del acontecimiento de enfermedad, es así como las decisiones del presente podrían orientar el accionar ulterior a partir de lógicas complejas, borrosas y circulares.

El reloj de arena: reconfigurando el pasado, actualizando el presente y co-creando el futuro. Las experiencias narrativas de enfermedad se significan y organizan por medio del tiempo con el fin de recrear historias que permean los contextos de interacción social, en el cual los constructos discursivos de los actores que participan en la presente investigación – intervención al parecer se encuentran estáticos temporalmente; en ese sentido, las personas solo visibilizan una versión de la historia y por tanto, se limita la construcción de expectativas hacia el futuro, de allí surge la emergencia de reconocer las tres dimensiones del tiempo: pasado, presente y futuro a partir de los escenarios conversacionales, cuyo objetivo es autoorganizar la experiencia en el *tiempo complejo*, entendiendo este como concepto comprensivo y metodológico que orienta el proceso de psicoterapia o consultoría.

Para ampliar la noción de tiempo complejo, se retoman los siguientes postulados: el *anillo autorreflexivo* expone que las dimensiones temporales se relacionan recíprocamente para crear prospectivas vitales, mundos posibles y autonomías relacionales, de esta manera la dinámica de los escenarios conversacionales posibilita ubicarse en el aquí y en el ahora como estrategia para configurar los significados de experiencias del pasado, reactualizar el presente y crear el futuro con el objetivo de flexibilizar el significado totalizador y lineal del tiempo.

Complementando la idea que antecede, *la flecha del tiempo* invita a los diferentes sistemas involucrados a generar la correlación multitemporal que autoorganiza las interacciones humanas en el pasado, presente y futuro, a su vez favorece el juego recursivo

entre acontecimientos, historias y significados que podrían visibilizar adyacentes posibles, puntuaciones emergentes y aprendizajes novedosos.

Teniendo en cuenta lo anterior, los investigadores – interventores co-construyen la metáfora del reloj de arena de la siguiente manera (Figura 1):

- La arena que cae a la parte inferior del recipiente es significada como el pasado, en el que los actores han configurado la experiencia narrativa de enfermedad tras el acontecimiento del diagnóstico, tratamiento y cuidado integral del mismo.
- La arena que transita en la parte central estrecha del reloj hace alusión al presente, por lo que posiblemente los diferentes sistemas involucrados se encuentran estáticos temporalmente a partir de la ruptura narrativa en un antes y un después, o se alejan de los estados de equilibrio dando lugar a un momento de crisis.
- El reloj puede invertirse manualmente, por tanto, la arena que se encuentra en la parte superior da cuenta del futuro en el que se visibilizan prospectivas vitales, mundos posibles y procesos de autoorganización de los sistemas en relación al desarrollo de autonomías relacionales.
- El contenido del reloj al girarse en reiteradas ocasiones permite comprender que cada grano de arena se ubica en un lugar distinto del recipiente, ya sea en la parte superior, central o inferior, en ese sentido, cada fragmento significa la multiplicidad de bifurcaciones y posibilidades de los actores para reconfigurar los acontecimientos, historias y significados en las diferentes dimensiones del tiempo en el que se privilegia el juego recursivo de la multitemporalidad.

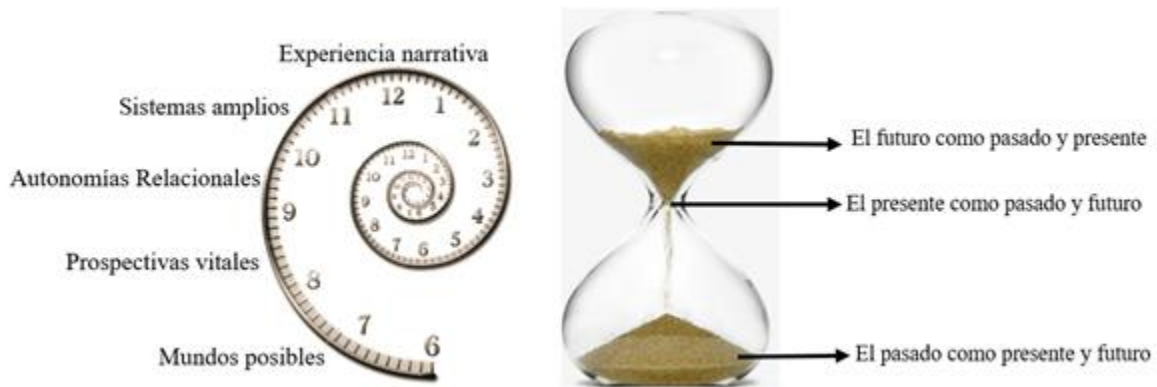


FIGURA 4. EL RELOJ DE ARENA

Modelización de escenarios de investigación - intervención

La presente investigación-intervención nace a partir de los procesos autorreferenciales de los investigadores-interventores, quienes han vivido experiencias cercanas en torno a enfermedades crónicas y de alto costo tales como cáncer y lupus. A partir de este interés investigativo, se construyen los ejes temáticos para la revisión bibliográfica del estado del arte documental, siendo estos: Intervención desde la psicología clínica en personas diagnosticadas con enfermedades de alto costo (trabajo interdisciplinar, relación equipo terapéutico - persona diagnosticada - sistema familiar y psicología clínica desde sus diferentes enfoques) y configuración y reconfiguración de la experiencia e historias de enfermedad (narrativas de la experiencia de enfermedad y autonomía - prospectiva vital).

Ante esto, se concluye que los autores focalizan su atención en otras enfermedades como por ejemplo Sida - VIH, cáncer y diabetes a partir de epistemes tradicionales que centran su intervención en la adherencia al tratamiento. Por tanto, se construye la emergencia de generar comprensiones desde la perspectiva compleja, construccionista, constructivista y sistémica ante la posibilidad de reconfigurar la experiencia narrada de la enfermedad renal crónica, debido a que los acercamientos sobre la insuficiencia renal se han desarrollado desde el enfoque cognitivo - conductual y sistémico estructural, por lo que el estudio pretende

profundizar en conceptos novedosos que den cuenta de las autonomías y perspectivas vitales de los sistemas.

Adicionalmente, se considera importante incluir la recursividad del tiempo y los mundos posibles como categorías que favorecen la interconexión circular de los diferentes procesos psicológicos permeados por el diagnóstico. En esta apuesta inicial, surge la hipótesis explicativa con respecto a que el saber médico, desde una visión lineal y objetiva, orienta el tratamiento que deben seguir las personas diagnosticadas para responder a las demandas que implica la enfermedad, limitando al parecer la construcción de su perspectiva vital en relación a la visión de futuro. Además, con respecto al concepto de “paciente” (pasivo), los investigadores-interventores reconfiguran dicho término al comprender al ser humano como un agente activo y co-creador de su realidad.

Con respecto a estas comprensiones, se construye en un primer momento el fenómeno de estudio, siendo este: *“Comprender cómo la persona y su familia han configurado la experiencia de enfermedad renal crónica teniendo en cuenta la perspectiva vital y los procesos de autonomía, a partir del papel que asumen los sistemas amplios frente a esta situación. Así mismo, se considera importante visibilizar el rol de la psicología clínica frente al fenómeno desde el paradigma de la complejidad y una perspectiva sistémica donde la intervención - investigación se encuentra mediada por la intersubjetividad de los diferentes actores que participan de los contextos hospitalarios y de salud”*. Lo anterior descrito en la matriz de coherencia investigativa inicial (Ver Apéndice D).

Seguido a esto, tras el estado del arte testimonial emerge la importancia de incluir los sistemas amplios que están relacionados con la experiencia de enfermedad haciendo alusión a redes familiares, sociales y profesionales de la salud - equipo interdisciplinario (médico, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, entre otros) quienes han facilitado

la construcción de estrategias de afrontamiento ante el evento inesperado en mención, por lo que los actores que participaron de los escenarios conversacionales permitieron reconocer la subjetividad de voces se tejen para comprender el acontecimiento.

De esta manera, se plantea la hipótesis referente a que las personas configuran ritualizaciones rígidas de su experiencia posiblemente por los tratamientos médicos sustentados en los relatos privilegiados y epistemes científicas, cristalizando a su vez la emergencia de novedades adaptativas que promuevan procesos de cambio en la creación de autonomías relacionales y prospectivas vitales recursivas desde la visibilización de recursos particulares de los actores al responder a necesidades contextuales y ecológicas que incluyen el azar y la incertidumbre como realidades dinámicas que hacen parte de la vida del ser humano.

Frente a lo expuesto anteriormente, se configura el fenómeno de estudio de la siguiente manera: *“El presente trabajo de investigación/intervención se encuentra orientado a reconocer el fenómeno de estudio relacionado con la experiencia narrativa del diagnóstico de una enfermedad de alto costo como lo es la Renal Crónica. En esta realidad dinámica participan diferentes actores tales como la persona diagnosticada, su familia o cuidador y profesionales de la medicina, trabajador social y psicólogo, quienes conforman un equipo interventivo. Así mismo, se tienen en cuenta las políticas públicas en salud del contexto colombiano que conducen a la construcción del tejido social y que atraviesan el proceso del diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad”* (Ver Apéndice E), y a su vez, se redefinen los ejes temáticos a la luz de la *Configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia y su relación con sistemas amplios y Recursividad del tiempo, prospectiva vital y procesos de autonomía.*

Posterior al sistema teórico, el fenómeno de estudio se transforma al ampliar las definiciones de las categorías de análisis así con se expone a continuación: *“La configuración*

narrativa de la experiencia de enfermedad renal crónica de los actores (persona diagnosticada, familiares, cuidadores y equipo interventivo) que participan en esta, es comprendida a partir de los principios epistemológicos de la complejidad (autonomías relacionales, auto-organización, borrosidad, autopoiesis, prospectivas vitales, mundos posibles y recursividad del tiempo) y las propuestas del construccionismo social en relación con la ontología del lenguaje y los procesos narrativos conversacionales”, planteándose la hipótesis emergente referente a “La reconfiguración de la experiencia narrativa de enfermedad al parecer permite la visibilización de relatos alternos desde una apuesta circular y reflexiva que articula la creación de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles desde la recursividad del tiempo complejo” (Ver Apéndice F).

Finalmente, ulterior a la construcción del método, fue posible estructurar el problema de investigación de la siguiente forma: *“Las disciplinas como la medicina y la psicología clínica, han construido discursos oficiales y privilegiados en torno a la adherencia al tratamiento como posibilidad adaptativa para hacer frente a las demandas novedosas de la enfermedad renal crónica, sin embargo, es probable que dicho proceso de reajuste podría perder vigencia por la saturación de la experiencia en relación con la cristalización en el tiempo presente debido a las ritualizaciones inherentes al campo de la salud; de igual manera se visibiliza una ruptura narrativa en un antes y un después del evento inesperado que amenaza el guion de vida preestablecido, desdibujando potenciales creativos, dinámicas coevolutivas y polifonías del self” (Ver Apéndice G).*

La hipótesis de igual manera se amplificó definiéndose así: *“Al parecer el tiempo complejo es un artefacto que podría favorecer procesos de cambio desde la metáfora del reloj de arena”*. Por otra parte, es importante mencionar que dentro de la presente investigación - intervención no se logra incluir las voces del equipo interdisciplinar gestado en los contextos

hospitalarios desde fuentes directas, sin embargo, se legitiman las experiencias co-construidas en dichos escenarios mediante los relatos subjetivos de las personas diagnosticadas y sus redes de apoyo a fin de integrar discursos ecológicos en sincronía con narrativas que no están presentes en los procesos conversacionales.

Contextos de la investigación - intervención

La presente investigación - intervención tuvo lugar en los consultorios de atención psicológica - SAP de la Universidad Santo Tomás, la cual se desarrolló mediante el diseño de escenarios narrativos conversacionales con tres consultantes y sus principales redes de apoyo en un estudio de caso múltiple, orientados a la construcción comprensiva e interventiva del fenómeno de estudio en relación con las categorías de análisis planteadas.

Actores de la investigación - intervención

En un primer momento, se llevó a cabo el acercamiento al fenómeno de investigación - intervención por medio de un proceso de consultoría previo a iniciar la aplicación del diseño metodológico, a continuación, se describen los datos básicos de los actores participantes:

TABLA 5

Características consultante L

| | |
|------------------------------|---|
| PACIENTE IDENTIFICADO | L - persona diagnosticada con enfermedad renal crónica. |
| EDAD | 55 años |
| GÉNERO | Femenino |
| OCUPACIÓN | Docente |

| | |
|--|---|
| ESCOLARIDAD | Profesional |
| MOTIVO DE CONSULTA | “Yo quiero estar en este espacio porque sé que lo que he aprendido con mi enfermedad ha sido mucho, y quiero poder ayudar a más personas que vivan esta situación (...) a raíz de la separación con mi ex-esposo las cosas con mi hija no están bien por eso quiero tener un espacio para poder hablar de esto también” |
| MIEMBROS DE LA FAMILIA VINCULADOS | S (principal cuidadora) |

En segunda medida, se desarrolló un estudio de caso múltiple gestado en procesos de psicoterapia y consultoría con los siguientes participantes:

TABLA 6

Características consultante CN

| | |
|------------------------------|---|
| PACIENTE IDENTIFICADO | CN. Persona diagnosticada con enfermedad renal hace 5 Años. |
| EDAD | 31 años. |
| GÉNERO | Femenino |
| OCUPACIÓN | Contadora |
| ESCOLARIDAD | Técnica. |
| RÉGIMEN DE SALUD | Contributivo - Compensar |
| MOTIVO DE CONSULTA | “Yo estoy aquí porque hace cinco años tengo un diagnóstico de enfermedad renal crónica, asisto a hemodiálisis tres veces a la semana, en una jornada de cuatro horas por día. |

También me tiene muy triste que mi esposo se haya ido ya que era mi más grande apoyo”

TABLA 7

Características consultante CG.

| | |
|------------------------------|---|
| PACIENTE IDENTIFICADO | CG. Persona diagnosticada con enfermedad renal hace un año. |
| EDAD | 53 años |
| GÉNERO | Masculino |
| OCUPACIÓN | Veterinario. |
| ESCOLARIDAD | Profesional |
| RÉGIMEN DE SALUD | Contributivo - Suramericana |
| MOTIVO DE CONSULTA | “Yo estoy diagnosticado con enfermedad renal crónica desde hace un año y ha sido difícil para mí, precisamente porque me cambió la vida en muchos aspectos” |

TABLA 8

Características consultante CF

| | |
|------------------------------|---|
| PACIENTE IDENTIFICADO | CF. Persona diagnosticada con enfermedad renal hace nueve meses |
| EDAD | 52 años |
| GÉNERO | Masculino |

| | |
|--|--|
| OCUPACIÓN | Diseñador. |
| ESCOLARIDAD | Profesional |
| RÉGIMEN DE SALUD | Contributivo – Suramericana |
| MOTIVO DE CONSULTA | “Yo nací sin un riñón y me empezó a fallar el que tengo desde hace 9 años y se me volvió crónico desde el año pasado y esto ha sido muy difícil para la familia, además mi papá murió y tuvimos que venir a vivir con mi mamá” |
| MIEMBROS DE LA FAMILIA VINCULADOS | Mamá (CM), esposa (CE) e hija (CJ). |

Se considera pertinente mencionar que los recursos utilizados para captar dichos sistemas consultantes respondieron a una emergencia propia de la investigación - intervención que requirió la activación de redes sociales, en las que se publicó la propuesta de participación para el presente estudio, convocando aquellas personas que contemplaron la posibilidad de iniciar una intervención psicológica. Es relevante reconocer que inicialmente los investigadores - interventores realizaron diversos acercamientos a los contextos hospitalarios con el fin de generar alianzas interinstitucionales que permitieran desarrollar allí los escenarios narrativo conversacionales; sin embargo, dicha solicitud no fue aprobada, situación que posibilitó la creación de las siguientes hipótesis explicativas:

H1: Posiblemente el sistema hospitalario ha privilegiado discursos y prácticas cristalizadas por epistemes científicas, legitimando de esta manera intervenciones orientadas a la adherencia al tratamiento como principal novedad adaptativa de los sistemas consultantes; no obstante, al parecer dicho recurso pierde vigencia debido a que probablemente la experiencia de enfermedad se satura en rituales rígidos, por tanto, los investigadores - interventores

consideran pertinente crear la interconexión de una ecología de saberes interdisciplinares que coexistan desde paradigmas tradicionales y emergentes.

H2: Los cambios frente a la integración de saberes y las formas de operar, probablemente alejan a los sistemas de sus estados de equilibrio dando lugar a fronteras del caos en el que emergen sensaciones de incertidumbre y miedo, es decir, probablemente tanto los equipos interdisciplinarios que hacen parte de la experiencia de enfermedad renal crónica como los investigadores - interventores, requieren dar pasos generativos para danzar desde la diferencia y complementar conocimientos que interconectan lo humano ¿Estamos preparados?

Estrategias para el desarrollo de los escenarios

El proceso de investigación - intervención tuvo como propósito co-construir comprensiones recursivas acerca de la experiencia narrativa de enfermedad desde la visibilización de polifonías de voces que se tejen en torno a esta, en el que se reconoce a su vez la autonomía relacional como emergencia adaptativa frente a las transformaciones y así mismo se incluyen las prospectivas vitales y los mundos posibles de los sistemas consultantes desde la resignificación de discursos hegemónicos hacia relatos alternos.

Los escenarios planteados se diseñaron a partir del Protocolo de Milán, puesto que brinda la posibilidad de co-construir diálogos generativos y reflexivos, que a su vez permiten procesos de metaobservación, en los cuales tanto los actores participantes como los investigadores - interventores asumen un rol corresponsable frente a la creación de significados dinámicos de la realidad, además favorece posturas circulares desde lo auto y heterorreferencial que promueve el juego creativo de dominios emocionales, experienciales y cognitivos. Lo anterior, se encuentra transversalizado bajo la lógica de la metáfora del reloj de arena con el fin de reconfigurar el pasado, actualizar el presente y co-crear el futuro.

Diseños Metodológicos para el proceso de investigación – intervención

Inicialmente, el equipo de investigación - intervención consideró pertinente llevar a cabo un proceso de consultoría en los Servicios de Atención Psicológica SAP - Universidad Santo Tomás con una persona diagnosticada con enfermedad renal crónica y su principal red de apoyo, con el propósito de realizar un acercamiento previo al fenómeno de estudio a partir de la ampliación de comprensiones según las categorías de análisis planteadas con antelación y fortalecer el acople y competencias de los investigadores - interventores en la ejecución de los escenarios.

En ese sentido, se exponen los instrumentos y técnicas que posibilitaron la sistematización de la información de las 4 sesiones desarrolladas con el sistema consultante, por cada encuentro se diligenció un diario de campo que visibilizó el foco de observación pertinente según el escenario, a su vez se generaron descripciones y reflexiones a la luz de las secuencias conversacionales. Adicionalmente, se tuvo en cuenta el guion meta observacional que permitió el abordaje a profundidad de las preguntas orientadoras y por último se realizó la historia clínica, en la que se especificó el motivo de consulta, la construcción del genograma familiar, el perfil de generatividad y vulnerabilidad, los dominios de la narrativa, la lectura ecosistémica y los objetivos del proceso.

En la tabla 9 se presenta un ejemplo del formato de Diario de campo implementado, en el cual se describen los niveles de observación según el rol que asumió cada investigador - interventor durante la ejecución de las sesiones, dicha dinámica posibilitó la recursión de lecturas que ampliaron la interpretación de hipótesis iniciales y la reconfiguración de comprensiones sistémicas y complejas del fenómeno de estudio.

TABLA 9*Formato Diario de Campo*

Diario de Campo

Investigadores – Interventores:

Aura María Carvajal Fernández.

Laura Camila Méndez Lagos.

Néstor Felipe Ochoa Castellanos.

Fecha: 19 de Octubre de 2017**Lugar:** Servicios de Atención Psicología SAP - Universidad Santo Tomás.**Sesión N° 2****Rol:****Terapeuta - Investigador****Coterapeuta - Investigador****Metaobservador – Investigador**

| Focos de observación | Descripción | Reflexión |
|---------------------------------|--------------------|------------------|
|---------------------------------|--------------------|------------------|

Seguido a esto, se plantearon los diseños metodológicos que se operacionalizaron en la intervención clínica del estudio de caso múltiple, los cuales fueron construidos con el propósito de dar cuenta de la recursión entre la flecha del tiempo y el anillo autorreflexivo comprendido desde el tiempo complejo simbolizado por medio de la metáfora del reloj de arena, siendo el principio transversal en la presente investigación - intervención. Por tanto, se crean escenarios conversacionales compuestos por escenas que responden a objetivos específicos, preguntas orientadoras, hipótesis y actores participantes; para ello, fue relevante incluir diferentes niveles de metaobservación generando procesos de retroalimentación entre los diferentes sistemas involucrados.

Escenario 1. “El pasado como presente y futuro”. El objetivo del primer escenario fue realizar la presentación del interés investigativo-interventivo, la contextualización de los actores que participan en el proceso y el encuadre de reglas y acuerdos en torno a los encuentros posteriores, el tiempo estimado para su desarrollo fue de una hora. Este está conformado por cuatro escenas que se describen en la Tabla 10 y se grafican en la figura 5.

TABLA 10*Escenario 1*

| | Escena 1 | Escena 2 | Escena 3 | Escena 4 |
|-----------------|---|--|--|--|
| Objetivo | Socializar la presentación de la investigación y de los actores participantes. Reconocer las expectativas existentes frente al proceso. | Encuadrar el contexto de ayuda con el sistema consultante según pertinencia (consultoría o psicoterapia) | Realizar acercamientos a la experiencia narrativa de la enfermedad | Llevar a cabo un equipo reflexivo entre el metaobservador y el terapeuta, en el que se plasman las principales resonancias según los objetivos planteados |
| Focos | - Fenómeno de estudio. - Propuesta de escenarios. - Expectativas. | - Reglas y acuerdos del proceso. | - Experiencia narrativa de enfermedad. - Red relacional. | - Contextualización de la investigación - intervención. - Reglas y acuerdos del proceso. - Experiencia narrativa de enfermedad. - Red relacional. |

| | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|
| Estrategias | Escenario conversacional Meta-observación | Lectura consentimient o informado Meta-observación | Genograma Escenario conversaciona l Meta-observación | Escenario conversacional reflexivo |
| Preguntas orientadoras | ¿Cómo dar a conocer el fenómeno de estudio de manera clara, entendiend la construcción subjetiva de los marcos de referencia de los sistemas participantes? ¿Cuáles son las comprensiones que se generan a partir de la presentación de la investigación - intervención? | ¿Cómo se co- construye el proceso de encuadre con el sistema consultante? ¿Cómo define el terapeuta el contexto de consultoría o psicoterapia a la luz de las expectativas y acuerdos? | ¿Cómo los investigadores - interventores logran acercarse a la configuración narrativa de la experiencia de enfermedad? ¿Cómo se ha constituido la red relacional del sistema consultante? ¿Cómo han significado la enfermedad renal crónica? | ¿Cómo el terapeuta y el metaobservador interrelacionan comprensiones suscitadas desde sus diferentes roles a fin de co-construir hipótesis interpretativas a la luz de los focos descritos? |
| Guion conversaciona l | Contextualizació n del fenómeno de estudio, encuadre y acuerdos, reconocimiento de expectativas. | Lectura de consentimient o informado y co- construcción del contexto según acuerdos | Co- construcción del genograma, preguntas circulares y cierre de la sesión | Equipo reflexivo |

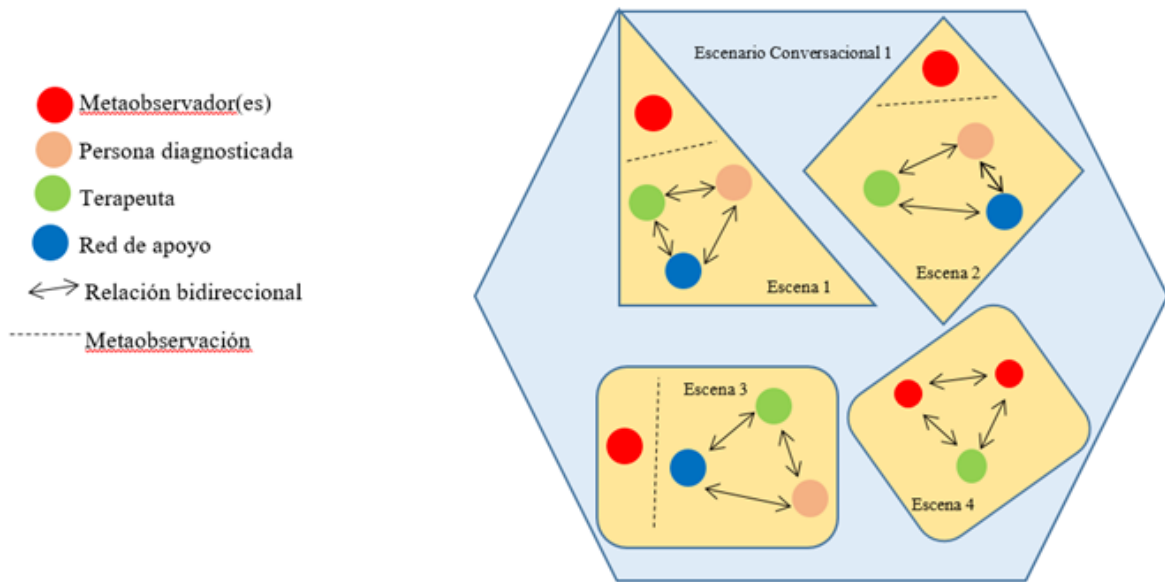


FIGURA 5. ESCENARIO CONVERSACIONAL 1

Escenario 2. “El presente como pasado y futuro”. El objetivo del segundo escenario fue comprender la configuración narrativa de la experiencia construida por los actores que participan en la enfermedad renal crónica, a partir de la externalización del problema, reconocimiento de recursos y estrategias de afrontamiento y visibilización de procesos de autoorganización individual y relacional, el tiempo estimado para su ejecución fue de una hora. Este está conformado por cuatro escenas que se exponen en la figura 6 y se describen en la Tabla 11, a su vez, se grafica en la figura 7 la organización de los participantes.



FIGURA 6. ESCENAS QUE COMPONEN ESCENARIO 2

TABLA 11

ESCENARIO 2

| Escena 1 | Escena 2 | Escena 3 | Escena 4 |
|----------|----------|----------|----------|
|----------|----------|----------|----------|

| | | | | |
|--------------------|---|---|---|--|
| Objetivo | Comprender la experiencia narrativa del sistema consultante frente a la enfermedad desde la recursividad del tiempo | Externalizar la experiencia narrativa de enfermedad por medio de la cartografía social | Generar reflexiones circulares entre los investigadores - interventores frente a las compresiones que emergieron durante las escenas uno y dos | Realizar un equipo reflexivo en el que se dialoguen las comprensiones de los investigadores - interventores, favoreciendo reflexiones y transformaciones en los actores participantes. |
| Focos | Configuración de la experiencia narrativa de enfermedad. | Visualización de recursos, estrategias de afrontamiento y procesos de autoorganización de los sistemas. Procesos cognitivos y emocionales frente a la realidad somática de la enfermedad | Configuración de la experiencia narrativa de enfermedad. Procesos de autonomía relacional. Mundos posibles. Prospectiva vital. | Recursiones entre los ejes temáticos. |
| Estrategias | Escenario conversacional Meta-observación | Cartografía social Meta-observación | Inter-sesión | Equipo reflexivo Meta-observación |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|---|--|
| Preguntas orientadoras | ¿Cómo los actores han configurado la experiencia de enfermedad a partir de la recursividad del tiempo? ¿Cuáles son los discursos que se han tejido alrededor de la experiencia? ¿Cuáles marcos de referencia y sistemas de creencias atraviesan los discursos? | los han configurado la experiencia de enfermedad a partir de la recursividad del tiempo? ¿Cuáles son los discursos que se han tejido alrededor de la experiencia? ¿Cuáles marcos de referencia y sistemas de creencias atraviesan los discursos? | ¿Cómo la cartografía social permite externalizar a experiencias narrativas de enfermedad al reconocimiento de recursos, estrategias y procesos de autoorganización de los sistemas? ¿Cómo materializar a través de la estrategia los procesos cognitivos y emocionales frente a la realidad somática de la enfermedad? | la social dan cuenta recursivamente de las categorías de análisis a partir de las hipótesis explicativas del fenómeno de estudio y las comprensiones de los actores participantes? ¿Cómo visibilizar las comprensiones para favorecer procesos de cambio? | ¿Cómo los investigadores - reflexiones en los actores participantes del escenario teniendo en cuenta sus marcos de referencia y la interconexión de subjetividades? ¿Cuáles son los efectos que se generan en los actores participantes durante el equipo reflexivo? |
|-------------------------------|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|---|
| Guion conversacional | Los consultantes, Y el terapeuta reconocen la experiencia subjetiva frente al diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad. | Cada uno de los integrantes del sistema consultante, socializa las comprensiones y reflexiones emergentes en relación a la construcción de la cartografía. | En un espacio alterno, al psicoterapia, se reúnen los investigadores-interventores con el fin de conversar acerca de las comprensiones de cada uno y llegar a acuerdos para el equipo reflexivo. | Dos de los investigadores - interventores dialogan frente al grupo de actores que observa sin participar del proceso conversacional El tercer investigador - interventor asume rol de meta observador. Despedida. |
|-----------------------------|---|--|--|---|

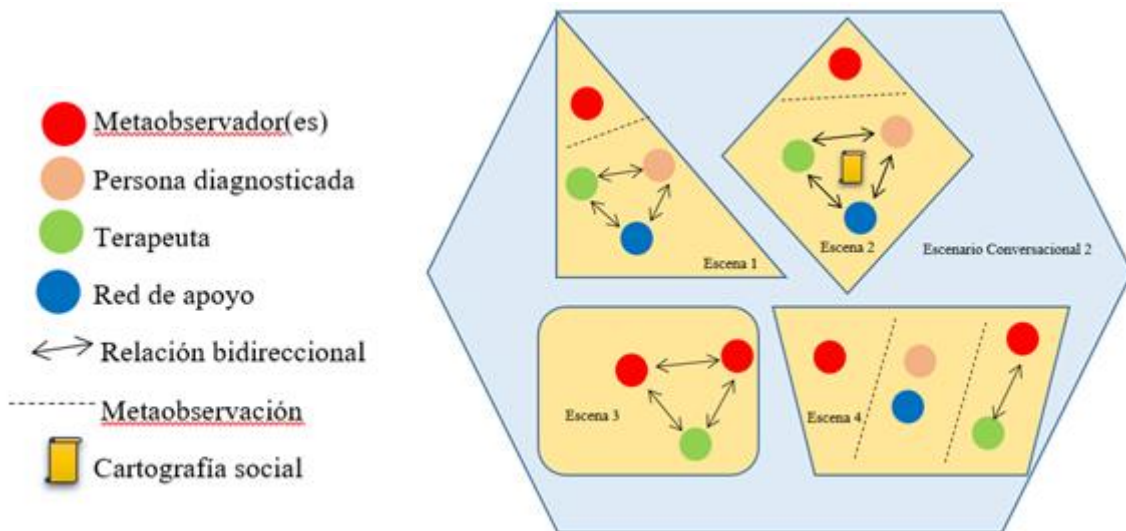


FIGURA 7. ESCENARIO CONVERSACIONAL 2

Escenario 3. “El futuro como pasado y presente”. El objetivo del tercer escenario fue promover la reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad en los actores que participan del contexto frente a los procesos de autonomías relacionales y prospectivas vitales posibilitadoras de mundos contrafácticos, el tiempo estimado para su desarrollo fue de una hora. Este está conformado por tres escenas que se explican en la Tabla 12 y se grafican en la figura 8.

TABLA 12

Escenario 3

| Escena 1 | Escena 2 | Escena 3 |
|----------|----------|----------|
|----------|----------|----------|

| | | | |
|--------------------|--|--|---|
| Objetivo | Retomar las comprensiones de los actores a partir del equipo reflexivo realizado por los investigadores - interventores durante la escena cuatro del segundo escenario conversacional. | Co-construir una galería fotográfica que invite a la visibilización de mundos posibles y a la externalización de experiencias tanto dolorosas como gratificantes que permitan el reconocimiento de los recursos individuales y relaciones del sistema. | Visibilizar y reconocer los mundos posibles que pueden configurarse en torno a la experiencia de enfermedad por medio del proceso narrativo conversacional entre posturas y marcos de referencia distintos, de manera que se logren co-construir prospectivas vitales y autonomías relacionales diversas. |
| Focos | <ul style="list-style-type: none"> - Autonomías relacionales. - Prospectivas vitales. - Mundos posibles. - Recursividad del tiempo. | <ul style="list-style-type: none"> - Prospectivas vitales. - Mundos posibles. - Recursividad del tiempo. | <ul style="list-style-type: none"> - Prospectivas vitales. - Mundos posibles. - Recursividad del tiempo. |
| Estrategias | Escenario conversacional. Meta-observación. | Co-construcción de la galería fotográfica. Meta-observación. | Equipo reflexivo llevado a cabo por los metaobservadores con base a la galería fotográfica construida. Metaobservación. |

| | | | |
|-------------------------------|--|---|---|
| Preguntas orientadoras | <p>¿Cómo los actores empiezan a reconfigurar la experiencia de enfermedad en relación al reconocimiento de los ejes temáticos planteados en el equipo reflexivo?</p> | <p>¿Cómo la construcción de la galería fotográfica permite visibilizar los procesos de autonomías relacionales, prospectivas vitales y los mundos posibles de los actores que participan en la experiencia narrativa de enfermedad? ¿Cómo a partir de la estrategia se puede conversar desde diferentes marcos de referencia que permitan reconfigurar la experiencia de enfermedad y reconocer la polifonía de voces que se co-construyen en un mismo espacio?</p> | <p>¿Cómo a partir de las posibilidades reconocidas por los actores, se pueden crear prospectivas vitales y mundos posibles? ¿Cómo desde la imaginación y la creatividad podemos co-construir mundos posibles y reales? ¿Con qué recursos cuentan los participantes para esta co-construcción? ¿Qué narrativas emergentes podrían orientar la creación de mundos posibles?</p> |
|-------------------------------|--|---|---|

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Guion conversacional | <p>El sistema consultante reflexiona sobre las comprensiones construidas por los investigadores - interventores ante el diálogo recursivo entre los ejes temáticos.</p> | <p>A partir de la galería fotográfica, se conversa en relación a la experiencia narrativa de enfermedad, los significados que han construido alrededor y los procesos generativos que han vivido.</p> | <p>Se invita a los actores a generar reflexiones a partir de la galería fotográfica construida, promoviendo la reconfiguración de la experiencia narrativa y la construcción de prospectivas vitales teniendo en cuenta el estado de salud de la persona.</p> |
|-----------------------------|---|---|---|

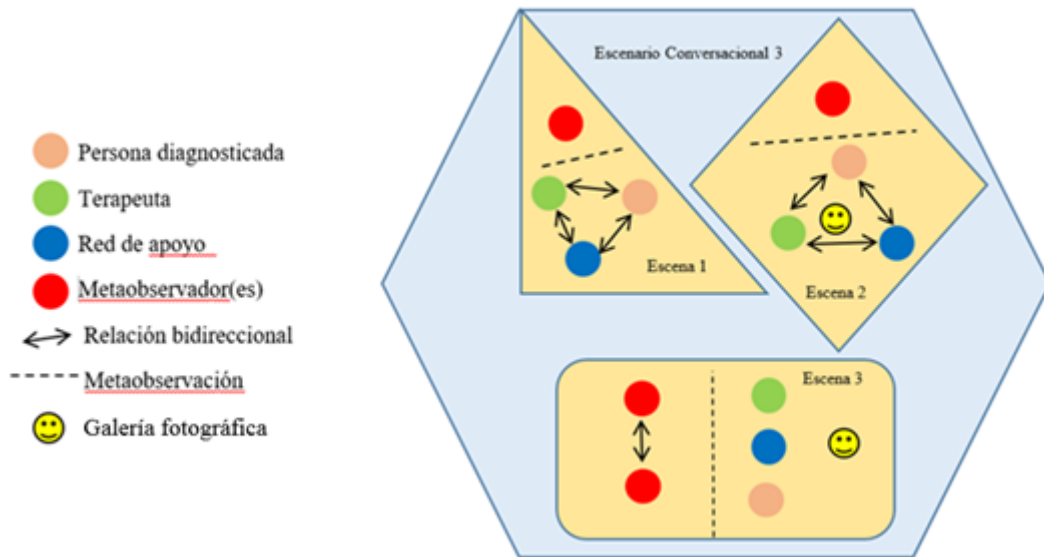


FIGURA 8. ESCENARIO CONVERSACIONAL 3

Escenario 4. “La Metáfora del reloj de arena”. El objetivo del cuarto escenario fue retomar las experiencias vividas durante las estrategias empleadas y construidas por el sistema consultante con anterioridad, con el fin de conversar acerca de los aprendizajes significativos y las reflexiones que surgieron a partir de la vivencia de cada actor. Adicionalmente, dialogar a partir de la metáfora del reloj de arena configurada por los investigadores – interventores, el tiempo estimado para su ejecución fue de una hora. Lo anterior se encuentra diseñado en cuatro escenas descritas en la Tabla 13 y visualizadas en la gráfica 9.

TABLA 13

Escenario 4

| Escena 1 | Escena 2 | Escena 3 | Escena 4 |
|----------|----------|----------|----------|
|----------|----------|----------|----------|

| | | | | |
|--------------------|---|---|--|---|
| Objetivo | <p>Visibilizar las emergencias narrativas del sistema consultante que promueven los procesos de cambio, la reconfiguración de la experiencia de enfermedad y la construcción de mundos posibles, prospectivas vitales y autonomías relacionales</p> | <p>Co-construir autonomías relacionales y prospectivas vitales, reconfigurando de esta manera la experiencia narrativa de enfermedad por medio de la metáfora del reloj de arena.</p> | <p>Crear experiencialmente el juego recursivo de la multitemporalidad a partir de roles asignados al terapeuta y metaobservadores (pasado, presente y futuro).</p> | <p>Elaborar un mural en el que se reflejen las principales emergencias del sistema consultante.</p> |
| Focos | <p>Autonomías relacionales Prospectivas vitales. Mundos posibles. Recursividad del tiempo.</p> | <p>Autonomías relacionales Prospectivas vitales. Mundos posibles. Recursividad del tiempo.</p> | <p>Autonomías relacionales Prospectivas vitales. Mundos posibles. Recursividad del tiempo.</p> | <p>Autonomías relacionales Prospectivas vitales. Mundos posibles. Recursividad del tiempo.</p> |
| Estrategias | <p>Escenario conversacional. Meta-observación</p> | <p>Proceso narrativo conversacional Co-construcción de la metáfora del reloj de arena.</p> | <p>Juego de roles</p> | <p>Mural</p> |

| | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|
| Preguntas orientadoras | <p>¿Cuáles son las narrativas emergentes que surgen luego de la participación en los escenarios anteriores? ¿Se movilizaron las narrativas de los participantes y de los investigadores - interventores? ¿Cuáles? ¿Fue posible la emergencia de novedades creativas y el uso de la imaginación en los participantes?</p> | <p>¿Cómo a partir de las posibilidades reconocidas por los actores, se pueden crear mundos posibles, prospectivas vitales y autonomías relacionales? ¿Cómo la metáfora del reloj de arena se co-construye entre todos los actores y surgen nuevas posibilidades para comprenderla tanto en lo particular como en lo colectivo?</p> | <p>¿Cómo visibilizar narrativas que al parecer permanecen silenciadas? ¿Cómo posibilitar resonancias emocionales a partir de la co-construcción de nuevos significados en relación a la recursividad del tiempo? ¿Cómo favorecer mundos posibles desde diálogos generativos de la experiencia?</p> | <p>¿Cuáles son las emergencias narrativas que dan cuenta de discursos novedosos de la experiencia?</p> |
|-------------------------------|--|--|--|--|

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|---|
| <p>Guion conversacional I</p> | <p>Los actores conversan sobre las reflexiones que emergieron durante los escenarios anteriores, permitiendo la visibilización de relatos alternos y el reconocimiento de procesos emocionales que se movilizaron en el tejido social del sistema consultante</p> | <p>Se invita a los actores participantes a que construyan su propia versión de la metáfora del reloj de arena de acuerdo a las reflexiones generadas durante los escenarios y escenas anteriores. Así mismo, se invita a la co-construcción colectiva de la misma.</p> | <p>Cada uno de los investigadores - interventores asume un rol específico frente a los tiempos (pasado, presente y futuro) a fin de generar conversaciones reflexivas, circulares, auto y heterorreferenciales</p> | <p>A través de un mural el sistema consultante plasma sus principales resonancias en relación a la co-construcción de la reconfiguración narrativa de la enfermedad</p> |
|--------------------------------------|---|--|--|---|

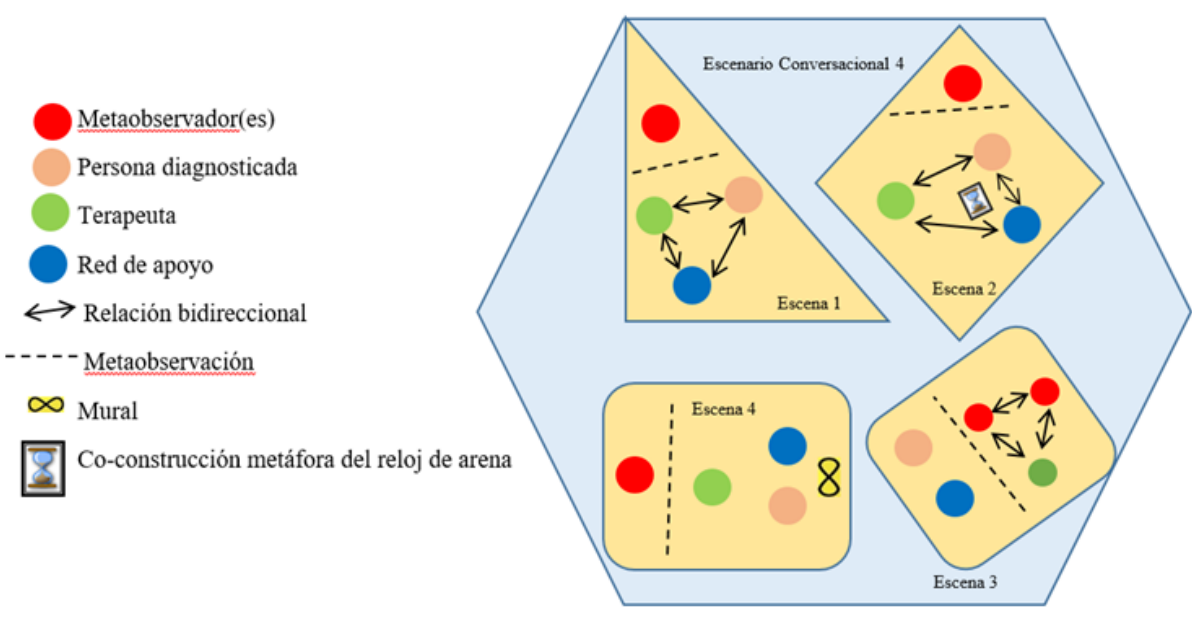


FIGURA 9. ESCENARIO CONVERSACIONAL 4

Escenario 5. “Recursividad del tiempo contextual y colectiva”. El escenario 5 estuvo orientado a co-construir un cierre simbólico con los sistemas consultantes que participaron del estudio de caso múltiple a la luz de la devolución de resultados, en el cual se realizaron comprensiones reflexivas en torno a la reconfiguración de la experiencia narrativa de enfermedad desde la visibilización de autonomías relacionales y prospectivas vitales que se encuentran favorecidas por la recursividad de las esferas temporales, el tiempo estimado para su desarrollo fue de dos horas. Este escenario es descrito y graficado en la tabla 14 y figura 10.

TABLA 14*Escenario 5*

| | Escena 1 | Escena 2 |
|--------------------|---|---|
| Objetivo | Dar a conocer los resultados de los escenarios de investigación - intervención a los sistemas consultantes desde puntuaciones comprensivas e interpretativas del fenómeno de estudio. | Llevar a cabo un cierre simbólico por medio de la entrega de un reloj de arena por parte de los investigadores - interventores que dé cuenta de la experiencia narrada y vivida durante la trazabilidad del proceso de consultoría. |
| Focos | <ul style="list-style-type: none"> - Configuración y reconfiguración de la experiencia narrativa de enfermedad. - Autonomías relacionales. - Prospectivas vitales. - Mundos posibles. - Recursividad del tiempo. | <ul style="list-style-type: none"> - Configuración y reconfiguración de la experiencia narrativa de enfermedad. - Autonomías relacionales. - Prospectivas vitales. - Mundos posibles. - Recursividad del tiempo. |
| Estrategias | Proceso narrativo conversacional | Cierre simbólico. Entrega de reloj de arena. Devolución de resultados. |

Preguntas orientadoras ¿Qué comprensiones creativas e innovadoras dan cuenta de los objetivos generales y específicos planteados en la presente investigación-intervención teniendo en cuenta las estrategias implementadas para tal fin? ¿Qué aprendizajes y movilizaciones emergentes se co-crearon a la luz de las categorías de análisis? ¿Cómo articular la polifonía de voces que posibilitaron la reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad desde el reconocimiento de autonomías relaciones, prospectivas vitales y mundos posibles?

Guion conversacional Los investigadores - interventores dialogan reflexivamente sobre los resultados obtenidos a partir de los escenarios conversacionales con el sistema consultante, visibilizando comprensiones e interpretaciones del fenómeno de estudio desde una perspectiva de aprendizaje e innovación. Los investigadores - interventores entregan de manera simbólica el reloj de arena con el fin de realizar el cierre al proceso, posteriormente se recogen impresiones generales de los actores participantes del escenario. Al finalizar se realiza la devolución de los resultados.

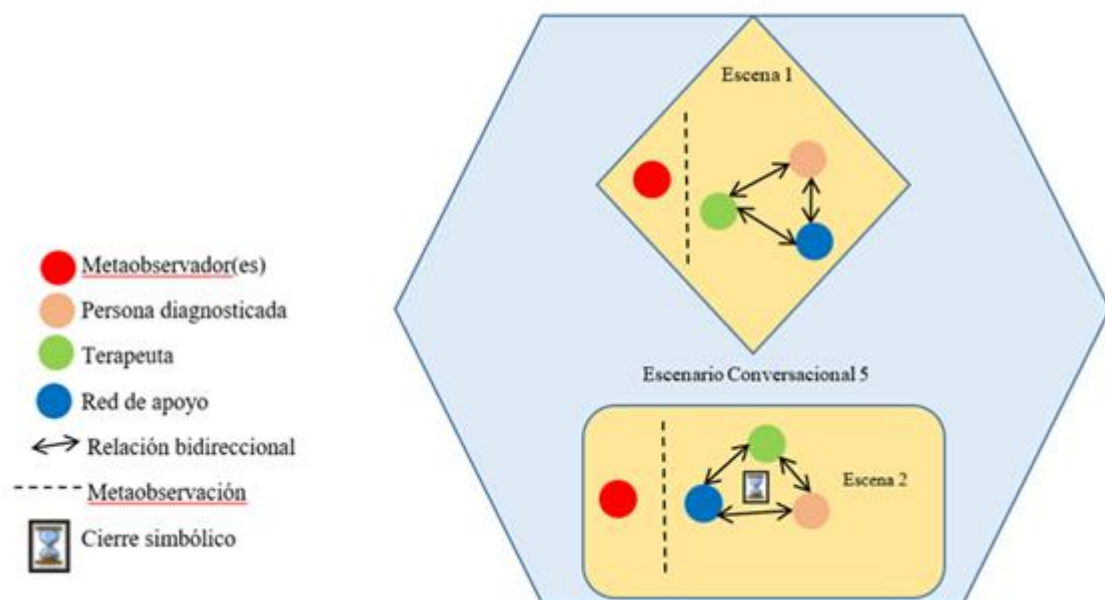


FIGURA 10. ESCENARIO CONVERSACIONAL 5

Metaobservación (guion general para el desarrollo de los escenarios). A continuación, se presenta el instrumento guía utilizado para el desarrollo de la metaobservación en los escenarios conversacionales:

TABLA 15*Guion metaobservacional*

| | |
|--------------------|--|
| OBJETIVOS | <p>Comprender la configuración de la experiencia narrativa de los actores (persona diagnosticada, red de apoyo e investigadores - interventores) que participan en la enfermedad renal crónica, reconociendo los discursos privilegiados del contexto.</p> <p>Promover procesos de autonomía relacional, mundos posibles y perspectivas vitales por medio de la recursividad del tiempo.</p> |
| FOCOS | <p>Prospectiva vital – Autonomía Relacional – Relatos alternos/Memoria – Recursividad del tiempo – Mundos posibles – Experiencia – Procesos abductivos – Historia – Circularidad – Reflexividad – Autorreferencia - Cambio - Discursos privilegiados.</p> |
| ESTRATEGIAS | <p>Escenario narrativo conversacional</p> <p>Cartografía social.</p> <p>Galería fotográfica</p> <p>Metáfora del reloj de arena.</p> <p>Equipo reflexivo</p> <p>Guion de meta observacional.</p> <p>Cierre simbólico.</p> |

| | |
|--------------------|--|
| PREGUNTAS | ¿Cómo el investigador-interventor genera el contexto en el escenario? |
| ORIENTADOR | ¿Cuál es el efecto que se genera en los procesos narrativos y relacionales? ¿Qué formas de relaciones y disposiciones emocionales emergen en el proceso conversacional? ¿Cómo se configuran y reconfiguran hipótesis explicativas durante la conversación y cuál es el efecto que se genera en los participantes? ¿Cuáles son aquellos relatos del pasado que configuran la experiencia de enfermedad en el presente y construyen la prospectiva vital de cada participante? ¿Cómo han significado el concepto de autonomía durante la experiencia de enfermedad y cómo por medio del proceso conversacional se reconfigura? ¿Surgen relatos emergentes a partir de la articulación narrativa en la polifonía de voces? ¿Cómo se configuran las relaciones entre la externalización del problema propuesto por White y la estrategia de cartografía social? ¿De qué manera el investigador - interventor facilita la acción creativa en el escenario? ¿Cómo se relacionan los participantes con la producción creativa que emerge en la construcción colectiva y proceso narrativo? ¿Cómo el investigador - interventor en el escenario conversacional realiza recursiones entre el pasado, presente y futuro? ¿Cómo los investigadores-interventores facilitan la emergencia de perspectivas vitales y mundos posibles? ¿Cómo los participantes reciben la socialización de la metáfora del reloj de arena en la conversación? ¿Cómo se construyen relatos emergentes y polisemias a partir de esta metáfora? ¿Qué otras comprensiones de la metáfora se generan a partir de la conversación, la postura y experiencias de los actores? ¿Cómo trascender comprensiones de la autonomía lineal hacia resignificaciones relacionales? ¿Cómo se ha configurado y reconfigurado la autonomía relacional en los sistemas involucrados a partir de sus experiencias vividas y narradas? |
| AS DE LOS | |
| INVESTIGADO | |
| RES - | |
| INTERVENTO | |
| RES | |

Neodiseños. Los escenarios conversacionales se diseñaron desde los principios éticos, estéticos y pragmáticos, de tal manera que respondieran a los objetivos planteados en conjunto con los consultantes, así como al ritmo, tiempos y momentos de la relación terapéutica. Por tanto, el proceso orientó a los investigadores - interventores a replantear algunas estrategias interventivas con el fin de acompañar las necesidades particulares de los sistemas desde lógicas abductivas que permitieran la conexión recursiva entre disposiciones cognitivas y emocionales.

De esta manera, el chequeo continuo, la metaobservación y las conversaciones post-sesión del equipo decidieron realizar los ajustes para la construcción del cambio, siendo algunos de estos: prescripciones a los consultantes, coterapia, pertinencia de equipo reflexivo en frente del sistema, galería fotográfica y estrategias de externalización de emociones por medio del dibujo.

Organización de la información para análisis e interpretación

Posterior al desarrollo de los escenarios conversacionales (en total 13), se describe la forma en que fue organizada y sistematizada la información obtenida para su posterior análisis e interpretación, por medio de matrices cualitativas (ejemplo presentado en la figura 11) (Apéndices I, J, K y L).

| | Numero de escenario: | TERCERO | | | |
|---------------------------|------------------------------|---|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| | Nombre del escenario: | EL FUTURO COMO PASADO Y PRESENTE | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| No de intervención | Transcripción literal | Conceptos metodológicos macroproyecto Historias y Narrativas en diversidad de sistemas humanos | Conceptos metodológicos investigación - intervención | Procesos autorreferenciales | Procesos heterorreferenciales |
| | | HISTORIAS | PROSPECTIVA VITAL | | |
| | | MEMORIAS Y RELATOS ALTERNOS | AUTONOMÍA RELACIONAL | | |
| | | EXPERIENCIA NARRATIVA | MUNDOS POSIBLES | | |

FIGURA 11. MATRIZ DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta lo anterior, se lleva a cabo triangulaciones entre los conceptos del macro proyecto *Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos* de acuerdo a: historias, experiencia narrativa, memorias y relatos alternos, y las categorías de análisis correspondientes a autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles desde explicaciones e interpretaciones heterorreferenciales y autorreferenciales por parte de los investigadores - interventores.

En ese orden de ideas, el procedimiento llevado a cabo para la organización y análisis de la información, fue el siguiente:

1. Transcripción de los escenarios conversacionales (Apéndice H).
2. Codificación de las intervenciones realizadas por los actores con el fin de dar cuenta del principio de confidencialidad: Número de intervención, escenario, código para cada caso y participante. Ejemplo de ello: Intervenciones 30-32. Escenario 3. Caso 1 - CN.
3. Análisis de la información a partir de las siguientes triangulaciones desde dominios comprensivos y explicativos inmersos en los procesos auto y heterorreferenciales:
 - Autonomía relacional: Historias - Experiencia Narrativa - Memorias y Relatos alternos.
 - Prospectiva vital: Historias - Experiencia Narrativa - Memorias y Relatos alternos.
 - Mundos posibles: Historias - Experiencia Narrativa - Memorias y Relatos alternos.

4. Identificación de la categoría de análisis emergente relacionada con la configuración identitaria, la cual fue descrita a la luz de versiones oficiales y alternas que incluyen comprensiones del sí mismo desde niveles individuales y colectivos.
5. Análisis de los relatos articulados con los referentes teóricos revisados para la comprensión del fenómeno de estudio y los procesos de cambio. Adicionalmente, se reconocieron las concurrencias, complementariedades y antagonismos de los mismos, en relación a los resultados del ejercicio narrativo conversacional con los actores participantes.

RESULTADOS

El presente apartado tiene el propósito de exponer los resultados obtenidos tanto en el desarrollo del proceso de consultoría inicial como en el estudio de caso múltiple a partir del problema de investigación - intervención cuyo objetivo se centró en la configuración y reconfiguración narrativa de la experiencia de enfermedad renal crónica en personas con este diagnóstico y sus redes de apoyo desde la visibilización de mundos posibles, prospectivas vitales y autonomías relacionales bajo el eje transversal de la recursividad del tiempo.

En un primer momento, el lector encuentra la información sobre el proceso de consultoría inicial, en el que se exponen las comprensiones generales del caso a la luz del fenómeno de estudio en relación con la construcción previa de hipótesis desde una postura de curiosidad para realizar acercamientos a la realidad de los participantes que viven y narran la experiencia de enfermedad. En un segundo momento, se presenta el estudio de caso múltiple con respecto a la triangulación entre las categorías de análisis y los conceptos del macro proyecto *Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos*

(historias, experiencia narrativa, memorias y relatos alternos) en un principio desde un orden heterorreferencial y posteriormente se articulan autorreferencialmente.

Proceso de consultoría inicial

En el proceso de consultoría participó un sistema familiar conformado por L (persona diagnosticada con enfermedad renal crónica), S (principal red de apoyo), madre e hija respectivamente y los investigadores - interventores, quienes asumieron diferentes roles (terapeuta, coterapeuta y metaobservador); los objetivos co-construidos fueron:

1. Fortalecer el acople y competencias de los investigadores - interventores en la ejecución de los escenarios.
2. Realizar acercamientos a la experiencia de enfermedad a partir del discurso de una familia que vive y narra el evento de insuficiencia renal crónica, generando un proceso reflexivo a la luz de las categorías de la investigación - intervención.

A partir de esto, emergen las siguientes comprensiones:

Autonomía relacional. El sistema consultante ha configurado polaridades semánticas de vida versus muerte a partir de las cuales se ha construido la experiencia narrativa de enfermedad, por tanto, los relatos de L y S han estado permeados por legados transgeneracionales de la familia de origen por línea materna, relacionados con la autosuficiencia como sinónimo de vitalidad, de manera que el cuidado integral de la misma ha orientado a la diada a la paradoja dependencia versus autonomía.

Frente a los antecedentes familiares, L y S han puntuado situaciones conflictivas en torno a procesos de abandono tanto a nivel conyugal como parental ligados a resonancias emocionales referentes a la soledad, que posiblemente conllevaron al sistema a dinamizar relaciones distantes que nuevamente reforzaron el ciclo de aislamiento asociado a la autosuficiencia y autonomía frente a la resolución de dilemas humanos, dando lugar a relatos

que deslegitiman la búsqueda de ayuda a fin de restablecer la sobrecarga de demandas por parte de cada uno de sus integrantes frente a la elaboración del perdón y duelos no resueltos que, a su vez, no han sido resignificados.

Como discursos emergentes, se visibiliza que el sistema consultante ha logrado asumir posturas de corresponsabilidad desde una ética del cuidado de sí mismo y del otro, que ha posibilitado aperturas legítimas de las resonancias emocionales de cada miembro de la familia, en el cual se reconocen los múltiples tiempos con los que opera el sistema, pues al parecer L según su experiencia narrativa se encuentra afrontando la etapa de cuidado integral de la enfermedad, mientras que S está transitando hacia la asimilación y aceptación del mundo posible que se vislumbra a la luz de las demandas novedosas que conlleva dicho diagnóstico.

Mundos posibles. La diada ha rigidizado pautas de relación para preservar la salud a través de prácticas de auto y hetero cuidado a nivel físico, específicamente para responder a las demandas propias del tratamiento de diálisis peritoneal, en el que la persona y su red de apoyo principal deben participar de un proceso de capacitación para ejecutar en la cotidianidad dichos cuidados. Ante lo anterior, se comprende que la experiencia narrativa de enfermedad ha ritualizado el accionar cotidiano del sistema consultante para dar alcance a los objetivos médicos planteados, lo que al parecer ha limitado su prospectiva vital en torno a la incertidumbre propia de las dinámicas humanas.

Por otra parte, el subsistema parental co-construyó la metáfora de la vida a partir del reencuentro con la naturaleza, la cual alimentó alternativas ante la posible forma de narrar la experiencia de enfermedad al emerger un acontecimiento extraordinario en torno a generar escenarios de esparcimiento aún con todas las prescripciones médicas que conlleva el tratamiento y el cuidado integral del mismo. Ante esto, L expresó que su hija organizó un viaje al Tayrona a fin de celebrar su cumpleaños, de manera que obtuvo la autorización por parte de los médicos bajo ritualizaciones de cuidado específico para continuar con la atención integral.

Prospectiva vital. Probablemente la historia familiar de este sistema se mantienen narrativas cristalizadas ante la ruptura de relaciones de manera inesperada que ha generado sentimientos de dolor y soledad que no han sido elaborados, por lo que es probable que al reconfigurar estas historias se pueda entretejer una narrativa que permita la coevolución del sistema, pues tal vez esto está limitando su posición en el aquí y en el ahora y, así mismo, en su prospectiva vital ante la incorporación del futuro.

Estudio de caso múltiple

Se desarrollaron 13 escenarios narrativo conversacionales de los cuales 12 se llevaron a cabo de manera individual (cuatro para cada caso) y el último como sesión conjunta (grupal) en el que participaron los tres consultantes; adicionalmente, el I y II caso se desarrollaron desde un nivel psicoterapéutico de forma individual (asistiendo la persona diagnosticada sin su red de apoyo) y el III como un proceso de consultoría contando con la participación de la esposa, madre e hija del consultante, lo cual respondió a una emergencia relacionada con la redefinición de lo configurado como problema y las necesidades de cambio y transformación de los sistemas. Como datos generales, se describen características sociodemográficas de los mismos:

Caso I - CN, mujer, 31 años de edad, vive con familia extensa (abuelos, mamá y hermanos) e hijo de cuatro años, cuenta con tratamiento de hemodiálisis hace cinco años, siendo diagnosticada en estadio 5. Actualmente es pensionada por invalidez. Su motivo de consulta fue “Yo estoy aquí porque hace cinco años tengo un diagnóstico de enfermedad renal crónica, asisto a hemodiálisis tres veces a la semana, en una jornada de cuatro horas por día. También me tiene muy triste que mi esposo se haya ido ya que era mi más grande apoyo”, a continuación, se encuentra el familiograma.

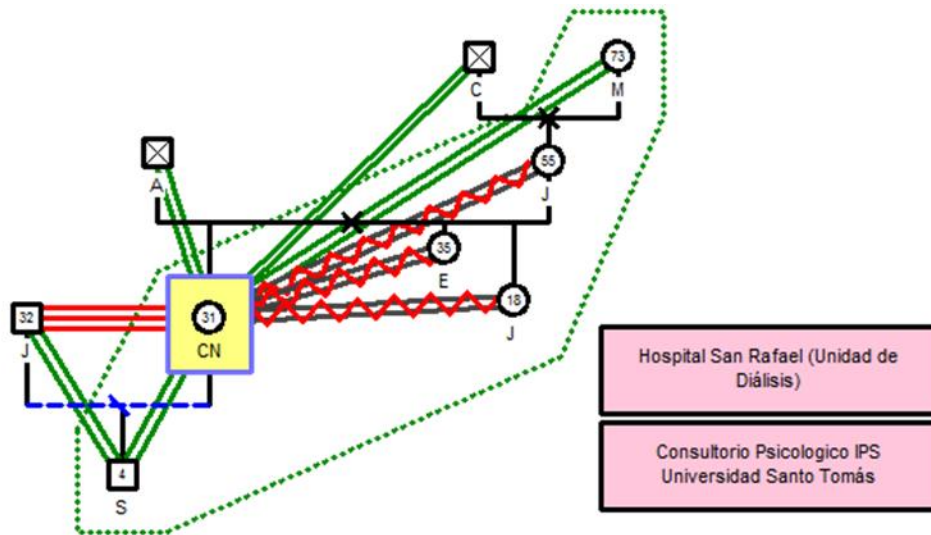


FIGURA 12. FAMILIOGRAMA CN

Caso II - CG, hombre de 53 años de edad, familia unipersonal y tratamiento de hemodiálisis hace un año, veterinario y actualmente es pensionado por invalidez, su sistema familiar extenso reside en Canadá, por lo que sus relaciones se han caracterizado por vínculos virtuales. Su motivo de consulta inicial fue “Yo estoy diagnosticado con enfermedad renal crónica desde hace un año y ha sido difícil para mí, precisamente porque me cambió la vida en muchos aspectos”; a continuación, se encuentra el familiograma.

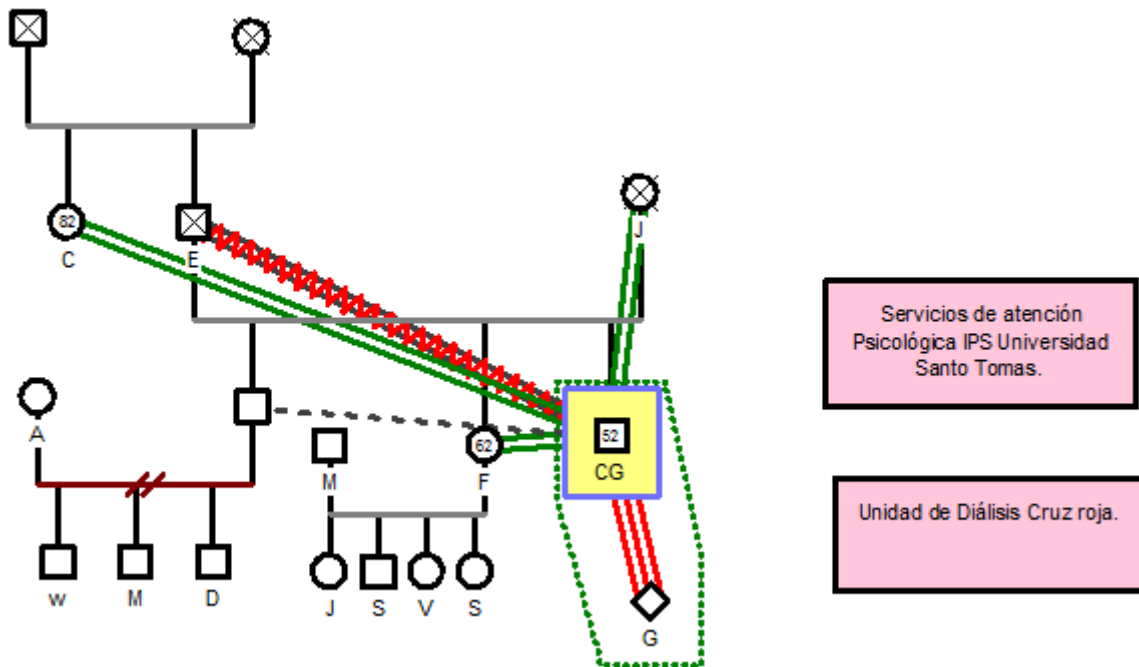


FIGURA 13. FAMILIOGRAMA CG

Caso III - CF, hombre de 52 años de edad, vive con familia extensa (mamá, esposa e hija) y se encuentra en tratamiento peritoneal manual, el cual debe realizarse cada cuatro horas en el domicilio; por esta razón, se realizó la atención psicológica en el hogar. En este proceso hizo parte la mamá (CM), esposa (CE) e hija (CJ). El motivo de consulta inicial fue por parte del consultante: “Yo nací sin un riñón y me empezó a fallar el que tengo desde hace 9 años y se me volvió crónico desde el año pasado y esto ha sido muy difícil para la familia, además mi papá murió y tuvimos que venir a vivir con mi mamá” y el de la esposa fue: “Yo acompañé a mi esposo porque yo también tuve cáncer y sé lo que se siente tener una enfermedad que te incapacita, además de todos estos cambios de venir a vivir acá”; a continuación se encuentra el familiograma.

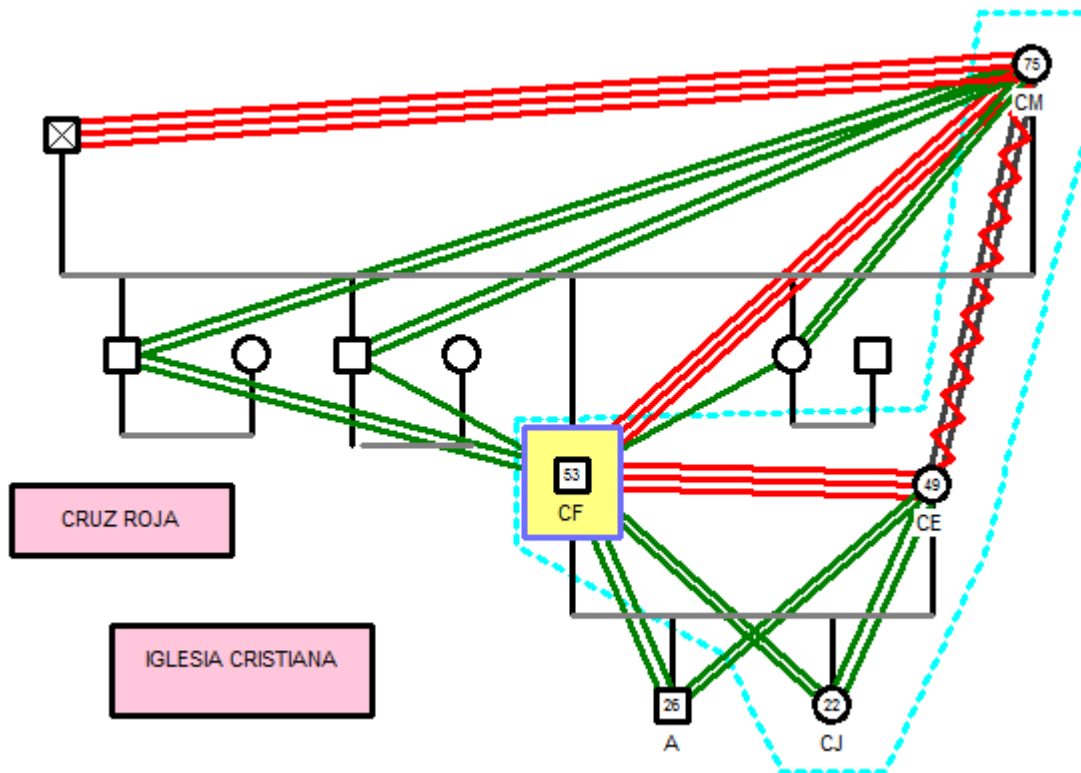


FIGURA 14. FAMILIOGRAMA CF Y CE

Por otra parte, la figura 15 ilustra la lógica organizativa de los resultados a partir de la recursividad entre las categorías de análisis según los casos atendidos, creando contexto según las dinámicas intersubjetivas de los sistemas terapéuticos.



FIGURA 15. RESULTADOS

De acuerdo a la figura 15, las hipótesis y los intereses de la investigación - intervención se encuentran orientados a comprender relatos prototípicos de los consultantes frente a su experiencia narrativa de enfermedad, a fin de favorecer emergencias para la actualización de sistemas de creencias y significados privilegiados; lo anterior conectado con el reconocimiento de redes de apoyo y sentidos de pertenencia que entretejen autonomías relacionales y aportan a la co-evolución del self, la legitimación de perspectivas vitales que dotan de sentido las acciones desde un marco contextual que invita al movimiento de las personas, y la visibilización de adyacentes posibles contruidos desde anticipaciones hipotéticas para alcanzar objetivos significativos para los actores participantes.

Autonomía Relacional

Historias. La presente categoría reconoce los discursos y significados dominantes construidos alrededor de las experiencias vividas y narradas, con el fin de comprender las maneras como se ha configurado la autonomía relacional por parte de los sistemas consultantes; en ese orden de ideas, a continuación se visibilizan los relatos que dotan de sentido a los actores participantes en la creación de dinámicas interaccionales que se tejen por medio del lenguaje y que al parecer se han rigidizado para afrontar situaciones puntuadas a partir de las crisis, dando cuenta de sus procesos de autoorganización.

Relación conyugal. CN configura inicialmente el motivo de consulta a partir de la ausencia de su esposo, ya que este por razones laborales tuvo que trasladarse a otro país, lo cual representó la pérdida de su principal red de apoyo en términos presenciales con respecto al afrontamiento del tratamiento de la enfermedad, siendo él quien asumía funciones de cuidador que incluían el acompañamiento, la supervisión de los compromisos médicos y la nutrición emocional, significando de esta manera a su pareja como la columna vertebral de su vida, es decir, el soporte del sistema familiar.

En ese sentido, al no estar presente, al parecer se generó una ruptura del vínculo que orientó a la consultante a posiciones estáticas y de quietud, como ocurre con el cuerpo humano cuando se lesiona la espina dorsal, es decir, se detiene y obstruye el movimiento o cualquier sensación propia de los sentidos. El siguiente relato corresponde a las intervenciones 176 - 184 del escenario 3 durante la construcción de la galería corporal, en la cual CN ubica a su esposo en su columna vertebral:

CN: Esa es mi familia, yo los pondría a ellos en mi columna vertebral, que es el que me da esa fuerza que es mi esposo.

T: ¿Y por qué en la columna vertebral?

CN: Porque yo a veces desfallezco mucho (...) Entonces él es que me dice, bueno mami ¿cómo va? ¿Cómo va la terapia? ¿Si está comiendo bien? entonces como que me da,

‘Dios mío me tengo que poner juiciosa con mi droga’, entonces ellos son los que me dicen (...) Eh... mi familia es mi todo.

En relación con lo anterior, tras la separación física, es posible que se haya configurado la polaridad semántica entre lo presencial y lo virtual en el sistema conyugal, por lo que posiblemente CN conecta su tranquilidad desde la cercanía corporal, estado que desdibuja la construcción de vínculos virtuales que mitigan la separación y, a su vez, permiten recursos como la unión y el apoyo más allá de las fronteras que los dividen. Así mismo, dicha separación ha dado lugar a sensaciones de incertidumbre y miedo por la disminución de estados vitales que antes promovía la emergencia de novedades adaptativas, tales como, responder oportunamente a sus cuidados integrales, mantener hábitos saludables y desarrollar procesos homeostáticos (equilibrio), situaciones que ahora es posible que se cristalicen por la ausencia.

T: ¡Ah! Ok... y ¿cómo te has sentido por la ausencia de tu esposo?

CN: ¡Sí, me ha dado un poquito duro! (...) Porque él ha sido la persona que me ha ayudado ante mi enfermedad, él siempre ha sido como el fuerte, él sí sabía qué era hacer una diálisis, cuando yo empecé mi terapia yo no tenía ni idea. (Intervenciones 39-42. Escenario 1. Caso 1)

Relación con familia extensa. Los sistemas de origen permean los discursos de los consultantes a partir de mandatos transgeneracionales, significados y pautas de relación que orientan posibles modos de interacción que podrían perpetuarse en el tiempo. En el caso de CN, se comprende que el contexto familiar al parecer se ha configurado desde mensajes doble vinculares que transitan entre la necesidad de solicitar ayuda a sus redes de apoyo y la no aceptación de la misma por discursos prototípicos de autosuficiencia que mitigan la sobrecarga de funciones relacionales, generando diversas confusiones frente a aperturas o clausuras ante el contacto con el otro que entrapa a la persona cristalizando sus puntos de fuga, es decir, son contradicciones que se desarrollan en la interacción de forma paradójica, dando lugar al cierre de salidas o alternativas que fragmentan los caminos hacia nuevas posibilidades.

Lo anterior se logra exponer en el posterior relato al reconocer que cuando la consultante describe que, pese al interés por la ayuda colectiva, existe saturación por las demandas individuales que dificulta la sincronización de expectativas y necesidades, dando lugar a paradojas emocionales y operativas dentro del sistema, y a las que ella responde desde el distanciamiento como estrategia de autocuidado:

CN: ... A pesar de que mi familia vive pendiente de mí y de mi hijo, sí se siente un poquito como el mal ambiente, digámoslo así, todo el mundo vive estresado, todo el mundo vive con el dolor de cabeza, entonces... o sea, digamos que en la casa yo no encontraría esa tranquilidad, de pronto en el espacio donde voy con mi hijo a dormir, en mi habitación, ya ese espacio es diferente porque ya estoy con mi hijo, entonces ya estamos en un ambiente diferente (...) cada uno tiene sus conflictos, entonces al estar en ese espacio uno como que se llena de todos los conflictos (Intervenciones 30-32. Escenario 3. Caso 1)

En ese orden de ideas, el distanciamiento posiblemente ha mantenido la expresión de sentimientos de fortaleza como una fachada que invisibiliza y deslegitima malestares asociados a experiencias de dolor y sufrimiento en los integrantes del sistema, puesto que esto requiere de acciones participativas y corresponsables para solventar, apoyar y co-crear estrategias de afrontamiento y solución, lo que al parecer prolonga posiciones de comodidad y quietud para

mitigar confrontaciones, discusiones y hostilidades que de igual manera comunica la no conciliación de expectativas para la reorganización familiar, esto a su vez aparentemente implica la priorización de las demandas propias del ciclo vital normativo por sobre las necesidades emergentes en los eventos no esperados como el acontecimiento de la enfermedad.

El caso anterior se relaciona con CF debido a que se reconocen sistemas de creencias asociados a posturas de fortaleza propias de las funciones parentales, en el que los padres asumen posiciones de solidez y dureza para emprender acciones ejemplarizantes para sus hijos frente al posible modo de afrontar situaciones puntuadas como problemáticas, por lo que al parecer se invisibilizan las resonancias emocionales inherentes al ser humano, específicamente aquellas que denotan tristeza, rabia, dolor, angustia y frustración, significándolas como gestos de fragilidad.

Lo descrito previamente, se conecta con los roles de género asignados y esperados histórico y culturalmente en el sistema de CF; en este sentido, el hombre responde a expectativas correspondientes a ser el proveedor económico del hogar y adjudicar funciones de vitalidad, vigorosidad, resistencia y valentía, aspecto que se transgrede ante el acontecimiento de enfermedad, ya que emergen nuevos retos ligados al cuidado integral de la salud que exige menor actividad en el ámbito laboral, aspecto que se profundiza en la categoría de prospectiva vital. Lo anterior es posible reconocerlo en el siguiente apartado:

T: Ok, pero, de todas maneras, ahorita que hablábamos, incluso de esta experiencia de hoy, de ir a recoger tus cosas al trabajo ¿Cómo tú, digamos, te permites sentir esto?

CF: Pues, porque uno realmente sabe que por más que uno quisiera hacerlo, eh, no puede, es como luchar contra la corriente, como decir uno “yo quiero volver a trabajar, pero médicamente no se puede” y uno no lo puede hacer porque las condiciones no se lo van a permitir.

T: Sí, pero ¿cómo te permites tú sentir la tristeza, digamos, el dolor?

CF: No sé, debe ser que soy masoquista, que aguanto el dolor, y aguanto lo que venga (...) me siento inestable económicamente, me preocupa más porque eso sí me preocupa, la estabilidad económica, eso sí me tiene bastante preocupado, eh, porque eso sí es algo

que realmente que uno tiene marcado un futuro, un horizonte que por una enfermedad no puede (tono de voz bajo) ... Entonces eso sí me preocupa y hartó... (silencio) Eso es (llorando) (Intervenciones 36-60. Escenario 4. Caso 3).

Experiencias de soledad, muerte y sufrimiento. Los sistemas consultantes han vivenciado eventos de fallecimiento de personas significativas que han marcado un hito importante en la historia familiar, los cuales se interconectan con estados de soledad, tristeza y dolor; dichas situaciones posiblemente se han perpetuado en el tiempo y al parecer han clausurado nuevas formas de significar la muerte.

En la trayectoria vital de la adolescencia de CG se presentó la muerte inesperada de su madre, acontecimiento que tal vez privilegió estados de soledad como una estrategia de protección ante futuros abandonos, y a su vez, al parecer clausuró anclajes de pertenencia familiar para renovar interacciones desde la afectividad tanto parental como fraternal; en ese orden de ideas, la soledad en mención es puntuada como una decisión vital que ha otorgado sentido a su vida. Complementando lo anterior, se comprende que antes del suceso existía el legado familiar correspondiente a la unión y el apoyo entre sus integrantes desde vínculos fuertes y sólidos, y posterior a ello, este mandato pierde vigencia y se quiebra por la ausencia de su principal referente emocional.

Adicionalmente, se reconoce que las relaciones co-construidas entre CG con sus redes de apoyo probablemente se han caracterizado por escenarios contextuales que invitan a interacciones instrumentalizadas, es decir, los vínculos se han creado a partir de las crisis y las experiencias de enfermedad del padre y del consultante, dando cuenta al parecer de pautas rígidas que priorizan las necesidades físicas por sobre las emocionales, de manera que actualmente CG se encuentra en la búsqueda de lazos nutridos por la autenticidad para romper la estructura que cosifica la relación.

A continuación, se presentan los relatos ejemplarizantes respecto al evento del fallecimiento de la mamá de CG y las pautas relacionales a partir de ello:

T: CG nos haces pensar acerca de que esta experiencia de tu vida con respecto al fallecimiento de tu mamá tal vez consolidó un poco esta sensación de libertad cuando sientes... bueno cuando buscas esos espacios de estar solo, de soledad.

CG: Tal vez, si porque pues no sé, pero fue tenaz la vaina, fue brutal (...)

T: Yo te pregunto CG ¿Cómo es poder vivir sin la mamá?, ¿Quiénes fueron como tú sostén en ese momento?

CG: Pues remplazar a mi mamá pues nadie, porque nadie, pero o sea, pues incluso fue más difícil porque mi papá duró deprimido un montón de tiempo (...) que yo me acuerde no, pues o sea, yo pude... pues es difícil pero no, pues o sea, pues yo me deprimí obviamente, de tristeza y toda esa vaina, pero yo tenía que seguir viviendo (...) Porque de la noche a la mañana, eso no, eso llevó su tiempo y su cosa (...) por ejemplo yo nunca voy a un funeral, nunca, desde que mi mamá se murió, porque va uno a un funeral y yo me daba cuenta de que cuando llegaban, era para hablar y después se iban a reírse y a tomar tinto, entonces yo decía 'el dolor es de uno no más', (...) la gente iba ahí por protocolo y ya listo (Intervenciones 39 - 50, 181 - 183. Escenario 3. Caso 2)

Por otra parte, en el caso de CF se visibiliza que el fallecimiento del padre hace ocho meses ha representado que los miembros de la familia elaboren duelos de pérdida que involucran sentimientos temporales, permitidos y normativos, tales como la soledad, la tristeza y el dolor, situación que se privilegia por sobre la experiencia de enfermedad del consultante y que a su vez silencia respuestas emocionales que emergen ante esta última, lo que indica que posiblemente al sistema se le dificulta dialogar sobre situaciones de crisis en simultáneo, por lo que priorizan aperturas afectivas frente a la muerte, ya que su legado de vida ha sido visibilizar soluciones mitigando la quietud y promoviendo la celeridad, de manera que el afrontamiento es el principal movimiento adaptativo de esta familia.

El relato de la mamá de CF que se expone a continuación permite comprender que la relación materno/filial ha dado lugar a acoples afectivos desde vínculos generativos, lo cual podría contribuir a la diversificación del mundo emocional de los integrantes de la familia; no obstante, es posible que el potencial creativo de este sistema se ha rigidizado al clausurar

sentimientos de impotencia y agotamiento, por lo que privilegian el afrontamiento desde posturas operativas y pragmáticas, las cuales se han configurado como estrategia de preferencia para resolver las crisis:

T: Ok, y ustedes ¿cómo han digamos, como familia, ¿cómo han vivido otras emociones? Como la rabia, la tristeza, esos cambios que está mencionando un poco CF.

CM: Pues hay momentos, pues como todo, hay momentos que bueno, yo rabia no siento, yo más bien me siento contenta de, de por sí que él es un muchacho muy abierto, muy así como usted lo ve, solo chistes, yo me pongo feliz no más con que él se bañe, se afeite, que se ponga bonito y se arregle (...) que no se deje achicopalar pues por lo que está pasando ni nada, porque de todas maneras, yo como mamá si él está triste yo me pongo triste, si él está contento yo estoy contenta, y no más de verlo, no es que reniegue mucho de las condiciones que está ahorita, lógico que al principio pues eso es como todo, muy duro, pero ya él aceptó eso, es lo que le toca a él y ya ahí ya así llore, patalee, ya eso se quedó ahí (Intervenciones 75-79), Escenario 3, Caso 3).

Relación con el equipo interventivo. De acuerdo a los relatos de los sistemas consultantes, se comprende que al parecer la dinámica interaccional que se teje en el contexto hospitalario ha estado permeada por discursos privilegiados que orientan tanto las formas de operar como la toma de decisiones de las personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica y sus redes de apoyo, puesto que las connotaciones médicas son legítimas y funcionales para hacer frente al cuidado integral de la misma, lo que explica que las relaciones al parecer se construyen desde el plano jerárquico y complementario entre nefrólogo y consultante.

Ampliando lo anterior, los saberes científicos han sido significados como herramientas que buscan la preservación de la vida, razón por la cual, es probable que los consultantes suelen remitirse a las decisiones médicas para co-construir rituales que se mantienen para responder a demandas propias del tratamiento, lo que indica que si bien no se desconoce la practicidad de las intervenciones desde dicha área, se comprende que los mandatos corresponden a paradigmas tradicionales que encaminan a los consultantes a asumir posturas pragmáticas hacia el cuidado integral a partir de las transformaciones en la cotidianidad. A continuación, se

sustenta la percepción de CG y CJ con respecto a la efectividad de los procesos médicos que aportan a la promoción de la salud:

CG: Por ejemplo cuando me dio la crisis, fueron tres meses que yo estaba re mal, que fue como en junio, julio y agosto del año pasado, que yo sí mejor dicho para caminar de aquí a allá eso era un esfuerzo terrible, me sentía malísimo en todo sentido, pero ya digamos por los tratamientos y las atenciones médicas, incluso por las diálisis pues ya me siento mucho mejor, incluso casi como me sentía antes de enfermarme, y pues afortunadamente ahora yo me siento muy bien, con energía y toda esa cosa (Intervención 14. Escenario 1. Caso 2).

CJ: Pues viendo cómo él está ahorita, siento que la diálisis fue lo mejor que le pudo haber pasado porque antes de que él no tuviera eso, en verdad no podía comer nada, él se antojaba de cualquier cosa y no se podía, antes de que le hiciera la diálisis él estaba todo hinchado, no se reconocía a mi papá (Intervención 66. Escenario Conjunto)

Por otro lado, los significados que CG y CN han construido del contexto psicoterapéutico responden a un espacio de libertad y escucha para visibilizar aquellas historias antes silenciadas bajo agendas ocultas en el entorno familiar, por lo que posiblemente sus creencias están encaminadas a valorar los conocimientos desde la “experticia” que pueden orientar sus dinámicas operativas para hacer frente a un tratamiento de enfermedad. Paralelamente, crean comparativos con vínculos que se generan fuera de dicho escenario (personas allegadas, familiares, amistades y conocidos), puesto que al parecer los sistemas de apoyo se saturan y por tanto se protegen al clausurar el reconocimiento de la experiencia para evitar agotamientos en cuanto al acompañamiento constante frente a las demandas de los consultantes, de manera que se invalidan los relatos anecdóticos y las resonancias emocionales, así como se ejemplifica en la siguiente secuencia conversacional:

CT: (...) hay cosas que se están moviendo internamente en tu corazón, siento que te sostienes un poco, es mi sensación, me vas ahorita a corregir... y es como si uno se sostuviera para no sentir.

CG: No, pues es decir, no sé a qué se refiere en cuanto al sostenerme, yo simplemente expreso lo que siento como lo siento simplemente (...) Porque también entendiendo que

estoy con profesionales, uno no le está comentando sus problemas al peluquero o a la señora de la cafetería, entonces pues sí (Intervenciones 41 - 44. Escenario 4. Caso 2)

En el caso de CF, las explicaciones médicas al parecer clausuran sentimientos de tristeza, angustia e ira, debido a que estos podrían orientar a la persona a la no adherencia al tratamiento, en ese sentido, el propósito de las intervenciones psicológicas se encuentran encaminadas a promover estados emocionales considerados adaptativos como la felicidad, tranquilidad y estabilidad, por medio de mediciones cuantitativas que son puntuadas desde polaridades semánticas como “positivas” o “negativas”, puesto que desde estas posturas se considera que existen efectos bioquímicos en la persona que respectivamente aportan o retrasan el progreso de los tratamientos. Esta polaridad puede comprenderse en el siguiente relato:

CF: (...) Los sentimientos o como uno se sienta también influyen en la enfermedad, si hoy me siento triste, pues me va a bajar la tensión, se me da esto, me puede dar dolor de estómago. Si hoy estoy feliz, ya voy a tener la bilirrubina, pues como dicen los médicos, se va a sentir uno mejor, esas son situaciones que... Entonces por esas razones uno tiene que procurar a estar mejor y pues, procuro no, digamos que uno no quiera, no ponerle cuidado a esas situaciones, pero siempre es complicado (Intervención 54. Escenario 4. Caso 3)

Lo descrito permite comprender que estos sustentos invitan al cuidado del ser humano, no obstante, tal vez sea importante complementar estas actuaciones con la posibilidad de incorporar recursivamente estas sensaciones afectivas sin polarizarlas, ya que podrían promover el potencial creativo de los consultantes, a partir de la recursión entre mente y cuerpo, reconociendo el dominio emocional conectado con la forma como se vive y se siente el tránsito de la enfermedad desde una experiencia situada en una corporalidad que vibra en conexión con los diferentes dominios del ser.

Privilegiando lo colectivo sobre lo individual. Los sistemas familiares han legitimado las necesidades grupales con el fin de responder al bienestar común de sus integrantes, situación que probablemente ha minimizado las demandas de las personas diagnosticadas puesto que al parecer han construido la creencia en torno a considerarse a sí mismos como una obligación para los demás, lo que indica que los consultantes se enfrentan al reto de buscar puntos intermedios en los que se respondan a pautas tanto colectivas como individuales.

En este sentido, los discursos de CN suelen responder a expectativas de un otro por sobre las propias, privilegiando la voz de sus redes de apoyo al tener en cuenta connotaciones entre lo “incorrecto” y “correcto” para la toma de decisiones, resolución de conflictos, canalización de estados emocionales, visibilización de sus propios recursos y consolidación de estrategias de afrontamiento; en este orden de ideas, es posible comprender que la consultante podría asumir y mantener posturas pasivas que la desconectan con roles co-participativos de su propia realidad, puesto que al parecer sus procesos identitarios y formas de operar se diversifican desde la perspectiva de terceros. Lo anterior puede visualizarse en las siguientes intervenciones narrativas:

T: ¿Cuáles sentidos de vida has logrado identificar tú en tu vida?

CN: Mi hijo... mi hijo ha sido digamos un polo a tierra, en el sentido de que yo tengo que cuidarme (...) y a parte de mi familia que en este momento es mi abuela, mi hijo y mi esposo, yo creo que ellos han sido como las personas que me han dado ganas de vivir.

T: ¡OK! y ¿Tú misma?

CN: (Risa nerviosa) ... Yo creo que... bueno si, no tengo como tan... yo no sé uno hace las cosas por los demás y no por uno, ese de pronto ha sido mi pensamiento (Intervenciones 249 - 252. Escenario 1. Caso 1).

Por otra parte, en el caso de CF se visibiliza que el apoyo familiar es un recurso significativo y privilegiado para afrontar la experiencia de enfermedad, puesto que si no se contara con este beneficio podría llegar a impactar en el área emocional de los actores

participantes, generando a su vez malestares en su salud física, esto debido a creencias causalistas con respecto a que la esfera afectiva repercute posiblemente en la dimensión biológica y corporal. De esta manera, el reconocimiento emocional de la tristeza, angustia, preocupaciones y ansiedades al parecer se invalidan para proteger las relaciones del sistema desde movimientos generativos, asertivos y adaptativos a partir de resonancias afectivas de tranquilidad y seguridad. Es importante mencionar que tanto las primeras como las segundas podrían considerarse como aspectos dinámicos y no lineales de la vida del ser humano, flexibilizando versiones prototípicas que han sido avaladas en el contexto hospitalario, así como se expone en la conversación narrativa que se presenta:

T: Bueno y eso que tú dices me pregunto ¿cómo lograron esa estabilidad que siento que tienen en este momento?

CF: Pues gracias a Dios de verdad nosotros hemos sido una familia muy unida, hemos contado con el apoyo familiar.

CE: ¡Uy sí!

CF: Tanto de mi esposa, de mis hijos, de mi mamá, de mi papá que está en el cielo, de mis hermanos.

CE: ¡Sí! somos muy unidos.

CF: Siempre eh... en estos casos nosotros nos hemos dado cuenta y... y los psicólogos dicen que es muy importante el apoyo familiar, porque pues uno enfermo y que nadie lo cuide, que nadie lo apoye, que nadie lo acompañe, pues uno más se deprime, pero a medida que uno siente que la gente lo acompaña, le ayuda todo (...) todas esas cosas son muy importante para una situación de estas (Intervenciones 32 - 46. Escenario 1. Caso 3).

Experiencia narrativa. El interés de la categoría en mención es comprender las vivencias, significados y sentidos otorgados a los acontecimientos vividos de los sistemas consultantes durante su curso vital, visibilizando las redes que se han tejido y que han favorecido o no autonomías relacionales que incorporan procesos de autoorganización y coevolución para hacer frente a las vicisitudes de la vida.

Cuando la temporalidad se fragmenta. La experiencia narrativa de los consultantes al parecer expone rupturas en su discurso en un antes y un después de la noticia del diagnóstico, puesto que se generan transformaciones inicialmente a nivel conductual relacionadas con cambios en los hábitos de alimentación, cuidados en la higiene personal y asepsia habitacional, situación que en un segundo momento se conecta con modificaciones sistémicas en áreas familiares (redistribución de roles y funciones), sociales (mitigación de espacios de interacción con pares) y culturales (disminución en eventos masivos), lo cual puede ejemplificarse en los siguientes relatos:

CM: Pues, de todas maneras, muy triste, porque de todas maneras verlo a él reducido como tocó con él y todo eso, es terrible, porque por lo menos él era una persona muy activa, muy alegre, muy folclórica, prácticamente y él siendo el menor era el que ponía a funcionar a todos los hermanos (...) y pues ya después verlo reducido a que no podía ni opinar para uno es muy triste, de todas formas (silencio y respiración audible), pero a todo se acostumbra uno... (Intervención 124. Escenario 2. Caso 3).

T: Esa vida social se redujo por lo que entiendo.

CF: Exacto, entonces uno se enferma y los amigos saben que uno ya no puede tomar, entonces ya no lo llaman (...) Entonces si ya no puedo lanzar tejo, entonces vamos a lanzar bolos, si, cambiemos la rutina, pero resulta que ahora uno se volvió esclavo del médico.

T: Ok, ¿cómo es eso?

CF: Si, no puedo porque el médico me dijo que no puedo hacer fuerza, no puedo porque el médico me dice que con este medicamento no puede tomar esto (...) Antes, cuando nosotros íbamos a Tocaima, cuando no tenía... nada de esto, uno iba y dormía hasta las nueve y media, era un ritmo de vida, digámoslo "normal" para cualquier persona, pero ahora uno depende es de lo que dice el médico. (Intervenciones 319-334. Escenario 1. Caso 3).

Posteriormente, el tratamiento para hacer frente a la enfermedad genera impacto en las personas diagnosticadas debido a ritualizaciones rígidas a las que deben responder, ya que es en esta etapa en la que se perciben mayores cambios a nivel físico (bajo significativo de peso, pérdida de calcio, dificultad en flujo urinario e intervenciones vasculares), laboral (reducción o cese de actividades), psicológico (dilemas emocionales que implican polaridades semánticas de libertad u obediencia en cuanto al cuidado integral) y deportivas (suspensión temporal de ejercicios físicos). Estas transformaciones posiblemente conllevan a los consultantes a privilegiar malestares debido a la sobrecarga de demandas, minimizando así las posibilidades adaptativas al entender que la realidad la podemos reconfigurar a partir de los significados que le damos a ella. Estos cambios son posibles reconocerlos en cada uno de los consultantes a través de los siguientes relatos:

CN: Tenía que tener unos cuidados especiales porque mi trabajo no era lo mismo, porque ya no puedes trabajar toda la semana, sino que ya tu trabajo se perdió prácticamente, (...) dos días tienes que ir a la terapia, entonces yo ya no tenía como esa libertad de hacer mis cosas, todo cambiaba, yo ya no tenía mi libertad (...) además porque los cambios de humor mío al principio también eran muy fuertes, yo podía estar bien pero al momentico no quería que nadie me miraba, a mí se me cayó el cabello impresionante (Intervenciones 175-179. Escenario 2. Caso 1).

CG: Lo único fijo que yo tengo son mis diálisis, (...), de resto si me llega trabajo pues yo trabajo (...) procuro seguir mi día normal comparado con el que tenía antes de que me diera la crisis renal, pues ya no puedo hacer un montón de cosas, por ejemplo, yo antes salía a trotar, a correr y esa era mi fiebre, ¡correr!, entonces desde que me enfermé pues obviamente ya me ha tocado limitarme mucho. (Intervención 6. Escenario 1. Caso 2)

CF: Siempre la vida le cambia a uno bastante, bastante porque ahora uno (silencio)... verse reducido a un estado de estos que, del médico, de la medicina (silencio)... es complicado, complicado porque por ejemplo hoy, vamos a salir a hacer una vuelta, como me toca hacerme la diálisis cada cuatro horas, entonces uno no se puede demorar un poquito (Intervención 304. Escenario 1. Caso 3).

Movimiento y reparación. La generalidad en la que se conecta la experiencia de los actores participantes hace referencia a que la persona diagnosticada y su red de apoyo co-participan en la co-construcción de la experiencia narrativa de enfermedad desde posturas subjetivas que pueden o no sincronizarse en ritmos polifónicos, es decir, el acontecimiento engloba diferentes matices por parte de los integrantes del sistema para reconocer y asimilar nuevas configuraciones de la situación no normativa que implica acoples y validaciones de la postura de un otro desde dinámicas de cuidado y respeto recíproco.

Adicionalmente, es pertinente visibilizar que en dicho acontecimiento se reactivan sistemas de referencia que anteriormente estaban distanciados, con el fin de favorecer el soporte y auxilio emocional ante las crisis desde vínculos que priorizan lo presencial por sobre lo virtual. De esta manera, el sistema familiar co-construye dinámicas interaccionales a partir de eventos dolorosos (fallecimientos, enfermedades, rupturas, entre otros), naturalizando y normalizando los reencuentros para crear así responsabilidades colectivas que responden a las demandas de la situación.

En el caso de CN, se reconoce que al parecer el diagnóstico fue el pretexto para resolver asuntos pendientes del pasado, creando movimientos orientados a reparar sentidos de pertenencia familiar a partir de recursos relacionales asociados al apoyo, solidaridad y unión ante las demandas propias del acontecimiento novedoso, que incluye a su vez tránsitos generativos hacia el afianzamiento de filiaciones entre sus miembros para solventar miedos y desconfianzas frente a la incertidumbre inherente a la experiencia de enfermedad; en ese sentido, el anclaje del sistema posibilita la emergencia de lazos significativos de corresponsabilidad y bidireccionalidad que dan cuenta de procesos de autoorganización como punto de partida de las crisis, como ella lo menciona:

CN: Gracias a Dios, tengo el apoyo de mi abuela, nosotros vivimos en una casa familiar, eh... por cuestión también de mi enfermedad, porque nosotros no vivíamos con ellos, entonces, a raíz de mi enfermedad, mi familia me apoyó mucho, eh... claro que al

principio yo estaba peleando con ellos, pero, ya después hablamos y nos fuimos a vivir allá a la casa y si ellos me han ayudado mucho con S (hijo) (Intervención 54. Escenario 1. Caso 1).

Por su parte CG y CF, han construido experiencias previas con respecto a eventos asociados a enfermedades de otros familiares cercanos (dificultades cardiovasculares y cáncer) que configuran significados alternos en torno a la relación cuidador - cuidado, generando transformaciones en la forma de operar y afrontar el acontecimiento no normativo, puesto que inicialmente los consultantes asumieron el rol de cuidadores y posteriormente ejercieron funciones desde la postura de ser cuidados, situación que posibilitó la legitimación de movimientos empáticos entre las diadas, dando lugar a estilos de comunicación mediados por la sensibilidad hacia el otro a partir de lógicas de agradecimiento ante la labor ejercida. Lo anterior se puede reconocer la siguiente secuencia conversacional:

T: ¿Cómo fue asumir ese rol de cuidador?

CG: Duro, porque mi papá era una persona muy difícil, siempre, casualmente nosotros nunca nos llevamos bien y nos tocó convivir, porque mis hermanos se fueron, pues mi hermano se casó, tuvo sus chinos y todo, y se fue para Canadá y mi hermana lo mismo, entonces me quedé solo con mi papá y él siempre fue, pues, nos dio todo, comida, toda esa cuestión, pero mi papá era un señor muy mandón, digamos muy autoritario

T: Ok, ¿qué te enseñó esa experiencia con tu padre, desde el rol de cuidador?

CG: Que eso es muy duro, que tal vez es más duro el que cuida que el mismo enfermo, pues obviamente el enfermo está padeciendo sus dolores y todas esas cuestiones, pero a veces vuelvo y lo que te digo, en el caso de mi papá, era una persona muy complicada, muy difícil (Intervenciones 47-50. Escenario 1. Caso 2).

Adicionalmente, para CF el apoyo familiar configura experiencias que permiten dar cuenta de la posibilidad de brindar y recibir ayuda al momento de distribuir funciones de cuidado entre los integrantes del sistema, en ese orden de ideas, se gestionan relevos que posibilitan mitigar sobrecargas físicas y emocionales que al parecer no repercuten en las demás áreas de la vida (laboral y doméstica), es así como se vislumbran movimientos cuidadosos,

reflexivos y acordados por todos que autoorganizan la estructura y el funcionamiento como estrategia de cohesión y pertenencia para afrontar las situaciones en mención, siendo estos recursos la luz que ilumina la unión familiar, así como lo expresa la hija de CF:

CJ: Pues, yo como lo veo es como una luz, o sea, de pronto uno lo piensa y sí, es triste que él esté enfermo, pero uno mira, o sea, (...) como que la familia siempre estuvo ahí para ayudarnos, entonces para mí es como una luz que nos guía a todos (Intervención 130. Escenario 4. Caso 3).

Sin embargo, es posible que los niveles de autonomía se disminuyan por el sobreinvolucramiento presencial y virtual de sus miembros, desdibujando los límites entre los diferentes subsistemas, posiblemente por saturaciones que se presentan debido a la activación prioritaria e inmediata de sistemas de apoyo extensos.

Una enfermedad silenciosa. La enfermedad renal crónica posiblemente es invisibilizada en el contexto social y cultural específicamente en prácticas tales como el transporte público, parqueaderos, filas preferenciales en supermercados y bancos, por los síntomas físicos que se desarrollan de manera gradual y que no son visibles ante los lentes del otro de forma evidente, como ocurre con el cáncer o el VIH en los que se observa el deterioro corporal por medio de la caída del cabello y erupciones en la piel. En ese sentido, los consultantes manifiestan que al parecer los procesos de inclusión son ilusorios, puesto que pese a que se encuentran legalizados no se ejecutan en la cotidianidad, además al parecer la sociedad suele responder a necesidades individuales por sobre las colectivas cuando no preexiste un sentido de pertenencia a un grupo particular, como lo menciona CN:

T: ¿Cómo es vivir con la enfermedad renal?

CN: No, complicado, muy complicado porque las personas en el bus, yo ahorita me subo a un Transmilenio y yo me siento en una silla azul, porque no hay más, la gente me va a levantar y yo no le voy a poder explicar que tengo una terapia, que me siento mal, o que tengo la tensión alta y estoy mareada porque me puedo estar desmayando, porque ellos no lo van a entender, ellos lo miran a uno y uno es “no lo que pasa es que soy un paciente renal” ellos no saben qué es una persona con esto (...) yo creo que es una enfermedad que deberían tener más consideración porque como es un enfermedad

que a ti te ven bien, te ven caminando, pero no te sientes así (Intervención 277-278. Escenario 1. Caso 1)

Anclaje de pertenencia con sistemas amplios. Los consultantes generan vínculos con otras personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica, construyendo un grupo de apoyo que comparte experiencias vividas y narradas similares ante el mismo evento desde las subjetividades de los integrantes que hacen parte de la unidad de diálisis, de allí se co-crean sensaciones de libertad, seguridad y confianza que posibilitan relaciones desde la sincronía, acople, compañía y empatía, convirtiéndose en una red significativa que promueve estados de solidaridad con un otro que se siente lejano, interpretando que el ser humano constantemente busca de la ayuda de terceros para su propio desarrollo y esto a su vez favorece procesos identitarios. Esto puede entenderse en el siguiente relato de CN: “de hecho mi diálisis es mi segundo hogar, porque también paso la mayoría de tiempo allá, son tres veces a la semana, cuatro horas al día” (Intervención 48. Escenario 2. Caso 1).

Por otra parte, la tríada conformada por el médico, la persona diagnosticada y el cuidador han co-construido dinámicas interaccionales que responden a sentidos de corresponsabilidad ante el tratamiento y cuidado integral del consultante, a partir de intercambios de conocimientos desde saberes científicos y populares que posiblemente se encaminan a la esfera de lo pragmático, con el fin de favorecer tanto rituales médicos como aquellos contruidos socioculturalmente que se retroalimentan creando bucles recursivos orientados a preservar la vida. No obstante, se vislumbran ambivalencias que dan cuenta de ecos emocionales tales como el miedo y la tranquilidad, el primero haciendo referencia a la incertidumbre ante lo desconocido (evento no normativo) y el segundo corresponde a la seguridad que brinda la presencia de otros para afrontar la experiencia novedosa.

Memorias y relatos alternos. En el presente apartado se visibilizan las versiones periféricas y alternas ancladas a los acontecimientos narrados y vividos que, a su vez, permiten validar acoples lingüísticos y emocionales por medio de conexiones significativas y novedosas que reactualizan el discurso y la experiencia de enfermedad, dando lugar a la polifonía de voces de los actores que participan y quienes reconfiguran las comprensiones acerca de la autonomía relacional.

Auto-organización. Los consultantes lograron reconocer novedades adaptativas para afrontar situaciones inesperadas que los conllevan a las crisis, es por ello que inician un bucle recursivo que da cuenta de procesos autopoieticos en el que los sistemas se encuentran en estados de equilibrio y posteriormente crean múltiples bifurcaciones para contemplar posibilidades nuevas de organización. En ese orden de ideas, a continuación, el lector encontrará las dinámicas de autoorganización en los actores participantes visibilizadas durante la psicoterapia, tales como la metáfora de la carrera, restauración de vínculos, reconocimiento de lo virtual, otras formas de autonomía relacional y amplificación de la voz propia.

El arte de la psicoterapia. El espacio tanto de psicoterapia como de consultoría posibilitó aperturas para reconfigurar significados acerca de las crisis, comprendiendo que son procesos adaptativos que invitan a la transformación y al cambio, en ese sentido, se reconocen dinámicas de autoorganización de los sistemas para iniciar la búsqueda de alternativas que promuevan la reactualización de estados de equilibrio y novedosas formas de organización, por lo que la relación terapéutica permitió legitimar la polifonía de voces que se amplifican para construir nuevas versiones que contribuyen a la emergencia de adyacentes posibles, es por ello que en las conversaciones suscitadas se recrean autonomías relacionales que se interconectan para co-evolucionar desde la oportunidad que posee el ser humano para reinventarse por medio de un otro y del arte del lenguajear.

Complementando lo mencionado previamente, los investigadores - interventores apuntan al reconocimiento de la crisis para potencializar novedades adaptativas, sin embargo, los consultantes posiblemente se remiten a la evitación como medio de protección y cuidado, por lo que los terapeutas reiteran posturas estéticas al contemplar el caos como la oportunidad de redescubrir creativamente versiones generativas del self, redireccionando así mismo a los sistemas a integrar la polifonía de ritmos desde lo recursivo más no desde lo estático y polarizado; para ello, se apoyó en estrategias interventivas tales como la co-terapia y la metaobservación, las cuales contribuyeron a los consultantes el anclaje de procesos reflexivos que permitieron la desrigidización de diálogos anecdóticos.

En ese sentido, es posible ilustrar estas ideas por medio de la siguiente secuencia interaccional, en la cual tanto terapeuta como co-terapeuta invitan a los consultantes a volver sobre sus relatos para generar reflexiones de segundo y tercer orden:

T: Bien, bueno, hemos podido percibir que nuevamente empezamos a hablar de la enfermedad, es decir, de toda la dinámica que emerge a partir del diagnóstico, y cuáles son todas esas situaciones que debemos empezar a responder (...)

CT: Yo quisiera, volver a la pregunta que les hice, ¿sí?

CG: Sí porque nos desviamos de la...

CF: Terminamos hablando de nutrición.

CT: Se devolvieron otra vez a lo de nutrición, y la pregunta tiene un sentido y es, vemos aquí diferentes momentos del diagnóstico, (...) Y ya estoy hablando de lo personal, no de la experiencia de lo que toca hacer, que el médico me dijo, no, sino ¿qué ha significado para ti llevar un diagnóstico de cinco años, de un año y de unos meses? No sé si notan la diferencia en la pregunta (Intervenciones 39-58. Escenario Conjunto).

Otra estrategia utilizada fue la metáfora del reloj de arena, la cual se amplifica en la sesión conjunta hacia novedosas formas de entenderla puesto que esta da cuenta de la diversidad de la vida en términos de tiempos (pasado, presente y futuro), ritmos (movimiento, quietud, reposo y celeridad), tamaños (distinciones del ciclo vital y etapa del diagnóstico) y

subjetividades (actores participantes de la experiencia), de allí comprender que existen diferentes formas de autoorganización de los sistemas a partir de las crisis que involucra subjetividades, historias, aprendizajes, legados transgeneracionales, redes de apoyo, estrategias de afrontamiento y recursos personales - familiares; lo anterior permite comprender disposiciones del sí mismo y de los otros desde virajes diversos y complejos, así como se ilustra en la próxima secuencia conversacional:

CJ: No pues yo primero, pues sí les quiero dar las gracias, (...) así yo esté sana o sea como que estas cosas, que uno sí piensa como que 'sí, mañana lo hago, mañana me pongo juiciosa' digamos con mi empresa y eso y esta herramienta (reloj de arena) lo ayuda como a pensar ¿qué estoy haciendo? ¿qué quiero llegar a hacer? ¿qué quiero que sea mi presente? ¿para dónde quiero ir? (...) cuando yo me enteré pues de la enfermedad (...) uno no ve los planes tan a futuro, sino que los quiere realizar ahora, y como que este punto te enseña cómo no tensionarte, pero sí decirte 'oye despierta, haz algo' y es como lo que yo le veo a todos ustedes (refiriéndose a CG, CF y CN), es como que tienen la berraquera para seguir.

T: Yo como reflexión final quisiera que cada uno pusiera sus relojes en frente y los voltearan a la misma vez (...) ustedes pueden observar que el reloj tiene diferentes tamaños.

CG: ¡Sí! hay uno que se desocupa más rápido que los otros.

T: ¡Y esa es la vida! y la vida es que cada uno tiene un ritmo diferente, distinto, cada uno afronta de una manera distinta o puede que sean similares; pero que de una u otra manera ustedes busquen la manera de cómo se van a organizar y cómo lo van a significar en ustedes mismos. (Intervenciones 193 - 219. Escenario Conjunto)

Además, lo anterior se teje al parecer por la interacción discursiva de los actores participantes que convoca a la validación de experiencias cognitivas, emocionales y existenciales dentro de un contexto de ayuda que permite movimientos empáticos y, a su vez, favorecen enganches terapéuticos para tramitar, resignificar y generar interpretaciones alternas ante realidades que se presentan en la esfera temporal, aun cuando se verbalizan malestares que conllevan a los sistemas a posiciones alejadas del equilibrio como por ejemplo aquellas situaciones que emanan miedo e incertidumbre hacia el futuro; en ese orden de ideas, los terapeutas consideraron pertinente construir junto con los consultantes adyacentes posibles

relacionados con: comparaciones normativas inherentes a la vida (situaciones ejemplarizantes de terceros), movimientos y pausas temporales para hacer frente a los eventos vitales, potenciales creativos para prever los posibles modos como se irán dando los sucesos y anclajes sociales al compartir temores similares.

En este sentido, las relaciones terapéuticas también recrean alianzas con los participantes de las sesiones que invitan al cambio a partir de juegos armónicos, colaborativos y estéticos que a su vez facilitan el tránsito entre los múltiples niveles de interacción (conyugal, parental, fraternal, familia extensa, contexto hospitalario y red de apoyo) a partir de las subjetividades que hacen parte del proceso; de esta manera, los investigadores-interventores se convierten en actores activos que visibilizan tanto las voces presentes como las ausentes. En el caso de CF, el co-terapeuta co-construye una alianza significativa con CJ (hija) para validar la experiencia emocional, así como se representa en el siguiente relato:

CJ: Es que igual yo no digo que no sea triste, porque sí es triste, y no digo que no le dé rabia porque sí da rabia, (...) obvio sí, uno se permite sentir dolor, y a veces... es que yo lloro mucho y por eso no quiero llorar...

CT: Deja salir tus lágrimas, no te preocupes, no pasa nada.

CJ: (...) Si tú tienes ganas de llorar, llora, si te quieres reír, ríete, porque pues, es como tú decías, como ahí dejar que el cuerpo se exprese, si mi papá un día le da rabia y eso, yo digo 'déjenlo que le dé rabia' porque uno se contagia de eso, y como que eso no lo deja ser a uno. (Intervenciones 136 - 142. Escenario 4. Caso 3)

La metáfora de la carrera. El ejercicio de correr es una práctica deportiva que invita a CG al movimiento para superar objetivos que venzan sus propios récords en distancia recorrida, así mismo, reconoce que en estas distancias requiere de pausas para renovar fuerzas y continuar, situación que metafóricamente se asemeja con la experiencia de enfermedad en la medida en que el reto cotidiano del consultante es afrontar el tratamiento y cuidado integral desde el movimiento; en esos desplazamientos, se dan permisos para que él realice una o varias paradas para respirar y oxigenar el cuerpo por medio de actividades distintas a las ritualizadas para de esta manera avanzar. Lo anterior permite cuestionar a la movilidad como única estrategia de transformación, por lo que el reposo se resignifica al comprenderlo también como artefacto generador de cambio.

En esta práctica deportiva, el consultante se encuentra co-participando en una maratón en la que visibiliza que a su alrededor hay otras personas con experiencias de enfermedad similares a la propia, generando resonancias afectivas al compartir con un otro las crisis inherentes a esta carrera por la vida que posibilita la reconfiguración de sentimientos de soledad al entender que un tercero coopera en la dinámica misma de existir, creando así anclajes de pertenencia; además, el equipo de investigadores-interventores inician su recorrido para acompañar temporalmente a CG en esta maratón al visibilizar los beneficios de validar la presencia de los demás, siendo estos, el apoyo, la comprensión, el consuelo, la compañía y la solidaridad. La metáfora es posible comprenderla a partir de la posterior secuencia comunicacional:

T: Bien, aquí hay una pregunta bien interesante CG, y es ¿por qué extrañas tanto correr?

CG: Porque era como un vicio para mí (...) desde pelado pues yo me aficioné a eso

T: ¿Qué te hacía sentir el correr?

CG: Uy... pues eh, sentía dolor, cansancio y todo, pero sentía uno que, es como uno ponerse retos a uno mismo (...) y ya entonces uno veía que más gente salía y gente dura, entonces uno se le ponía a la par, entonces uno aguantaba el ritmo de ellos (...) Por

ejemplo, yo corrí dos medias maratones... Y para ser un pinche aficionado pues hice muy buen tiempo.

T: (...) creo pertinente que podamos hacer conexiones y es en la medida de que el correr te permitía ponerte retos (...) El correr te permitía precisamente buscar tu propio ritmo, pero también poder conocer en los otros, el ritmo de los demás a ver si tú podías seguir el ritmo de los demás (...) Se me hace muy parecido a lo que estás viviendo en este momento con tu enfermedad. Y es en la medida que esta enfermedad también trae consigo muchos retos y que de alguna u otra manera siento que te sientes gratificado cuando logras afrontar esos objetivos que te planteaste y que estás a tu ritmo, pero también estás compartiendo con otras personas que están a su ritmo y que ellos también están luchando sus propias batallas al igual que tú. (Intervenciones 55-77. Escenario 2. Caso 2).

Restauración de vínculos a partir de las crisis. Las situaciones puntuadas como dilemáticas (fallecimientos, separaciones físicas y experiencias de enfermedad) al parecer han contribuido a la reconstrucción de vínculos que en el pasado se habían distanciado por asuntos pendientes sin resolver (complementariedad rígida, escaladas simétricas, roles y funciones difusas, sobrecarga de demandas en el ciclo evolutivo, entre otras), debido a que las crisis permiten recrear conexiones empáticas desde el reconocimiento del dolor al comprender que en el presente se es necesario iniciar elaboraciones con respecto a procesos de perdón y reconciliación, los cuales incluyen la resignificación de la soledad y compañía a partir de movimientos dinámicos y fluctuantes sin privilegiar alguno de estos dos estados, en ese orden de ideas, esta oscilación da cuenta de reencuentros tanto consigo mismo como con el otro (familia, amigos, conocidos y profesionales) para restablecer relaciones y redes de apoyo del sistema que favorecen la coevolución, como se presenta en los posteriores relatos emergentes de CN en las estrategias interventivas de la galería corporal y la metáfora del reloj de arena:

T: Entonces ¿dónde la ponemos?

CN: De pronto en las manos, para que podamos entrelazar un poco más esa unión, porque yo sé que me quiere mucho (...) Y yo a ella también la quiero mucho, pero nos hace falta un poquito más como estrechar las manos (Intervenciones 236-238. Escenario 3. Caso 1)

CN: Bueno por ejemplo hablamos de la parte inferior que es el pasado, el pasado pueden ser muchas experiencias, verlo en el presente o en el futuro, bueno en el presente porque no sabemos el futuro realmente, en el presente podemos ver nuestro pasado como una experiencia y no volver a caer en la misma situación, pero también lo podemos ver pues en mi casa para perdonar, yo tuve de pronto un inconveniente en el pasado con alguien y esa es la forma de darme la vuelta y perdonar cosas que en el pasado en algún momento pasaron, entonces es de darle la vuelta y darle otro sentido de digamos en mi caso, de perdonar y de ya sacar, y vivir el presente con menos amargura y ya perdonar las cosas del pasado (Intervención 183. Escenario conjunto)

Descubriendo al otro desde lo virtual. Los sistemas consultantes resignifican la polaridad semántica entre lo presencial y lo virtual al comprender estos dos vínculos desde una perspectiva articulada que activa la esfera emocional para crear puentes de conexión y cercanía en situaciones de muerte o separación que dan cuenta de una ausencia física, por lo que se genera la emergencia de visibilizar enseñanzas, legados, vivencias, tradiciones y experiencias familiares que dotan de sentido al sistema para trascender la permanencia de las relaciones en tiempo - espacio y construir nuevas formas de ser familia. En el caso de CN se vislumbran relatos asociados a síntomas de dolor físico en su cabeza, al parecer por las múltiples situaciones puntuadas como problemáticas que debe afrontar cotidianamente; no obstante, el equipo de investigación - intervención orienta a la consultante a descubrir que dichos malestares se pueden mitigar al evocar recuerdos vividos con su figura afectiva (abuelo) que reactualizan sus estrategias de afrontamiento, visibilizando su voz en el presente, así como se esboza a continuación:

T: Entonces qué diría tu abuelito si él estuviera aquí ahorita, ¿qué diría tu abuelito, qué mensaje te daría?

CN: En mi vida en particular. Bueno mi abuelito me apoyaría en todo y me diría que también no desfallezca y que busquemos la manera de estar bien en el sentido de que él me ayudaría mucho igual que mi abuela, ellos dos son unas personas muy colaboradoras, siempre buscan el bien para otra persona y él buscaría que yo estuviera bien económicamente y bien de pronto con mi familia (Intervenciones 141-146. Escenario 3. Caso 1).

Otras formas de autonomía relacional. Las relaciones que CG ha construido apuestan hacia nuevas comprensiones de autonomía al incorporar en sus interacciones a otros seres vivos como los animales domésticos y de campo, en ese sentido, el consultante ha promovido dinámicas vinculares desde su juventud que lo han orientado a significarlos como auxiliares de soporte y ayuda emocional que canalizan estados de estrés y tristeza, para favorecer así sensaciones de equilibrio, tranquilidad, paz y silencio, lo cual se ejemplifica en el siguiente relato a partir de la conversación entre los metaobservadores de la sesión en el equipo reflexivo:

M1: (...) También sé que puedo contar con otras personas y creo que incluso el mismo espacio de no necesariamente personas de las que estamos hablando, pienso en estas relaciones que él tiene como profesional con los animales, o sea, creo que esto también tiene que ver con el hecho de... creo que hablaba de una gata, de un gato, entonces pienso un poco que esta relación con los animales también ha permitido que eso sea como un recurso, que me hace pensar que no solamente la autonomía relacional es con personas, sino también que pueden ser con seres vivos y que esto genera un sentido también de vida (Intervención 197. Escenario 2. Caso 2).

Amplificación de la voz propia. Como se mencionó en el apartado de historias, CN inicialmente privilegió la percepción de terceros para emprender acciones vitales, posteriormente genera la emergencia de amplificar su voz desde el reconocimiento de sus recursos (fortaleza, perseverancia, persistencia, responsabilidad y osadía) a través del equilibrio de discursos tanto externos (relacionales) como internos (propios) que posibilitan afrontar y permitirse sentir miedos e incertidumbres con respecto al tratamiento y cuidado integral de la enfermedad, movimientos enfocados hacia la preservación de la vida, lo cual puede ejemplificarse a continuación:

CN: Uy sí, muchísimo, cuando ustedes tocan esos temas son como los temas que realmente me dan como valor, el miércoles no pude ir a diálisis porque me sentía muy mal, me sentía sola, (...) déjenme sola acá también porque me quiero quedar sola en el cuarto (...) es como tener ese espacio de estar sola, y llorar y llorar sin que nadie me diga nada (...) pero a veces, por ejemplo, como decía CT, llegará el momento que ya te sientes cansado de todo y todo te abruma, entonces es un momento que lo que tú necesitas es llorar para sentirte bien (Intervención 45. Escenario 4. Caso 1).

En el caso de CF, la expresión de emociones como la tristeza o enojo otorgan sentido a la experiencia cuando se valida lo emotivo como parte inherente a la existencia, puesto que son resignificadas por el sistema consultante como plataforma que impulsa hacia diferentes formas de comunicar aquello que se encontraba silenciado, lo anterior se complementa por medio de la gestualidad y corporalidad que invita a legitimar el lenguaje analógico, es decir, desde la posibilidad de realizar lecturas del otro desde el dominio verbal (posturas corporal, gestos y movimiento), esto puede comprenderse por medio del ejercicio en el que CF y CJ dibujaron aquellas emociones que han hecho parte de la experiencia de enfermedad.

Prospectiva vital

Historias. En este apartado se visibilizan los relatos privilegiados, sistemas de creencias y dominios culturales que hacen parte de la configuración de prospectivas vitales de los consultantes. En ese sentido, se comprende que las visiones hacia el futuro son inherentes a los tratamientos médicos, puesto que la insuficiencia renal crónica es una enfermedad que perdura en el tiempo y que invita a los sistemas a incorporar la experiencia del cuidado integral a sus proyectos de vida y así mismo, a crear recursos de afrontamiento ante las vicisitudes del mismo proceso.

La hemodiálisis, sinónimo de vida. La máquina cumple una función de cuidado y se convierte en un artefacto que amortigua aspectos vitales, relacionales y sociales, a su vez, posibilita a las personas diagnosticadas anclajes a la vida; esto podría explicar posturas de lealtad por parte de los consultantes hacia las epistemes médicas ya que incorporan sugerencias por parte del área de la salud a sus prospectivas vitales, las cuales al parecer se encuentran orientadas a mantener la calidad de vida por medio de la adherencia al tratamiento; de esta manera, la interacción construida entre el individuo y la máquina de hemodiálisis posibilita vínculos significativos que se recrean para nutrir dinámicas homeostáticas a nivel biológico y emocional, dotando de prospectiva al sistema por medio de significados que denotan la prolongación de la existencia.

Adicionalmente, para CN el ritual de tratamiento de hemodiálisis puede ser el momento para regresar sobre ella misma sin ubicarse en función de cumplir con las expectativas de su familia de origen, dicha relación con la máquina le permite mantener posturas de quietud y pasividad para detener y desconectarse de sus crisis cotidianas, esto implica futuras renovaciones para hacer frente a las distintas demandas de la vida; lo anterior puede comprenderse en el apartado posterior, el cual aparece en la estrategia de la galería corporal:

CN: Bueno pues, como primera medida, lo que primero conocí eh... cuando me diagnosticaron insuficiencia renal fue mi máquina, siempre la conocí, entonces... esa es como... de aquí en adelante como... como mi bastón prácticamente, ese es, como donde tú recargas tus baterías, entonces yo creo que una parte importante de mi vida es la máquina ¿la puedo dibujar? (Intervención 76. Escenario 2. Caso 1).

Anclados al pasado. Al parecer los sistemas consultantes se rigidizaron temporalmente en experiencias previas (fallecimientos, separaciones físicas y enfermedades) puntuadas desde el dolor y sufrimiento debido a eventos pendientes por resolver, y así mismo desde la nostalgia de evocar aquello que fue y ya no es; lo anterior posiblemente ha dificultado a CN y a CG posicionarse tanto en el presente como hacia el futuro, comprendiendo que el significado que han construido del tiempo responde a la linealidad del mismo, en el que no se puede transitar recursivamente entre las tres dimensiones sin antes clausurar ciclos que acepten permisos para avanzar.

Por su parte CF se remite al pasado para realizar un paralelo frente aquellas decisiones de vida que lograba elegir por sí mismo en compañía de su familia y que ahora se encuentran permeadas por las indicaciones médicas; un ejemplo de ello hace referencia a las implicaciones de planear y ejecutar un viaje con un diagnóstico, evento que conlleva un agotamiento a nivel físico, económico, emocional, cognitivo y relacional, por lo que los proyectos a mediano y largo plazo ante la posibilidad de conocer lugares nuevos se desdibujan tal vez por evitar llevar consigo las ritualizaciones propias del tratamiento de la diálisis peritoneal. Lo anterior puede comprenderse en el siguiente relato:

CF: Yo iba preparado para lo que fuera y el doctor nos dijo, nos citó y nos dijo “ustedes quieren viajar un día antes u ocho días antes pidan la cita conmigo y yo los miro, si usted como paciente puede viajar pues viaja, pero si yo como médico lo veo que no, mejor no viaje” (Intervención 238. Escenario 1. Caso 3).

El trabajo: Inicio, desenlace y fin. Para CG y CF, el ámbito laboral constituye un sentido de conexión que retroalimenta recursivamente la prospectiva vital desde el pasado, presente y futuro debido a que el trabajo transversalmente es una dimensión privilegiada en la vida de los consultantes, por ser comprendido en el caso de CG como el vehículo que lo conduce a proteger su autosuficiencia, mientras que para CF valida su rol como proveedor del hogar; si bien ellos actualmente cuentan con la pensión de invalidez por enfermedades crónicas (beneficio que suple entradas económicas de una persona que por motivos involuntarios ha perdido su capacidad laboral en un promedio igual o superior al 50%), continúan saturando sus formas de operar para conservar y volver al status quo, ya que dicha pensión de por sí no cubre los ingresos totales que se requieren para solventar los gastos propios del hogar a comparación de lo devengado antes del diagnóstico, es por ello que los actores participantes visibilizan la necesidad de retornar a una situación previa debido a que la actual no es anhelada, como se ilustra a continuación:

CF: No, pues, no, yo realmente, ahorita de pronto la enfermedad, no me preocupa tanto, no me siento enfermo, me siento inestable económicamente, me preocupa más porque eso sí me preocupa, la estabilidad económica, eso sí me tiene bastante preocupado, eh, porque eso sí es algo que realmente que uno tiene marcado un futuro, un horizonte que por una enfermedad uno no puede (voz triste) ... Entonces eso sí me preocupa y harto... (silencio) Eso es (llorando) (Intervención 60. Escenario 4. Caso 3).

Experiencia Narrativa. En el presente apartado se reconocen los significados que los sistemas consultantes han creado para dotar de sentido la experiencia narrativa de enfermedad en relación a la prospectiva vital entendida como los objetivos vitales trazados de manera individual y colectiva, que a su vez se reconfiguran recursivamente debido a que estos pueden re-actualizarse conforme a las dinámicas de cambio de la vida.

Una emergencia de vida. El sistema consultante planteó una prospectiva vital orientada a construir una familia nuclear a partir del nacimiento de un hijo, situación que no se transforma por la noticia del diagnóstico, por lo que CN y su esposo continuaron con su guion de vida aún con conceptos médicos que desafiaban y confrontaban su realidad en medio de la incertidumbre, paradójicamente tanto la pareja como los profesionales de la salud promueven acciones de protección de la vida de CN; sin embargo, cada polaridad debate hacia dilemas éticos frente al aborto versus preservar la salud de ella.

En ese orden de ideas, el miedo suscitado por dichos dilemas se transformó en esperanza para la pareja cuando su hijo fue significado como la emergencia que posibilitó movilidad en estructuras disipativas, es decir, la crisis favoreció el cambio hacia la evolución del sistema al incorporar a sus creencias discursos médicos que validaron la oportunidad de la maternidad en sincronía con el tratamiento y cuidado integral de la enfermedad. Lo anterior se puede ejemplificar en la siguiente conversación:

T: ¿Qué significó tener a tu hijo en un proceso de diálisis?

CN: Todo, al principio fue prácticamente duro y fue todo el mundo contra nosotros porque era una decisión fuerte, ¿por qué? porque me podía pasar algo entre comillas, mi familia no quería que yo tuviera un niño, ¿por qué? porque prácticamente era el niño o era yo, ese era el punto de vista de los médicos (Intervenciones 217-218. Escenario 1. Caso 1).

Anclados al presente. Es posible que para CG la experiencia de enfermedad esté acompañada por la incertidumbre, estado que posibilitó la construcción de la metáfora del abismo por parte del consultante al comprender que el fondo (futuro) podría representar muerte, recaída o salud; de esta manera, la prospectiva vital al parecer se rigidiza temporalmente en el aquí y en el ahora por los miedos vividos a partir de dicha incertidumbre, por lo que CG busca evadir sus temores por medio de actividades de esparcimiento enfocadas en los ámbitos laboral y deportivo, los cuales le permiten sentirse activo. Lo anterior puede comprenderse en el siguiente relato:

CG: (...) digamos, pues, o sea, obviamente uno le tiene miedo a lo desconocido, ¿no? pues no miedo sino incertidumbre, como cosa, y no tanto miedo a la manera, a la muerte pues en sí, sino como si uno va a sufrir mucho, o si va a quedar así repentino, porque de todas maneras todos nos tenemos que morir, lo duro es saber cómo ¿no? (...) Y estas enfermedades, estas cosas más o menos le van diciendo a uno eso, y que uno digamos que es lo que comentamos con los de la diálisis y toda esta cuestión, que nosotros andamos como a la orilla de un abismo, en cualquier momento poom se cae uno, pues ahorita estamos bien, pero en cualquier momento, por la condición que uno tiene (Intervenciones 6-8. Escenario 2. Caso 2).

Por otra parte, probablemente el sistema familiar de CF ha creado prospectivas vitales que se ejecutan en el plano de lo real a fin de minimizar riesgos asociados a expectativas elevadas que no logren responderse, como por ejemplo la sanación sin trasplante de riñón, asumiendo así una postura de cuidado consigo mismos; además, privilegian el presente como principal proveedor de bienestar, ya que el aquí y el ahora es significado como la vivencia más legítima y auténtica que promueve grados de organización y orden, para responder a las demandas propias y de los otros. Lo anterior puede comprenderse a continuación:

CJ: (...) no lo veo como tan malo, porque igual nos ayudó como a esclarecer muchas cosas porque a veces uno siempre piensa como en el futuro y eso, entonces esto hace como hacer las cosas más, como más cercanas, más reales, tener metas más reales, ahorita. (Intervención 132. Escenario 4. Caso 3).

Sistemas de pertenencia. Los consultantes CN y CF configuran prospectivas vitales a través de la búsqueda del equilibrio que se centraliza en las redes de apoyo, estas nutren de sentido colectivo al sistema al comprender que el camino a recorrer se encuentra permeado por vínculos que se fortalecen cuando se plantean expectativas de vida en común que se relacionan con expresiones de afecto, protección, cuidado y refugio en momentos de crisis, es así como la unidad y sincronía entre los integrantes se vislumbra en el futuro a fin de solventar demandas o necesidades inherentes a los eventos normativos o no normativos de la familia, en ese orden de ideas, el trayecto se construye viajando con un otro hacia el cumplimiento de objetivos tales como: responder paralela y recursivamente tanto a la experiencia de enfermedad como a la restauración de las relaciones, la crianza de los hijos, la vivencia de la vejez en pareja y el crecimiento socioeconómico de la familia. Lo anterior es posible vislumbrarlo en el relato citado a continuación:

CF: Lo más importante de tener en una enfermedad es el apoyo para que uno como paciente sentirse bien, tener el amor de una familia, papá, mamá, hermanos, lo que sea, tener el apoyo todavía de un trabajo, (...) Y los compañeros, amigos, personas que sean ajenas a la familia, también es bueno (...) entonces a veces uno se da cuenta que también a veces las enfermedades unen, entonces hay que tomarlo por ese lado (Intervención 126. Escenario 4. Caso 3).

Las enfermedades no discriminan edades. Las enfermedades de alto riesgo pueden parecer una situación de personas que se encuentran transitando por la etapa vital de adultos mayores por los síntomas usuales que empiezan a emerger por la edad, puesto que desde el relato de CN, el 80% de integrantes que hacen parte de las unidades de diálisis superan los 65 años y por tanto resulta puntuado como un evento naturalizado, sin embargo, antes de estas edades los individuos no están eximidos de afrontar situaciones inesperadas (diagnóstico desde el área de la salud); en ese sentido, dicha experiencia posiblemente coarta las expectativas hacia el futuro y reestructura el guion de vida, puesto que se comprende que la persona joven es sinónimo de vitalidad, funcionalidad y productividad, lo que confronta los significados en mención cuando existen signos que dan cuenta de un decaimiento en la salud que representa lo antagónico.

CN: (...) yo sé que en esta enfermedad uno tiene que pasar por muchas cosas y más yo, digamos tan joven, porque yo soy, o sea, de mi grupo de hemodiálisis, que es un grupo más o menos de 30 personas que estoy en mi turno, la mayoría, por decir el 80% son adultos mayores y muy pocos son jóvenes (Intervención 20. Escenario 2. Caso 1).

Continuar en medio del dolor. El malestar y agotamiento físico, cognitivo y emocional se visibiliza en la prospectiva vital al contemplar un futuro acompañado de estas resonancias, puesto que la experiencia de enfermedad se perpetúa en el tiempo legitimando sufrimientos por sobre exigencias propias del tratamiento y cuidado integral del mismo, sin embargo, los significados posiblemente trascienden cuando los consultantes favorecen novedades adaptativas que los impulsan a comprender que las crisis que suscitan dolor no son obstáculos insuperables, sino por el contrario se transforman en oportunidades para aprender de sí mismos y de los demás a partir del reconocimiento de fortalezas y habilidades tanto a nivel individual como relacional; lo anterior es posible analizarlo en la siguiente secuencia conversacional de la sesión conjunta:

T: Su experiencia de enfermedad, ¿Cómo la significan?, ¿cómo la entienden?

CF: ¿Yo?, pues es lo mejor que me pudo haber pasado (risas), no mentiras, no, de pronto, la situación mía al verme como me puse, así hinchado, las manos, los pies, la hemoglobina, no podía caminar (...) veo que la diálisis fue una de las mejores decisiones que yo pude haber tomado como paciente porque sí, es muy molesto las conexiones y estar en esas situaciones, pero es lo que me ha servido.

CN: Yo pienso que detrás de lo malo, que digamos trae la experiencia como la diálisis, siempre va a venir algo bueno, porque a pesar que todos vemos al principio todo terrible, con el tiempo vemos que esta diálisis nos ayuda a la descontaminación de nuestro cuerpo, ya podemos caminar y creo que todos hemos sentido esa experiencia de no poder dar ni un paso, entonces es una experiencia que a pesar de lo malo, siempre va a haber algo positivo (Intervenciones 173-179. Escenario Conjunto).

Memorias y relatos alternos. Hace referencia a la amplificación de versiones periféricas que posibilitan la reactualización de acontecimientos narrados y vividos desde acoples lingüísticos co-construidos por los diferentes actores que participan de la experiencia de enfermedad en relación a la reconfiguración y creación de perspectivas vitales que favorezcan nociones alternativas de futuro que promuevan novedades adaptativas.

Cuando hay más de una historia por contar. La generalidad en la que se conectan los casos permiten comprender que posiblemente las familias consultantes invitaron a conversar acerca de otras historias distintas a la enfermedad y a su vez amplifican versiones acerca de su identidad familiar y los recursos que les han permitido avanzar y continuar. En ese sentido, los relatos se orientan a visibilizar de manera proporcional los diferentes dilemas que acompañan la vida del sistema, respondiendo así a las diversas demandas subjetivas de cada evento de crisis (fallecimientos, cambio de vivienda, separaciones físicas, pérdida de trabajo, entre otros).

De esta manera, desde la experiencia de CF, se comprende que los actores generan anclajes por medio del recurso de la unidad, siendo un legado transgeneracional que brinda esperanza a sus integrantes y promueve procesos de autopoiesis de manera reflexiva ante acontecimientos futuros, lo cual puede entenderse en el relato de CM “digamos como que la unión de la familia es muy importante, que todos estén como conectados y pues la verdad ahorita todos están es como rodeando a CF, están más pendientes de lo que pase, de lo que se

hace, y todo eso, y eso es bonito, porque a pesar de ser una familia unida, ahora se volvió más unida” (Intervención 47. Escenario 3. Caso 3).

Por su parte CG durante el desarrollo de la galería fotográfica reconstruyó su memoria histórica al diversificar roles de hijo, hermano, cuidador, profesional y líder comunitario a fin de ampliar versiones emergentes de su ser y quehacer en el mundo distintas a su posición como persona diagnosticada con enfermedad renal crónica, generando una distinción entre el self y la experiencia, es decir, el primero corresponde a la configuración identitaria que denota los significados que ha elaborado de sí mismo y el segundo hace referencia al significado construido de un evento específico de su historia, por lo que esta última hace parte del consultante más no es una situación totalizadora y rígida que define su identidad. Lo anterior posibilita replantear sus concepciones acerca de futuros alternos que incluyan sus múltiples roles, así como se evidencia en el próximo relato:

T: Quiero que la invitación del día de hoy sea precisamente poder entender el camino recorrido hasta el momento, que tu historia va más allá del diagnóstico actual, es decir, que tú tienes muchas historias que contar a parte de lo que está sucediendo con los tratamientos y el cuidado integral, y tu día a día y tu cotidianidad y que adicionalmente todos estos años te han permitido un hombre con experiencia y pues las experiencias hacen sabios, si ¿me hago entender? Y que todos estos dolores, sufrimientos, estos terremotos por decirlo así, no han sido como tal como cuando uno arma una bolita de cristal en términos de lo catastrófico, sino por el contrario fueron situaciones que te permitieron crecer de una manera distinta

CG: ¡SÍ! Porque la vida es así y la vida no es como empezó, la vida es un mar de rosas (Intervenciones 192-195. Escenario 3. Caso 2).

Movilización temporal. CN ha gestado reflexiones encaminadas a validar su propia voz al operacionalizar desde posturas activas y creativas acciones para afrontar la ritualización de su cotidianidad, en ese sentido, realiza distinciones frente a entender los momentos contextuales en el que necesita de un otro para coevolucionar y aquellos que logra asumir por sí misma al legitimar sus potencialidades ante la toma de decisiones, reconocimiento y expresión emocional, reestructuración de vínculos y resignificación de lo virtual, aspectos que se encuentran inherentes a su prospectiva vital frente a dinámicas a desarrollar en su futuro próximo al alcanzar dichos objetivos vitales desde el tránsito circular entre lo individual y lo relacional.

Por otra parte, CG reconoce movilizaciones temporales con el fin de circular desde posiciones rígidas que lo ubican en el presente por miedos suscitados con respecto al decaimiento de la salud hacia la posibilidad de verse a sí mismo en el futuro proyectado al comprender que el evento de enfermedad es puntuado como una situación difícil pero no catastrófica que desdibuje su potencial creativo y vital en otras dimensiones de la vida; de esta manera, visibiliza actitudes propositivas a partir de procesos resilientes que apuestan a la autopoiesis, así como se observa en la conversación suscitada tras el equipo reflexivo del yo auxiliar:

T: Bueno CG, este fue nuestro ejercicio, básicamente para complementar con la metáfora del reloj de arena y pues quisiéramos saber qué tal te pareció el ejercicio, cómo te sientes en este momento, crees que hubo alguna invitación para algo en tu vida...

CG: Sí, claro, o sea, eh, pues hablaron muy chévere, pero me gustó mucho lo que dijo ella, sobre el futuro y toda esa cosa.

T: ¿Qué te mueve ahí?

CG: No pues, que el futuro hay que afrontarlo y tal vez no hay que dejarlo de lado, sino cogerlo también y pues afrontarlo y que haya lo que haya, y si viene lo que venga, pues vivirlo lo mejor posible con esta situación (Intervenciones 202-205. Escenario 4. Caso 2).

Aprendizajes significativos. CG incorpora a su prospectiva vital la soledad como una oportunidad para crearse en medio de la incertidumbre de la vida, es por ello que la diversidad de experiencias se connotan desde la deconstrucción de polaridades entre lo bueno y lo malo, para contemplarlas de forma complementarias y recursivas que vislumbran horizontes en los que se incluyen las crisis al comprenderlas como la posibilidad para avanzar a estados de reorganización y coevolución. En este sentido, el ave fénix es un símil a partir del cual se invita a reconocer que las vicisitudes podrían ser representadas en el fuego que por medio de las llamas genera dolor y a su vez da partida a nuevos comienzos desde la metamorfosis de las heridas que son interpretados como aprendizajes significativos.

Adicionalmente, CJ (hija de CF) reconoce que dichos aprendizajes son una compensación para redimir en el futuro, ya sea en proyectos novedosos y/o para encontrarle nuevos sentidos a la vida; lo anterior permite resignificar experiencias desde puntos de vista propositivos, en los que plantea ideas que se adapten a la realidad, asume actitudes analíticas y posturas de liderazgo para orientar al sistema hacia la toma de decisiones.

Mundos Posibles

Historias. Se comprende como aquellos relatos dominantes que se tejen en los actores frente a mundos posibles que se encuentran estáticos y rígidos temporalmente, teniendo en cuenta legados transgeneracionales, discursos médicos y dilemas humanos generalizables a nivel situacional y contextual.

Trasplante de riñón. El mundo posible que se ha creado en la familia de CF y alrededor del cual emerge la esperanza y oportunidades de cambio en el presente, ha sido el trasplante de riñón. A partir de esto, la movilidad del sistema se ha dirigido a cumplir con las expectativas y cuidados necesarios y prescritos por el personal médico para llevar a cabo dicha intervención siendo al parecer el único objetivo posible del sistema; sin embargo, inicialmente se postulan aquellos integrantes aptos para ser el donante privilegiando personas adultas por creencias cristalizadas en torno a significarlas como sujetos que han tenido la oportunidad de responder a expectativas personales y podrían corresponsabilizarse de la situación, mientras que los jóvenes se encuentran realizando acercamientos al planteamiento de su prospectiva vital. Lo anterior puede visibilizarse en la secuencia conversacional citada:

CF: Pues no sé, el sentimiento de... pues, o sea, yo creo que como tú dices “siendo mi hermano yo si lo hago” ¿sí?, es como J y N, ellos dicen “Por ser mi papá pues listo”, porque ellos también quisieran, J dice y N también, y J también está muy segura que ella también lo quiere hacer, pero pues uno dice mi hija tan joven y lo que le falta, los hijos, los nietos, la familia, lo que le falta por vivir.

T: Pues eso también depende un poco de la edad que tienen tus hijos y en el ciclo vital en el que están.

CM: Imagínese hasta ahora está empezando por ahí a tener su novio. (Intervenciones 38-41. Escenario 2. Caso 3).

En adición, se reconoce que la esperanza posiblemente se ha anclado a discursos rígidos conectados con este único mundo posible, lo que tal vez limite el acto creativo de considerar otras opciones de vida que en un futuro se conviertan en alternativas reales planeadas estratégicamente para operacionalizarse y que a su vez se co-crean desde acciones sin daño,

como por ejemplo continuar con los cuidados integrales de la enfermedad, cambiar al tratamiento a diálisis peritoneal mecánica, contemplar un donante cadavérico, entre otros. De esta manera, se comprende que considerar versiones distintas podría generar sentimientos de frustración y desesperanza que cristalizan al sistema familiar en el tiempo y se dificultan los procesos coevolutivos debido a que no existen metas en tiempos definidas que den cuenta de esta realidad.

En la siguiente conversación es posible visualizar la posible cristalización de los relatos en el sistema familiar de CF al cuestionar acerca de otras adyacencias de tratamiento distintas al trasplante de riñón:

T: Si. Bueno, yo te quería preguntar CF un poco si ustedes habían conversado como familia acerca de la posibilidad de que no se diera el trasplante, o sea, que fuera una opción a largo plazo que finalmente digan de pronto que tu organismo no lo reciba de la mejor manera entonces no nos arriesgamos, o sea, ¿lo han conversado en algún momento?

CF: (Silencio), no pues como familia no, más bien hemos conversado mucho del trasplante.

T: Y ¿Qué pensarías en este momento por esa posibilidad de que no se llegue a dar la opción?

CM: Pues sería mejor, siempre y cuando llegara un momento en el que ya... me imagino que para tomar una solución debe ser porque él ya mejore tanto que los médicos vean que ya no lo necesita (Intervenciones 63-68. Escenario 2. Caso 3)

Por otra parte, es probable que el sistema esté viviendo sensaciones de miedo e incertidumbre ya que constantemente evalúan los estados de bienestar de los miembros de la familia por los vínculos y sentidos que se tejen para favorecer posturas de corresponsabilidad y solidaridad entre ellos, siendo la esposa y el hermano mayor de CF los principales candidatos, puesto que la primera asume lazos de lealtad propios del sistema conyugal inherentes a prospectivas vitales dirigidas a la vejez, y el segundo debido a legados transgeneracionales

ubicados en la diada fraternal que incorpora sentidos de cuidado y protección pactados por la fidelidad por parte del primogénito.

Con respecto a lo anterior, la decisión de realizar el trasplante se construye de manera colectiva puesto que el sistema se interesa por la preservación de la vida (entendida como la optimización de la capacidad adaptativa para crear nuevos recursos o sustituir aquellos que han perdido vigencia) tanto del que aporta como del que recibe, por lo que el donante de riñón asume el reto de proyectar cambios en su cotidianidad desde sus estados de libertad, contemplando sus opciones vitales y fluctuantes, así mismo, el cuidado integral se amplía a la diada generando posiblemente saturación de demandas en los cuidadores de la familia, tal como lo expresa CF:

CF: Ahora, en la cuestión del trasplante sí es algo familiar, porque va a afectar a mi hermano, va a afectar a mi cuñada, va a afectar a mí... yo por ejemplo digo, le digo a mi mamá, 'bueno, si llega el trasplante, pobrecito mi hermano mayor' porque él va a verse reducido a una cama mientras se recupera un mes, mes y medio, va a estar en su apartamento solo con su esposa, en cambio yo voy a estar en recuperación aquí en la casa con mi mamá, con J, con mi esposa... (Intervención 100. Escenario 2. Caso 3).

Ritualizaciones médicas y adherencia al tratamiento. Al parecer los consultantes han construido mundos posibles y reales a partir de discursos médicos que brindan opciones en relación a la experiencia de enfermedad, siendo estos el trasplante de riñón, los tipos de diálisis y la adherencia al tratamiento. No obstante, es probable que la familia limite su voz al privilegiar las alternativas desde el área de la salud y así mismo se susciten sensaciones de agotamiento por la rigidez que implican, conteniendo el poder creativo de los sistemas para plantear nuevas adyacencias tales como actividades culturales, de esparcimiento, recreación, terapéuticas o alternativas (musicoterapia, yoga y relajación).

En ese sentido, las personas centralizan las acciones cotidianas al responder a protocolos concretos y específicos frente a los tratamientos que incluyen medicamentos y prácticas de asepsia en horas, días y contextos determinados; pese a ello, en el caso de la

adherencia, se reconocen posturas de lealtad frente a los saberes científicos debido a que instauran situaciones reales y observables que cuantifican y operacionalizan evaluaciones con respecto a los avances o retrocesos en relación a su condición de salud, así como se menciona a continuación:

CF: (...) estuve con el médico en exámenes el viernes, gracias a Dios los exámenes han salido muy bien, me pusieron una carita feliz.

CT: ¿Carita feliz?

CF: Sí, es que a uno le toman exámenes médicos cada mes y cada mes tienen que mirar el fósforo, potasio, hemoglobina, triglicéridos, todo eso, si el paciente tiene un nivel muy alto de lo normal, entonces no le ponen caritas, si los pacientes se les mejora el fósforo, todo eso, entonces le ponen una carita feliz y en la sede publican los pacientes que se han mantenido estables

T: Y eso para ti ¿Qué ha significado?

CF: Eso lo hacen como para darle a uno un estímulo para que uno se cuide, eso es un estímulo (Intervenciones 8-12. Escenario 4. Caso 3)

Espiritualidad. La experiencia de fe al parecer ha sido una posibilidad adyacente que construye una realidad que invita a procesos de afrontamiento ante las emergencias, vicisitudes de la enfermedad y la vida, siendo la espiritualidad un sistema de apoyo significativo para la persona diagnosticada y su familia que favorece la cohesión entre sus miembros. De esta manera, la fe retroalimenta creencias en torno a probabilidades de sanidad como milagro que configura un mundo alterno, el cual dota de esperanza a los consultantes privilegiando opciones de bienestar por sobre el decaimiento de la salud; paralelamente, se gestan sentimientos de gratitud hacia las observaciones médicas que visibilizan y reconocen avances en dicha área, dando crédito al acompañamiento espiritual por medio de las personas que hacen parte del acontecimiento de enfermedad. Esto puede ejemplarizarse en el siguiente relato:

T: Bueno y eso que tú dices me pregunto - (risas de CE)- un poco ¿cómo lograste ese... esa estabilidad que siento que tienes en este momento?

CE: Pues aaah... yo creo que, pues yo digo que Diosito, primero que todo me ayudó hartísimo porque fueron unas situaciones muy difíciles y pues ahorita ya, uno pues les

dicen tiene esta enfermedad, pero uno dice: eso todavía lo ve como bien, debe ser que faltará mucho para llegar ese momento, pero es que fue el año pasado y es que fue desde enero empezó a irse, pero terrible (Intervenciones 32 - 38. Escenario 1. Caso 3).

Muerte como mundo posible. Para CG, la muerte ha sido significada como una realidad futura e irreversible inherente a la vida, evento que si bien acompaña las experiencias de enfermedades crónicas también hacen parte de la dinámica natural del ser humano; por lo que emergen ambivalencias emocionales entre la tranquilidad por ser un proceso normativo en el que se extinguen las dolencias físicas, y el miedo debido a percepciones cristalizadas respecto a las formas en que ocurre esta situación (sufrimiento, estados paliativos, invalidez, dependencia, entre otros). Lo anterior podría explicar las posibles formas de operar del consultante en el tiempo presente de manera estática por los temores suscitados ante lo desconocido e incierto del futuro que al parecer silencia su potencial creativo. Lo anterior, se visibiliza en el siguiente relato:

T: En este momento quisiera que exploremos un poco ese significado que has construido en torno a la muerte.

CG: Ya... eh, pues sí, pues para mí la muerte, como dice toda la gente, es lo único seguro que tiene uno, ¿no? Y tarde o temprano le va a pasar a uno, pero pues en ese momento uno piensa que se va a morir, o por lo menos eso me sucedió a mí, pues yo lo que quería era que me aliviaran el dolor, como fuera, de alguna manera o de otra, pero no me decían que me fuera a morir ni nada, yo supe que estuve a un pasito de pasar al otro lado fue por los médicos, los mismos médicos me dijeron 'no, es que si usted no llega hoy seguramente no....' si, lo que conversamos ahorita, seguramente no amanezco. Y digamos, pues, o sea, obviamente uno le tiene miedo a lo desconocido, ¿no? pues no miedo sino incertidumbre, como cosa, y no tanto miedo a la manera, a la muerte pues en sí, sino como si uno va a sufrir mucho, o si va a quedar así repentino, porque de todas maneras todos nos tenemos que morir, lo duro es saber cómo ¿no? (Intervención 5 - 6. Escenario 2. Caso 2).

Experiencia Narrativa. Los actores otorgan sentido y significado a su experiencia pasada, actual y futura a partir de posturas proposicionales ante los posibles modos en que se podrían presentar los sucesos en una realidad multitemporal, la cual invita a operacionalizar los diversos procedimientos que se llevan a cabo para alcanzar objetivos específicos en términos de estrategias de afrontamiento vigentes y co-construidas por los sistemas consultantes.

La enfermedad renal crónica ¿cómo aprender a vivir con esta realidad? La experiencia de enfermedad es puntuada como un mundo posible y real que se perpetúa a lo largo de la vida y por tanto constituye diversos desafíos que invitan a las personas a desarrollar roles activos y participativos frente a la preparación y afrontamiento de los continuos procesos e implicaciones de la misma, al adquirir aprendizajes y conocimientos propios de la medicina que amplifican tanto las narrativas como las formas de operar, favoreciendo el empoderamiento de saberes a fin de mitigar sensaciones de incertidumbre que impactan el estado emocional y relacional de los consultantes consigo mismos y sus redes de apoyo; de esta manera, se externaliza el problema en el momento en el cual los sistemas comprenden que el acontecimiento hace parte de su historia de vida más no de su ser identitario.

Tipos de tratamiento. Los actores que se encuentran afrontando el estadio cinco de la enfermedad plantean alternativas con respecto a los diferentes tipos de tratamientos que el contexto hospitalario ha creado, como por ejemplo la hemodiálisis y la diálisis peritoneal manual, en ese orden de ideas, cada proceso se constituye como mundos posibles que se gestionan desde las necesidades y aptitudes subjetivas de la persona diagnosticada (contar con red de apoyo permanente, hábitos de organización, facilidades o limitaciones en el desplazamiento, etc.) de manera que se posibilita la toma de decisiones frente a los cambios que deben operacionalizarse en los distintos ámbitos del ser humano, incluso en su lugar de vivienda (asepsia e higiene), lo que podría entenderse en el siguiente diálogo:

T: Ok, yo les comento, nosotros una vez conversamos con una consultante que también nos comentó sobre el proceso peritoneal y ellas nos decía que es un proceso que no es para todo el mundo, justamente por todos los cuidados que hay que tener, entonces no sé ustedes cómo lo ven ¿todo el mundo podría acceder o cualquier persona podría acceder al tratamiento peritoneal?

CE: Pues nosotros le comentamos eso, digamos una persona que viva en el campo, que no tiene ni piso ni nada, eso le revisan a uno todo, paredes y todo, entonces cómo hace, me dijeron que sí, que en la Guajira hay mucho paciente, pero que ellos dan unas carpas, que ellos se encierran a hacerle la diálisis. Porque uno tiene que tener las ventanas cerradas, si hay ventilador apagarlo media hora antes, todo así.

T: Para limpiar también todo el ambiente (Intervenciones 285-290. Escenario 1. Caso 3)

Específicamente en el caso de CF, emerge la posibilidad de cambiar el tratamiento de diálisis peritoneal manual a mecánica desde la máquina automática, puesto que este último procedimiento se realiza en horas de la noche mientras que la persona duerme, lo que favorece dinámicas propias de la vida laboral y familiar durante el día que a su vez permiten el reconocimiento de estados de vitalidad y productividad; además, se mitigan saturaciones propias de las ritualizaciones rígidas que implican las intervenciones previas.

Por otra parte, CF previamente a iniciar el tratamiento de diálisis tuvo la posibilidad de acceder a acciones preventivas durante diez años para evitar dicho procedimiento, entre estas se encuentran: transformación de hábitos de alimentación para evitar el sobrepeso u obesidad, medicación prescrita para mitigar la presión arterial elevada y los problemas vasculares, realización de ejercicio físico, etc.; no obstante, la evolución de la enfermedad fue asintomática y silenciosa lo que conllevó finalmente al diagnóstico en estadio cinco. En ese sentido, se comprende que el sistema familiar generó cambios paulatinos que los preparó para afrontar el evento inesperado y permitió la naturalización de la experiencia al asumir la noticia desde narrativas de tranquilidad y generatividad.

Temporalidad del diagnóstico. Los consultantes narran la noticia del diagnóstico desde tiempos subjetivos que oscilan entre 5 años (CN), 1 año (CG) y 5 meses (CF), experiencias que posiblemente permean el agotamiento físico y mental de cada uno de los actores participantes tanto de las ritualizaciones rígidas de los tratamientos como de las dinámicas relacionales que se tejen durante dicho momento; en ese sentido, se visibilizan mundos posibles frente a las distinciones en la manera como en el presente se afrontan las crisis, en el caso de CN se privilegian estados de quietud, en CG se favorecen tránsitos entre pausas y movimientos y CF tiende a la celeridad como estrategia de afrontamiento para solventar las dificultades.

Al referirse a la quietud, los significados que se han construido irrumpen en los procesos de reorganización de los sistemas, sin embargo, dicho estado al parecer puede ser comprendido como el equilibrio que dispone a las personas hacia la oxigenación de motivaciones que los orientan a nuevos movimientos, situación que implica la emergencia de incertidumbres y miedos que pueden ser interpretados de dos formas, la primera entendida como un recurso adaptativo y la segunda desde la limitación de la capacidad creativa del ser humano.

En ese orden de ideas, las dos alternativas son una decisión del sujeto que lo corresponsabiliza de sus propios procesos coevolutivos, y a su vez, lo invita a reconfigurar el rol de “paciente” hacia posturas participativas que nuevamente los conecta como autores de su propia historia; lo anterior se reconoce en el relato de CN: “uno se da cuenta de muchas cosas, por ejemplo el querer avanzar, el querer... cada uno tiene una mentalidad diferente, pero entonces todos tenemos las ganas de salir adelante y de dar un paso adelante” (Intervención 134. Escenario Conjunto).

Comorbilidad. CG actualmente presenta dos enfermedades que ocurrieron al parecer paralelamente, lo que indica que existe correlación entre la enfermedad renal crónica y la hiperplasia prostática puesto que una puede influir en la evolución de la otra de forma bidireccional, experiencia que se relaciona con sensaciones de miedo e inseguridad por la presencia de un peligro adicional que conlleva a la decadencia de la salud de manera acelerada, siendo un mundo posible que vislumbra un factor de vulnerabilidad que se ubica en indicadores históricos y evolutivos del sistema familiar en cuanto a eventos estresores que frenan su desarrollo por la sobrecarga de demandas en distintas etapas vitales del diagnóstico, como menciona el consultante: “Ahorita en el futuro próximo se me presenta un... no sé si te conté, que tengo pendiente la cirugía de la próstata, ¿no? Y eso para mí es un bache en el camino, pero tengo que hacerlo (...) entonces eso es lo que ahorita, porque si no fuera por eso yo estaría ahorita feliz prácticamente.” (Intervenciones 203-209. Escenario 3. Caso 2).

Memorias y Relatos Alternos. Son aquellas versiones periféricas que se amplifican para crear significados alrededor de los mundos posibles ya construidos y aquellos que pueden emerger en los sistemas consultantes desde narrativas no oficiales que desrigidicen relatos dominantes.

La psicoterapia como un mundo posible y real. El contexto de ayuda ha sido puntuado por los actores participantes como un espacio novedoso y emergente que permite experiencias de tranquilidad debido a que se co-construyen relaciones basadas en la escucha, legitimación, reflexión y diversificación de realidades entre los consultantes y los terapeutas; así mismo, se reconocen procesos de metaobservación desde diferentes niveles emocionales, cognitivos y comportamentales que orientan a la diada hacia el conocimiento de su propia epistemología humana, es decir, regresar sobre el sí mismo para crear comprensiones recursivas, contextualizadas y multidimensionales tanto del evento no normativo de enfermedad como de otras situaciones que han permeado el bienestar de los sistemas.

Complementando lo anterior, la apuesta del escenario narrativo conversacional se encuentra encaminada a revelar aquellas agendas que permanecen ocultas para favorecer la externalización de lo connotado como problema, en el que los consultantes por medio de su lenguaje verbal y no verbal logran otorgarle sentido a sus dificultades, generando a su vez la movilización y reactualización de formas distintas de interpretar realidades, es así como en el caso de CN, la psicoterapia se puntúa metafóricamente como un polo a tierra que modeliza hipotéticamente acciones desde una perspectiva integradora de la cotidianidad a partir de la creación de situaciones alternas que denotan la movilización de puntos ciegos, como se ejemplifica a continuación:

T: (...) me gustaría entonces saber ¿cuál ha sido tu experiencia en estas dos sesiones anteriores?, ¿Cómo qué puntos has visto?, ¿cómo qué situaciones crees que se han movido en ti y que también han sido importantes?

CN: Bueno pues, el espacio que me están ofreciendo acá por parte y parte, he sentido como mucha tranquilidad, me he sentido como si me hubiera quitado de cierta forma un peso de encima (...) entonces sí porque prácticamente te descargas, yo siento eso (Intervenciones 7-8. Escenario 3. Caso 1)

Recursividad del tiempo. La metáfora del reloj de arena como estrategia metodológica construida por los investigadores - interventores posibilitó que los sistemas consultantes interconectaran experiencias de las tres dimensiones del tiempo (pasado, presente y futuro), generando así reconfiguraciones que flexibilizaron percepciones totalizadoras y saturadas con respecto al evento no normativo de enfermedad al comprender que el tiempo es fluctuante y cambiante, por lo que no se asume una linealidad en los acontecimientos de la vida; en ese sentido, la no fragmentación temporal en un antes y un después de un momento de fricción permite la recursividad entre crisis, organización, caos y creatividad al visibilizar memorias y relatos alternos ante la creación de mundos posibles que incluyan la reversibilidad de los significados.

Complementando lo anterior, la circularidad del tiempo genera la emergencia de repensar el pasado desde la oportunidad de resignificar lo vivido y narrado desde una perspectiva de aprendizaje, releer el presente entendiendo las crisis como adyacentes que autoorganizan a los sistemas y a su vez promover la coevolución para replantear el futuro desde realidades alternas y posibles. Lo descrito previamente, nuevamente invita a los actores participantes a pensar en la metáfora, específicamente cuando los granos de arena ubicados aleatoriamente en el reloj simbolizan las diversas alternativas que pueden construirse o deconstruirse para favorecer novedades adaptativas ante los desafíos propios de la vida, en el que dichas dimensiones legitiman versiones creativas de lo humano.

En adición, la reconfiguración temporal invita a los consultantes a interpretar que, en algunas circunstancias, los ritmos subjetivos transitan recíprocamente hacia posiciones estáticas o en movimiento que suscitan procesos de retroalimentación frente a estados emocionales que favorecen actitudes proposicionales, en ese orden de ideas, el siguiente relato expone las ideas que anteceden:

T: Si, ustedes ven que el reloj de arena tiene varios granitos, o sea, como varios fragmenticos y la emergencia puntual es que nunca sabemos en qué lugar van a estar del reloj, nunca vamos a saber si van a estar arriba, abajo, en el medio y que siempre se van a organizar de una manera distinta, la vida es así, la vida nos invita a ser muy creativos para afrontarla, porque la vida de por sí pues lo expone a uno a muchas situaciones que uno no espera, pero que de alguna u otra manera nos permite vivir distintos... y siento muchas veces que la enfermedad es un pretexto para lo que decía, para reconectarse uno con la vida (Intervención 162. Escenario Conjunto).

Actividades de esparcimiento. Al parecer CN ha somatizado corporalmente el estrés por medio de dolores de cabeza que representan preocupaciones inherentes a su cotidianidad, por lo que la consultante considera pertinente recrear escenarios novedosos de entretenimiento para mitigar temporalmente dichos malestares, un ejemplo de ello es compartir con su hijo espacios de recreación a través de la lectura de cuentos infantiles que fortalezcan la creatividad e imaginación de la diada; en ese orden de ideas, se comprende que las actividades de esparcimiento posibilita que la persona alimente sus estados de tranquilidad y calma al minimizar responsabilidades u obligaciones propias del diario vivir.

En el caso de CG, se reconocen pasatiempos que se anclan a proyecciones sociales que responden tanto a necesidades específicas de la comunidad como a un interés voluntario por llevar a cabo acciones que beneficien a los demás, es así como la labor consiste en plantar árboles para brindar el servicio ambiental de recuperar una parte del paisaje nativo y oxigenar el ambiente, además de reparar tejas de las viviendas damnificadas por la ola invernal.

Por otra parte, el consultante ha manifestado un gusto por la lectura de obras literarias de humor, ironía y crítica social que estimulan su creatividad desde la voz de autores que plantean historias imaginadas que promueven realidades alternas a la propia, de manera que se distancia de situaciones puntuadas como problemáticas, siendo este un recurso adaptativo de CG, como se descubrió durante las sesiones y se ejemplifica en el siguiente relato:

CT: ¿de dónde saca este hombre fuerzas para salir adelante? (...)

CG: Yo no es que sea así, eh, como le dijera, el ave fénix que surgió de las cenizas... No. (risas) No, sí, sino que, pues ahí si no sé, yo no sabría qué responderle, no sé de dónde saco... tal vez de lo que yo he leído, no sé, porque yo le comentaba una vez a T que yo leía muchísimo, yo leía mucho, entonces tal vez algo le va quedando a uno de todas esas lecturas, esas lecturas, entonces supongo que de ahí o de la misma vida (Intervenciones 63-68. Escenario 4. Caso 2).

Maternidad. La experiencia de vida de CN al momento de ser madre simboliza la creación de una nueva generación que involucra dimensiones de bienestar y cuidado por su hijo, quien requiere de atención, protección y amor, en ese sentido, el subsistema parental co-construye lazos vitales que se mantienen y evolucionan en el tiempo a partir de aprendizajes que encaminan a la consultante hacia la reorganización de prioridades que si bien previamente se presentaba en el plano individual, en el presente se recrean en la esfera colectiva. Lo anterior, da cuenta de un mundo posible que dota de sentido e inspiración a la familia para promover el progreso, la expansión y la felicidad, además de potencializar un anclaje de pertenencia. De esta manera se interpreta que la maternidad es un punto de conexión con la vida que aminora el evento no normativo de enfermedad, como se visibiliza en la siguiente secuencia conversacional:

T: No, espérame, espérame... ¿Tu hijo nace estando en diálisis?

CN: Sí.

T: ¿Qué significó tener a tu hijo en un proceso de diálisis?

CN: Todo, al principio fue prácticamente duro y fue todo el mundo contra nosotros porque era una decisión fuerte, ¿por qué? porque me podía pasar algo entre comillas, mi familia no quería que yo tuviera un niño, ¿por qué? porque prácticamente era el niño o era yo, ese era el punto de vista de los médicos

T: ¿Cuáles has logrado identificar tú en tu vida?

CN: Mi hijo... mi hijo ha sido digamos un polo a tierra, en el sentido de que yo tengo que cuidarme, de que yo tengo que ir a diálisis. (Intervenciones 211-250. Escenario 1. Caso 1)

El sí mismo. CN durante los escenarios conversacionales inició un proceso de reencuentro consigo misma que le permitió favorecer su autoconocimiento desde la articulación de enseñanzas y aprendizajes que se suscitaron por eventos puntuados como dolorosos, es por ello que la consultante connota como significativo visibilizar sus propios estados internos para pensarse desde el recurso y potencializar percepciones generativas de su ser en el mundo, validando sus experiencias vividas y narradas a partir de percepciones que legitiman sus emergencias y vicisitudes.

En el caso de CG, la tranquilidad ha sido configurada como un mundo posible que invita al consultante a favorecer posiciones de calma, relajación, silencio y reposo, estados que se relacionan con resonancias emocionales que orientan a pensar, sentir y actuar frente a cómo se irán presentado los sucesos, pues de esta manera se disminuyen preocupaciones propias de la experiencia de enfermedad; en ese orden de ideas, dicha tranquilidad le apuesta hacia la disminución de miedos personales y la potencialización de la confianza ante la vida, como el consultante refiere:

T: Con todas estas historias que has contado y que hacen parte de todo esto, ¿qué nos espera hacia adelante o cómo te visualizas?

CG: Pues eh... viviendo tranquilo, pues esa es mi mayor anhelo, pues o sea, estar tranquilo, que las enfermedades que tengo no me implique mayores... ¿cómo se dice? mayores malestares, ¿no? estar tranquilo es lo único que yo quiero (Intervenciones 152-153. Escenario 3. Caso 2).

Configuración identitaria

La categoría emergente en mención hace alusión a versiones oficiales y emergentes que los actores participantes han estructurado del sí mismo al comprender el self desde procesos dinámicos que involucran áreas relacionales y contextuales que definen la identidad individual y colectiva de los sistemas. Lo anterior podría considerarse como un acercamiento para tener

en cuenta en futuras investigaciones que se relacionen con el presente proyecto de investigación - intervención.

Colectividad de la experiencia. Al parecer la unidad de diálisis es el lugar en el que se crean sentidos, interacciones y vínculos significativos entre personas diagnosticadas y sus acompañantes, personal terapéutico (nefrólogo, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) y equipos biomédicos (silla y máquina de diálisis), los cuales co-construyen espacios de pertenencia que a su vez configuran un territorio, es decir, un sitio propio que dota de cohesión, alianza, unidad, empatía, discrepancias y protección donde comparten, socializan y legitiman experiencias vividas y narradas. En ese sentido, CN enfatiza en la lucha que tanto ella como su grupo ha efectuado para obtener la comodidad que requieren en este lugar, como se ejemplifica:

CN: Estas son nuestras sillas más o menos. Hemos peleado muchas veces con... el administrador, porque nosotros pasamos cuatro horas prácticamente acá, entonces qué pasa que a veces nos entregaban ahí sillas no aptas para una persona (Intervención 101. Escenario 2. Caso 1).

Adicionalmente, se comprende que las relaciones que se tejen dentro de este territorio tienden a la búsqueda de procesos de solidaridad, comprensión y cooperación que permiten la configuración de nuevas formas de organización tanto a nivel individual como grupal, situación que al parecer posibilita la creación de identidades colectivas a partir de conexiones desde similitudes y diferencias; en ese sentido, emergen dimensiones temporales que conectan las experiencias al significar el pasado desde sensaciones de nostalgia, el presente con los cuidados integrales de la enfermedad y el futuro en la añoranza de la pensión como forma de estabilidad económica que promueve estados de tranquilidad, como menciona CG:

CG: Precisamente la señora que me tramitó ahí en Porvenir, me dijeron que los pacientes renales son a los que más rápido le dan la pensión sin tanto problema, entonces para uno es una gran ventaja (Intervención 30. Sesión conjunta).

El cuerpo narra su propia historia. Las experiencias de enfermedad narradas por los consultantes dan cuenta de las múltiples conexiones generadas en la corporalidad de la persona diagnosticada, puesto que para iniciar el tratamiento de diálisis es necesario realizar una intervención quirúrgica en la cual se crea un acceso vascular (en el antebrazo, abdomen o cuello), mecanismo que permite la conexión con la máquina y, a su vez, transforma los vínculos que el individuo construye con su cuerpo y con el de otros, debido a que se requieren cuidados meticulosos que limitan el contacto físico para prevenir daños colaterales, como ella menciona en la siguiente secuencia interaccional:

T: Espera, explícame, ¿el acceso es qué?

CN: El acceso, es donde me hacen la diálisis, no lo puedo sacar, a mí me hacen la diálisis en el brazo, es un acceso vascular (...) y es por donde alzo mi hijo, pero él sabe que yo no lo puedo alzar porque se me daña el acceso (Intervención 187. Escenario 1. Caso 1)

De esta manera, en el caso de CN se visibilizan relatos deficitarios alrededor de sensaciones de reproche y queja por las limitaciones físicas que el acceso genera, especialmente con su hijo cuando se restringen manifestaciones de afecto como abrazarlo y alzarlo; dichas narrativas se reconfiguraron al comprender que las cicatrices corporales suscitadas por los efectos secundarios del tratamiento son sinónimo lucha, esfuerzo y compromiso, ya que cada una de ellas cuenta una historia que si bien se tramita desde el dolor también visibiliza la memoria de encontrar en su sanación una señal de batallas ganadas y logradas, además de comprender la heroicidad como un impulso o plataforma que reestructura perspectivas vitales desde la confianza y seguridad para continuar afrontando los devenires de la vida, lo cual puede comprenderse en la siguiente secuencia conversacional:

T: Te entiendo perfectamente, bueno, pues quisiera preguntarte y es que me surge la inquietud y es que cuando hablamos de esas heridas, es decir, de lo que está en tu cuerpo, de esta cicatriz que tienes aquí en el cuello, de tu acceso en el brazo, y te decía que era como heridas de guerra que de alguna u otra manera te han ayudado a salir

adelante porque pues son como heridas de batalla que has tenido con esta enfermedad y las muestras orgullosa ¿Si?

CN: Sí, a mí no, sí me, a veces sí me da pena, entonces yo a veces me pongo camisa larga, pero cuando me quiero poner una camisa corta yo digo “agg a la final pues que me miren, igual es parte ya de mi vida” y a veces sí me irrita un poquito que la gente se queda, así como asustada, pero ellos no saben, al final ellos no saben y se asustan, pero entonces a mí me da rabia ¿sí? (Intervenciones 23-24. Escenario 2. Caso 1).

Identidad Familiar. CF y su familia han logrado visibilizar que la unión ha sido el recurso más útil para generar procesos de afrontamiento ante situaciones puntuadas como dolorosas, estando acompañada por el respeto, la tolerancia, el amor, la compañía, la fortaleza, la posibilidad de reconectarse, el humor, la responsabilidad, el compromiso, la colaboración, el servicio al otro y el apoyo continuo, lo que ha significado bienestar emocional, estabilidad económica y construcción de redes vinculares. Esto adicionalmente, hace parte del legado familiar que se ha configurado en torno a las demandas que los otros requieren, por lo que se mantiene en el tiempo y constituye parte de la identidad familiar, lo cual pudo visualizarse en la cartografía social.

En adición, estos recursos posibilitan que el sistema se reinvente de manera recursiva y circular constantemente, permitiendo plantear unidades productivas que conlleven al sostenimiento de la familia y a la búsqueda activa para encontrar posibles soluciones desde posturas de movilidad y co-evolución, dando sentido al bienestar individual y colectivo a través de la creatividad, imaginación, proactividad e iniciativa propia, con el fin de responder a las necesidades que emergen en momentos de crisis (experiencias de enfermedad y fallecimiento del padre), en ese orden de ideas, los integrantes de la familia se han significado a sí mismos como el recurso más relevante, pues reconocen a la bondad como característica identitaria familiar; un ejemplo de ello se reconoce en el siguiente análisis:

M1: (...) vemos en la familia de ustedes muchas creatividades por su profesión y la creatividad creo que también es muy importante, porque eso es lo que permite ver las cosas de una manera distinta, bueno si no es por acá es por acá y creo que hace parte de

la identidad de ustedes dos, bueno no y de CE también porque CE es estilista y creo que para eso también se necesita creatividad (Intervención 298. Sesión Conjunta).

De la autosuficiencia a la autoorganización. A partir del diagnóstico de enfermedad renal crónica CG ha vivido situaciones puntuadas como difíciles a nivel de su salud, las cuales lo invitaron a generar nuevas comprensiones acerca de la polaridad semántica entre autonomía vs dependencia al asumir roles de cuidador y cuidado; en ese orden de ideas, el decaimiento físico del consultante requería de la participación de un otro desde procesos de ayuda, que a su vez suscitaron movimientos del sistema familiar para incorporar la virtualidad como estrategia adaptativa que tramita apoyo, unión y cohesión entre sus integrantes, situación que favorece lecturas sobre la polifonía identitaria al vislumbrar la importancia de transitar entre clausuras y aperturas para no cristalizar el self en dichas polaridades.

En ese sentido, al parecer uno de los recursos que le ha permitido afrontar las crisis a CG es la tranquilidad que emerge como configuración identitaria que se construye especialmente en momentos de soledad, puesto que es significada como la oportunidad para explorar sensaciones de libertad ante una experiencia de enfermedad que posiblemente se ha recreado desde el ruido y el caos del contexto hospitalario, por lo que favorecer escenarios de silencio desde la cotidianidad de su hogar permite generar conexiones consigo mismo desde el arte de encontrar en lo común la emergencia de lo novedoso, como por ejemplo a través de estados de quietud y paz, que lo impulsan posteriormente a la movilidad en un bucle recursivo. Lo anterior se puede comprender en el siguiente relato:

T: Aquí hay una comprensión bastante interesante y es precisamente entendemos que tú has creado esa autosuficiencia y que has logrado desarrollarla, pero... queremos saber un poco si tú has sentido que necesitas de otra persona en este momento, así como tú estuviste con tu padre en algún momento

CG: Ahorita, en este momento, así... pues no mucho (...) pero yo toda la vida he disfrutado el estar solo (...) por ejemplo cuando mi familia, estábamos todos en la casa yo era feliz cuando se iban y me quedaba solo, me sentía como libre (...) excepto la única vez cuando me enfermé, que ahí sí tenaz porque y ¿ahora qué, ¿quién me ayuda?... Ahí sí me tocó... pero en general yo disfruto mucho el estar solo

T: ¿Cuáles son ganancias de la soledad, qué te ha permitido?

CG: Pues no sé, hago lo que me gusta (...) yo puedo leer por ejemplo rico un libro en el silencio sin que nadie me moleste (Intervenciones 67 - 74. Escenario 1. Caso 2)

Adicionalmente, se reconoce que otra fuente de tranquilidad para CG es la seguridad que le otorgan las recomendaciones médicas a partir de la adherencia al tratamiento, puesto que mitigan el dolor físico y mantienen la estabilidad de su salud; lo anterior conlleva al consultante a privilegiar las connotaciones hegemónicas de la medicina tal vez por su postura profesional y vocacional de ser veterinario, en ese sentido, podría posicionarse isomórficamente frente a los mencionados conocimientos y opere de forma responsable. Lo anterior permite comprender que es probable que logre generar un sentido de pertenencia con los integrantes que hacen parte de la unidad renal, siendo su principal red de apoyo actualmente.

CG: (...) Fueron tres meses que yo estaba re mal, que fue como en junio, julio y agosto del año pasado, que yo sí mejor dicho para caminar de aquí a allá eso era un esfuerzo terrible, me sentía malísimo en todo sentido, pero ya digamos por los tratamientos y las atenciones médicas, incluso por las diálisis pues ya me siento mucho mejor, incluso casi como me sentía antes de enfermarme, y pues afortunadamente ahora yo me siento muy bien, con energía y toda esa cosa (Intervención 14. Escenario 1. Caso 2).

Procesos Autorreferenciales

Los investigadores - interventores durante los escenarios conversacionales se reconocen a sí mismos desde sus emergencias y contrariedades para construir junto con los consultantes el contexto de ayuda y las experiencias suscitadas durante cada encuentro en relación a las categorías de análisis mencionadas hasta el momento, es así como los sistemas de referencia y acción apuestan por el cambio desde el tránsito de compresiones que se ubican en relatos dominantes o narraciones privilegiadas hacia aquellos que visibilizan secuencias conversacionales alternas (recursos y potencialidades) a partir del juego recursivo de la metaobservación, lo cual es descrito con mayor profundidad en el presente apartado.

Autonomía Relacional, sincronización de estilos terapéuticos y humanos. El nivel vivencial y experiencial de los investigadores - interventores inicialmente se orientó a un cuidado del otro que responde más a un cuidado de sí mismos, en ese sentido, se recreó una esfera de autoprotección ante resonancias emocionales de miedo e incertidumbre al no lograr gestionar las crisis emotivas de los consultantes, por lo que la respuesta se encaminó hacia la conexión cognitiva privilegiada que en ocasiones al parecer silenciaba e invisibilizaba dominios afectivos. Posteriormente, en los equipos reflexivos se planteó la posibilidad de comprender al terapeuta en relación con los actores participantes a partir de encuentros humanos que legitiman interacciones lingüísticas no solo desde lo intelectual, sino también a partir de lo emocional.

En adición, dichas interconexiones significan la triada del sí mismo, del otro y del nosotros dentro del proceso de psicoterapia y consultoría a la luz de la sincronización de ritmos individuales y colectivos para favorecer acoples y enganches terapéuticos ante la diversificación de la experiencia vivida y narrada, dando lugar a la apertura de relatos connotados desde el dolor y sufrimiento a fin de promover procesos coevolutivos que integran dinámicas vitales de autoorganización, unidad, identidad, cooperación y límites entre formas de percibir el mundo, sistemas de creencias, culturas, epistemes y dilemas inherentes a la vida, de esta manera el contexto de intervención clínica denota una participación discursiva recíproca en un espacio que valida las intersubjetividades.

Con respecto a aquellos eventos puntuados como difíciles, los investigadores - interventores en un primer momento referían la importancia de activar redes de apoyo familiar, social y/o institucional, pues estas al parecer permiten transacciones de ayuda emocional que favorecen la construcción de vínculos significativos que perduran en el tiempo a través de la facilitación de recursos como reciprocidad, conexión y orientación; en una segunda instancia, se reconfigura dicha perspectiva privilegiada al contemplar a su vez la amplificación de la voz

propia como un pilar que es significado desde el soporte y sostén, fortaleciendo estructuras del sí mismo ante el afrontamiento de la experiencia de enfermedad desde recursos personales que se activan en medio de las crisis; en ese orden de ideas, la persona transita bidireccionalmente entre lo relacional y lo individual. Por tanto, la reconfiguración de la autonomía relacional invitó a los terapeutas a comprenderla desde procesos recursivos entre estos dos niveles que se complementan y complejizan mutuamente.

Por otra parte, los terapeutas en el desarrollo de los escenarios iniciales visibilizaron acciones que estaban privilegiando procesos narrativo conversacionales que respondieran los objetivos investigativos-interventivos asociados a comprender la experiencia de enfermedad, impactando en la saturación de historias centradas en las situaciones problemáticas de manera isomórfica con las familias, lo que posiblemente coartó la multiplicidad de diálogos que podrían generarse sobre otras situaciones representativas de los sistemas que vislumbran su potencial creativo, es por ello que los consultantes transformaron los procesos de terapia y consultoría al danzar sobre diversos eventos que ampliaron memorias y relatos alternos periféricos al acontecimiento no normativo, flexibilizar percepciones totalizadoras de la realidad.

Acerca de la metáfora del reloj de arena, en un comienzo los investigadores - interventores consideraban que el movimiento era el principal gestor de cambio ante la oportunidad de transitar en las tres dimensiones del tiempo (pasado, presente y futuro), sin embargo, los actores participantes plantearon la posibilidad de comprender la quietud como un proceso adaptativo que de modo similar promueve las transformaciones, de allí se construye la emergencia de conversar entre dichas polaridades para entender que los estados de celeridad o reposo no se sobreponen entre sí, por el contrario, ambos se necesitan para circular entre aperturas y clausuras que denotan nuevas organizaciones, es así como las premisas de los

sistemas reconfiguran desde una autonomía relacional las creencias e hipótesis de los terapeutas.

Adicionalmente, la metáfora construida con CG relacionada con la carrera de la maratón pudo describir los movimientos de auto-organización entre los investigadores - interventores danzando desde sus diferentes roles (terapeuta, coterapeuta y metaobservador), puesto que se identificaron con el relato del consultante al verse a sí mismos como actores que se necesitaron recíprocamente para afrontar un objetivo en común desde los multi - ritmos que se desarrollan durante el proceso, suscitándose recursos relaciones de acompañamiento, apoyo y contención emocional frente a los dilemas humanos de los sistemas, pues en ocasiones se tornaba difícil tramitarlos, siendo significados como bolas de fuego que requerían estéticamente ser devueltas para corresponsabilizar a los actores participantes de su experiencia vivida y narrada. Lo anterior puede visibilizarse en la siguiente conversación dialógica entre los investigadores-interventores:

M2: Pero sabes cuando él te decía alguna cosa como desde lo emocional yo sentía como que, a ti, a tu corazón directamente de terapeuta, venía como una bola de fuego, que tu empezabas como a elaborar internamente y acá hablábamos y decíamos ¿qué será lo que siente T con esa bola de fuego en su corazón? (...) ¿Qué sientes como terapeuta?

T: Es difícil poderlo decir en palabras, tengo acá en el pecho, una presión, pero es una presión como de euforia no se... de darme cuenta que es un ser humano y que yo también soy un ser humano, y que yo muchas veces sentí que quería poder investigar un dolor que se pudiese tocar (Intervenciones 167 - 169. Escenario 2. Caso 2).

M2: Seguramente nosotros también necesitamos andar mirándonos en esta carrera para saber que no estamos solos, para saber que esta investigación vale la pena vivirla y vale la pena sentirla (Intervención 222. Escenario 2. Caso 2).

Prospectivas vitales borrosas. Los investigadores - interventores inicialmente significaron el futuro a partir de puntuaciones de esperanza ante realidades posibles que se sustentan desde dominios lógicos o espirituales, siendo un recurso que al parecer activa resonancias emocionales de motivación y tranquilidad para responder a demandas propias de la experiencia de enfermedad, es así como los terapeutas pretendían tanto promover anhelos en los consultantes de manera previa como otorgarle sentido al proceso mismo del evento no normativo a través del arte de curiosear el mañana, este último desde la confianza de un panorama funcional que evade todo pronóstico desalentador, además de esperar con anhelo aquellas expectativas que se construyen para “superar” o “mejorar” una situación.

Posteriormente, los terapeutas resignificaron dicho concepto durante el transcurso de los escenarios conversacionales al contemplar junto con los consultantes la posibilidad de co-crear prospectivas vitales que no necesariamente estén vinculadas con procesos de esperanza, es por ello que se da apertura a dinámicas de incertidumbre, miedo y ambigüedad ante situaciones que orientan a la persona a visibilizar múltiples realidades, dando lugar a fluctuaciones en el guion de vida que reta el poder creativo de los sistemas para autoorganizarse y favorecer futuros deseados que involucran recursivamente dominios emocionales, cognitivos y comportamentales vigentes en el presente y que se reactualizan conforme a los horizontes de tiempo.

Otro punto a mencionar es el ciclo de vida de los actores participantes, especialmente en el caso de CG cuando se esperarían normativamente que a la edad de 52 años se encontrara participando de dinámicas conyugales y parentales, lo que posiblemente en un principio invalidó prospectivas vitales subjetivas que reconocen la novedad desde comprensiones diversas de ser familia, es por ello que la apuesta de los investigadores - interventores se redireccionó hacia la flexibilidad de estereotipos tradicionales hacia aquellos emergentes que dan cuenta de

hogares integrados por una sola persona, quien a su vez ancla sus sentidos de pertenencia desde vínculos virtuales con su sistema nuclear y expande lazos a redes más amplias.

Polaridades que construyen y deconstruyen mundos posibles. La muerte al parecer es una experiencia en la que los terapeutas se conectan constantemente al comprenderla en un principio desde resonancias emocionales de dolor, sufrimiento y pérdida de seres queridos, las cuales emergen al configurar polaridades semánticas de ausencia - presencia, vida - fallecimiento, de manera que con dificultad lograban significarla como un mundo posible al mantener relatos de esperanza que promovieran y privilegiaran acciones orientadas a preservar la vida. No obstante, en los procesos narrativos conversacionales, los consultantes invitaron a redefinir la muerte como un adyacente que se incorpora en la experiencia de enfermedad a partir de la visibilización de enseñanzas, legados y aprendizajes que se continúan perpetuando desde lo virtual y, a su vez, permite deconstruir dichas polaridades para incluir términos borrosos.

Por su parte, los sistemas de creencias de los terapeutas alrededor de la adherencia al tratamiento como posibilidad interventiva, en un inicio era comprendida como opción que al parecer invisibilizaba la dimensión afectiva de los consultantes puesto que establece relaciones dualistas entre cuerpo - emoción que fragmentaba el self; sin embargo, los investigadores - interventores resignifican dicha premisa al entender que los procedimientos médicos son un mundo posible que conecta al consultante con la vida, brindando alternativas que dotan de sentido a su existencia desde percepciones de utilidad y funcionalidad.

DISCUSIÓN

El presente capítulo plantea lecturas comprensivas del fenómeno de investigación - intervención correspondiente a la configuración y reconfiguración de la experiencia narrativa de enfermedad renal crónica a partir de la construcción discursiva suscitada en los escenarios

reflexivos conversacionales con los actores participantes, visibilizando de esta manera las principales emergencias que amplifican y dotan de sentido novedoso a los procesos dialógicos, a fin de recrear relatos alternos que favorezcan la resignificación y creación de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles que coexisten desde la recursividad del tiempo complejo simbolizado teórica y comprensivamente en la metáfora del reloj de arena.

Lo anterior, se articula con los autores referenciados en el estado del arte documental y sistema teórico con el propósito de legitimar concurrencias, complementariedades y antagonismos interpretativos de las categorías de análisis en relación a lo planteado en los resultados; en ese sentido, el evento inesperado en mención situó inicialmente a la persona desde la fragmentación temporal y narrativa de la experiencia en el tiempo presente, situación que al parecer cristalizó la memoria recursiva de la persona limitando la posibilidad de pensarse desde la continuidad discursiva de su realidad, lo descrito previamente se transformó por medio de nuevas organizaciones que incorporaron el concepto de crisis a partir de adyacencias de posibilidad, coevolución y diversificación del acontecer humano.

Por otra parte, se instauraron órdenes que responden a nuevas autonomías relacionales que debaten el concepto de autosuficiencia, al comprender que la ayuda del otro es significativa para el propio desarrollo a través de la activación de redes de apoyo presenciales y virtuales que se gestan entre familiares, cuidadores, amigos, equipo terapéutico e investigadores - interventores, además de reconocer vínculos con los objetos, lugares y otros seres vivos que acompañan la experiencia. Con respecto a las prospectivas vitales, se integraron visiones de futuro orientadas a la adherencia al tratamiento desde versiones privilegiadas, que a su vez se centralizan en el presente, perspectiva reconfigurada al crear novedades adaptativas que incluyen historias periféricas al guion de vida de la persona desde dominios corporales e identitarios.

Frente a los mundos posibles, en un primer momento se vislumbra la saturación de la experiencia en el tiempo presente por las ritualizaciones rígidas del contexto hospitalario, posteriormente se resignificaron al incorporar el contexto de psicoterapia o consultoría como un escenario de legitimación cognitiva, emocional y comportamental que reconfiguró sentidos y anclajes de pertenencia, además de crear el interjuego entre las dimensiones multitemporales que permitieron el dinamismo entre crisis, organización, caos y creatividad. Para finalizar, es importante mencionar que durante el desarrollo de este apartado se profundizó en la categoría emergente referente a la identidad narrativa y corporizada de la persona diagnosticada con el objetivo de proponer futuras investigaciones en torno a la misma.

Teniendo en cuenta lo descrito previamente, a continuación, se presenta la Gráfica 1 en la que se ilustran las reconfiguraciones y procesos de cambio emergentes en la investigación-intervención:

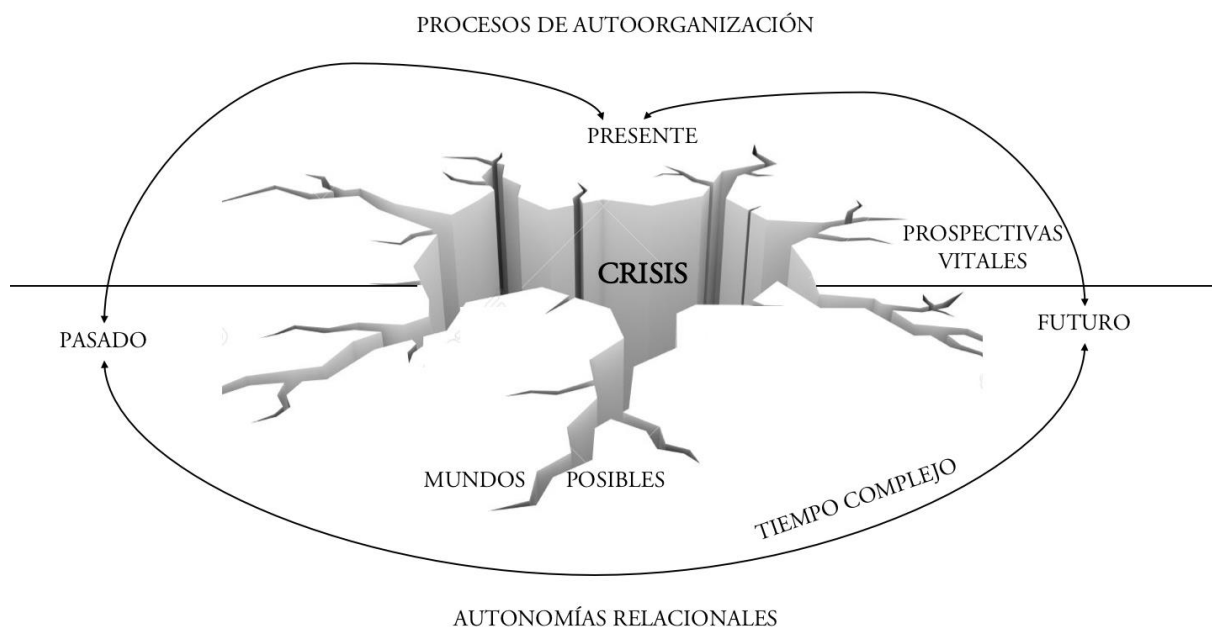


FIGURA 16. DISCUSIÓN

Trascendiendo las barreras físicas

Los constructos discursivos de los sistemas consultantes se configuran en la experiencia narrativa de enfermedad renal crónica, evento inesperado y sorpresivo que activa recursos interaccionales para hacer frente a los diferentes cambios que se suscitan en un escenario temporo – espacial tales como la unión, el apoyo, el cuidado y la contención afectiva entre los diferentes actores familiares, sociales e institucionales que participan del mismo. Es allí donde se retoma la autonomía relacional como eje de soporte de los procesos vinculares al incluir recursivamente conceptos de presencialidad y virtualidad a fin de quebrantar polaridades semánticas que privilegian el primero por sobre el segundo, en ese sentido, durante los escenarios conversacionales se legitimaron nuevas versiones del ser familia al contemplar dichas premisas.

Lo anterior se sustenta desde los postulados de Hernández (2005), quien permite comprender que los vínculos diversifican el desarrollo humano mediante diferentes formas de comunicación que son simbolizados y representados tanto en lo presencial (conexiones interpersonales que se dan en el espacio geofísico) como en lo virtual (construidos emocional y psíquicamente en un contexto histórico social subjetivo), por lo cual los investigadores - interventores crean la emergencia de generar dinámicas dialógicas entre estas dos maneras de vinculación para favorecer nuevas organizaciones con respecto a la sincronización de la proximidad y distancia en situaciones en las que los miembros se encuentran afrontando separaciones geográficas por migración de los mismos a otros lugares de residencia y/o elaboración de duelos por fallecimientos de algún integrante.

De esta manera, se complementa lo descrito por la autora al comprender que los acoples emocionales trascienden las barreras espaciales desde la virtualidad como otra forma de presencialidad, la cual permite acortar distancias y, de manera metafórica, abrazar al otro. Es por ello que el equipo de investigación-intervención invitó a los actores participantes a

comprender que frente a situaciones significadas desde el dolor, se ramifican conexiones y autonomías relaciones diversas que se autogestán para afrontar las crisis, configurándose nuevas formas de estar con el otro para trascender los horizontes físicos que se cristalizan y de esta manera legitimar la virtualidad como mecanismo regulador de la fuerza del vínculo en eventos como la experiencia de la enfermedad renal crónica, ya que se interpreta que la ausencia corporal y la no coincidencia de espacios geofísicos entre las personas no es sinónimo de extinción de las interacciones, sino una oportunidad para conectarse distinto desde lo simbólico.

En ese orden de ideas, los sistemas cumplen funciones de supervivencia ante acontecimientos que amenazan la ruptura de los vínculos al promover el mantenimiento y preservación de los mismos más allá de las fronteras que los dividen; lo anterior se gesta al visibilizar legados transgeneracionales que dotan de sentido y anclaje de pertenencia a la familia desde procesos que además amortiguan sensaciones de ausencia y acortan las distancias físicas; de esta forma, la relación terapéutica permitió cuestionar el concepto de presencialidad al momento de reevaluarla como modelo privilegiado frente al establecimiento de las relaciones, invitando a reflexionar de manera circular en autonomías relacionales que trasciendan tanto lo espacial como lo corporal.

Desde esta lógica, los escenarios narrativos conversacionales posibilitaron emergencias novedosas frente a manifestaciones afectivas a partir de la virtualidad como un adyacente adaptativo, significando la unidad, cohesión y colectividad aun cuando las familias se encuentran separadas corporalmente, favoreciendo de esta manera la fuerza del vínculo y la presencia simbólica que ayuda a mitigar las tensiones en eventos de crisis, es por ello que recordar en la conversación las relaciones significativas de los consultantes permite pensar en autonomías relacionales co-creadoras de procesos autoorganizadores de la experiencia al vislumbrar las redes de apoyo que co-existen para afrontar la multivariedad de cambios

inherentes al acontecimiento de enfermedad, lo mencionado anteriormente complementa los postulados planteados por Ledon (2011) al referir que los diferentes sistemas tejen una red para solventar las necesidades del evento novedoso.

Corporalidad y Self.

La experiencia de enfermedad renal crónica se interconecta con el concepto de corporalidad, para ello se retomaron autores que antes no habían sido nombrados en el estado del arte documental y sistema teórico por ser una categoría emergente, los cuales permiten comprender que la comunicación verbal no es el único medio para construir un escenario narrativo conversacional, sino que paralelamente es relevante incorporar y explorar “el papel espontáneo, vivo y expresivo” (Shotter, 2001, p. 29) del cuerpo; es así como los consultantes recrean historias que dotan de significado a sus señales físicas inherentes al tratamiento de hemodiálisis, diálisis peritoneal y demás exámenes de rutina, puesto que el cuerpo expone aquellas anécdotas al parecer silenciadas desde un dominio sensorial y emocional por ubicarse en partes anatómicas externas no visibles para el lente de un otro.

En ese sentido, el cuerpo refleja según Merleau (1976) la singularidad de la experiencia vivencial y contextual de la persona en relatos que se encarnan corporalmente para comunicar resonancias de malestar y sufrimiento desde dimensiones temporales y espaciales que se sincronizan en la manifestación espontánea y natural del mismo, es así como los investigadores - interventores complementan lo expuesto por los autores al entender que el evento de enfermedad se gesta desde funciones emocionales colectivas que denotan transformaciones lingüísticas que configuran el yo en el mundo a partir de las relaciones y conexiones con el otro, en el que la restauración de las heridas físicas ocasionadas por el tratamiento médico son significadas como cicatrices simbólicas de lucha, compromiso, entrega y esfuerzo para

responder a una ética del cuidado consigo mismos que interpela en la reconfiguración de los procesos identitarios por medio de narrativas ejemplarizantes.

Por otra parte, Maturana y Varela (1996) expone que el cuerpo manifiesta representaciones del yo al comprenderlo como un lugar de pertenencia y cuidado que se encuentra expuesto a cambios y transformaciones que amenazan su estructura inicial por componentes internos inherentes a los cambios biológicos propios del crecimiento vital, así mismo los investigadores - interventores amplifican dicha premisa al incluir elementos externos relacionados con la máquina de diálisis (tratamiento invasivo) como una extensión corporal que se teje en el entramado social y que a su vez genera transformaciones evolutivas del sí mismo corpóreo, de allí emergen puntos de referencia que redefinen las experiencias subjetivas del ser territorial al ubicar corporalmente los dilemas humanos de las personas convocadas desde lecturas discursivas que visibilizan dolor, sufrimiento, miedo, aprendizaje, heroicidad y expectativa, construcción simbólica que da cuenta del impacto sobre el cuerpo y su metamorfosis creativa.

Adicionalmente, las compresiones de la experiencia de enfermedad instauradas en el cuerpo se complementa con el concepto de identidad, para ello se retoma a Anderson (1997) quien refiere que las personas se encuentran en constante redefinición y desarrollo, por lo que el ser narrativo se construye y deconstruye desde la pluralidad de voces legitimadas tanto del sí mismo como de los otros (autonomía relacional), en ese orden de ideas, la ontología del lenguaje visibiliza que la forma en como el ser humano relata su historia da cuenta de posibilidades emergentes y novedosas de crear una continuidad narrativa inacabada y flexible que flexibiliza el yo saturado en una trama temporal del guion de vida que está anclada al acontecimiento inesperado, es así como se vislumbra la pluralidad de la existencia desde perspectivas multifacéticas que reactualizan la realidad desde la edición de mundos posibles y prospectivas vitales que pueden llegar a reescribir el panorama.

Adicionalmente, se vislumbra una novedad para la presente investigación - intervención al comprender que la estética y la belleza revelan normativas culturales que confrontan a los consultantes por las huellas en sus cuerpos, sin embargo, se privilegian narrativas de validación al reconocer resonancias emocionales de orgullo y satisfacción por el proceso logrado aun cuando el evento es significado desde la cronicidad, además el desarrollo de la identidad se ha retroalimentado desde sensaciones de seguridad y confianza sobre el sí mismo, no obstante, el contexto social al parecer silencia la experiencia de enfermedad renal crónica debido a que posiblemente las señales no son visibles al lente humano a comparación de otros diagnósticos como el cáncer, es por ello que los procesos de inclusión se encuentran desconocidos culturalmente y transgreden paradójicamente el sufrimiento de la persona al no pertenecer a un territorio macro, común y seguro.

Antinomias emocionales

Al parecer la experiencia narrativa de enfermedad ha estado permeada por discursos polarizados que dan cuenta de antinomias que limitan el accionar pragmático y emocional de los sistemas participantes, de manera que alrededor del acontecimiento se construyen significados enmarcados en lógicas tradicionales y deterministas en las que se validan y permiten comportamientos desde normalizaciones sociales que se han acordado implícitamente en el sistema cultural, clausurando posturas corporales y afectivas ante eventos puntuados como “no normativos”. A partir de estas comprensiones, los consultantes se organizan con el fin de responder al orden social establecido y esperado, así como lo soporta Grondin (2005).

Con respecto a lo anterior, se consultan los postulados de Ugazio (1998), autora que no había sido referida con antelación a fin de comprender que en el caso de la enfermedad renal crónica, la dimensión emocional se ha puntuado desde polaridades semánticas entre dos extremos contrarios que dan cuenta de lo “positivo” y “negativo”, por lo que es probable que el contexto científico defina las pautas relacionales en las cuales es permitido o no la vivencia

y expresión de lo emotivo de acuerdo a lo que se considera “funcional” y “adaptativo” para afrontar eventos de crisis, ante ello se privilegia intervenciones orientadas a la adherencia al tratamiento por medio de la cuantificación de estados anímicos que invisibilizan o prohíben la tristeza y el enojo, mientras se legitima la alegría y la tranquilidad como aspectos de cuidado de la persona.

No obstante, los sistemas consultantes han reconfigurado su experiencia narrativa al sincronizar las emociones desde aspectos dinámicos y no lineales de la vida del ser humano, permitiendo en ese sentido la recursión de mundos posibles y futuros alternos a los dominantes al diversificar la aleatoriedad emocional, en el que la desrigidización del fenómeno semántico genera aperturas hacia compresiones borrosas del acontecer afectivo, movimientos del sí mismo que trascienden sufrimientos que acontecen en el pertenecer colectivo al validar que las manifestaciones emotivas son adaptativas y transitan entre lo individual e interaccional sin fijar estados ideales que respondan a expectativas sociales, es así como el enojo podría favorecer la construcción de límites y la tristeza promovería la disminución de actividad para generar dominios reflexivos, comprensiones que suscitan una novedad investigativa para el presente estudio.

Complementando la idea previa, las construcciones teóricas configuradas desde lo esperado en las etapas o ciclos de vida refieren que una enfermedad podría ser mayormente aceptada y elaborada si se origina en la edad adulta más que en la juventud, como lo menciona en su estudio Pérez et al. (2016); sin embargo, a partir de los resultados emergentes en esta investigación-intervención, se comprende de manera antagónica que las transformaciones vitales y los significados al parecer son igualmente impactantes en los tres consultantes y sus familiares aún con la diversidad en edades (31, 51 y 53 años de edad), así mismo, se expone una novedad al entender que los cambios inesperados se gestan a partir de la ruptura narrativa

que probablemente cristaliza el discurso en el tiempo presente y desdibuja futuribles personales y colectivos que amenazan el guión de vida preestablecido.

Por tanto, se cuestionan aquellos discursos hegemónicos y marcos de referencia que se tejen desde la objetividad por la configuración de polaridades semánticas entre lo normativo/no normativo, permitido/no permitido y esperado/inesperado, puesto que al parecer estos obedecen a expectativas construidas cultural y epistemológicamente (Gergen, 2005), lo que a su vez podría implicar la minimización y restricción de emergencias emocionales ante un evento de crisis asociados a la enfermedad renal crónica, la cual desde su aparición empieza a ser parte de la historia de vida tanto de la persona diagnosticada como de su familia y así mismo, requiere ser incorporada en el repertorio discursivo a fin de contribuir en los reajustes y reorganizaciones de los sistemas aún desde el reconocimiento del sufrimiento como apuesta de cambio y co-evolución.

De esta manera, la psicología clínica está llamada a reconfigurar dichas polaridades para favorecer la ampliación de prácticas terapéuticas que trasciendan la búsqueda de cambios tipo I, puesto que según Pimentel *et al.* (2003) el centro de interés de los profesionales hasta el momento ha sido la detección, prevención y apoyo a los casos en los que las emociones constituyen barreras en el tratamiento eficaz; razón por la cual, es importante que la psicoterapia incluya la polifonía de voces en relación a la esfera afectiva y relacional de los actores participantes con el propósito de generar múltiples posibilidades desde escenarios narrativos conversacionales que vislumbran posturas políticas que incluyen visiones de futuro anclados a procesos identitarios según sus ritmos y tiempos subjetivos, comprendiendo que la enfermedad hace parte de la historia de vida más no es una clausura totalizadora del self.

Anclajes de pertenencia.

Las unidades de diálisis son significadas como territorios vitales que dinamizan el encuentro con el otro desde la claridad de roles relacionales (persona diagnosticada, cuidador, nefrólogo, psicólogo, entre otros), recreando de esta manera sentidos de pertenencia a un grupo social que comparte experiencias similares y diferentes frente a la enfermedad renal crónica, en el que el dolor y el sufrimiento funcionan como anclajes solidarios entre los sistemas para legitimar recursos colaborativos de afrontamiento ante situaciones que impactan en la cotidianidad de los mismos, de allí el lenguaje se organiza desde narrativas que proyectan la necesidad de pertenecer a un colectivo para responder a necesidades inherentes a los procesos identitarios, lo cual se complementa con lo expuesto por Pimentel et al. (2013) al referir que dicho grupo es connotado como un segundo hogar.

Con respecto a los procesos de autonomía, se comprende que las relaciones co-construidas contextualmente se tejen a partir de la cohesión, alianza, unidad y empatía entre los actores participantes, en el que se socializan diálogos entre comparaciones normativas que reconfiguran el concepto de soledad y abandono al reconocer el intercambio de vivencias ante un dilema en común, además de visibilizar miedos, dudas y emociones inherentes a las experiencias que al parecer se encontraban silenciadas, es por ello que desde los postulados Chaparro (2011) McNamee y Gergen (1996) se utiliza el arte de conversar para elaborar el dolor desde una perspectiva de aprendizaje al incorporar a sus marcos de referencia información de la que no se disponía, lo que le permite comprender a los investigadores - interventores que el proceso dialógico favorece la retroalimentación de autonomías relacionales que fluctúan entre identidades individuales y colectivas, diversificando de tal modo las narrativas a través de acciones conjuntas, lo cual se gesta como novedad investigativa.

Así mismo, emergen innovaciones comprensivas frente al tratamiento de hemodiálisis, el cual es interpretado como un mapa que define el territorio de las personas diagnosticadas al puntuarlo como un sinónimo de anclaje con la vida, ya que la máquina se convierte en un

dispositivo de acompañamiento y extensión del cuerpo que desempeña una función de cuidado, flexibilizando aspectos biológicos, emocionales y sociales dentro de una interfase que se autoorganiza en eventos de crisis mediante procesos de equilibrio y desequilibrio; en ese sentido, los consultantes discursivamente expresan su conexión con el procedimiento a partir del objetivo metafórico de desintoxicar “el cuerpo y la mente” para oxigenar perspectivas vitales que incorporan la noción de futuro en correlación con la prolongación de la existencia, que a su vez da cuenta de un horizonte operativo y ritualizado que favorece los recursos adaptativos del sistema.

De igual manera, se visibilizan movilizaciones novedosas de afrontamiento alrededor de la experiencia de enfermedad que denotan otras alternativas de anclaje con la vida sin desconocer las propuestas por las epistemes científicas, esto con el fin de flexibilizar versiones polares que indican como medio privilegiado la adherencia al tratamiento para promover la salud, es así como la activación de redes de apoyo, el reencuentro con la espiritualidad en coexistencia consigo mismo y con los demás, la promoción de actividades de esparcimiento según intereses subjetivos y la validación de la esfera emocional, configuran a su vez mundos posibles que optimizan la capacidad adaptativa para crear nuevos recursos o sustituir aquellos que han perdido vigencia, de manera que el potencial creativo del ser humano se reactualiza contextual y ecológicamente para reinención del self. Lo anterior, se connota como una emergencia investigativa para el presente estudio.

Por otra parte, se visibiliza una novedad al reconocer que las autonomías relacionales se gestan además en interacción con otros seres vivos tales como los animales domésticos y de campo, los cuales ejecutan una función de apoyo emocional al comprender que su presencia es sinónimo de compañía, alegría y disfrute de la naturaleza como anclaje armonioso con la vida, pues resulta significativo en la medida que es percibido como terapéutico para afrontar las vicisitudes inherentes al evento inesperado de enfermedad y además se encuentra conectado

con creencias de bienestar al vislumbrar beneficios como sensaciones de confianza, seguridad y protección, a su vez las situaciones puntuadas desde las crisis son tramitadas por medio del silencio, paz y tranquilidad que la vinculación con los animales puede llegar a brindar.

Para concluir, se considera pertinente incluir a dichos seres vivos dentro de los genogramas y mapas de red utilizados metodológicamente como recurso para comprender las relaciones y vínculos de los sistemas humanos, pues se legitiman sustentaciones frente a la comunicación no verbal entre el hombre y el animal, ya que su interconexión auténtica incluye extensiones corporales de su propia experiencia que se externaliza para favorecer procesos de cambio ante el reconocimiento y acople emocional, involucrando estímulos de relajación a través de un otro receptivo ante las resonancias caotizadas de la persona en el que el lenguaje de los cuerpos se sintoniza naturalmente para mitigar sufrimientos simbólicos.

La ecología de la autoorganización

La experiencia de enfermedad es significada como un evento inesperado que moviliza a los consultantes a estados de crisis, puesto que al parecer la sintomatología previa al diagnóstico se da desde un plano silencioso que indica la no visibilización de acciones preventivas para su tratamiento, es por ello que el acontecimiento irrumpe caóticamente a nivel individual y relacional, situación que confronta significativamente marcos de referencia asociados a la funcionalidad de la persona para responder a objetivos familiares, laborales y sociales inherentes a la cotidianidad por los efectos colaterales del movimiento emergente e imprevisto que conlleva al sistema a fases alejadas del equilibrio.

Dichos movimientos que obedecen a las crisis posiblemente se presentan tanto en estados de equilibrio como de desequilibrio, ya que las transformaciones se desarrollan en el dominio observable y de igual manera en el microscópico, así como lo expone Kauffman (2003) al explicar que la movilización de la energía interna evoluciona en los procesos

homeostáticos y de autorregulación que a su vez coexiste con la incertidumbre, de allí los investigadores-interventores comprenden que las fricciones imperceptibles detonan engranajes de cambio potentes para el sistema, puesto que inicialmente el equilibrio es significado como una postura rígida que conlleva a su extinción cuando no se reactualiza la experiencia narrativa, mientras que el desequilibrio privilegia novedades adaptativas.

Con respecto a lo anterior, se reconoce una novedad con respecto al concepto de crisis, el cual se resignifica al interpretarlo como un proceso encaminado al reajuste de aquellas formas de ser y estar en el mundo al reconfigurarlas desde nuevas organizaciones, así como se plantea en el capítulo de resultados cuando los estados de calma, quietud y reposo son artefactos de cambio al igual que la celeridad y el movimiento, posiciones que si se dan desde lo pluridireccional permiten la preservación de la vida y la preparación para hacer frente a las dificultades que denotan dolor, sufrimiento e incomodidad, en ese sentido, la perspectiva borrosa esbozada por Kosko (1995) complementa la idea previa al entender que las definiciones se renuevan conforme a la experiencia subjetiva de cada actor al incorporar lo múltiple como apuesta que interpela en la red adaptativa.

En ese orden de ideas, la lógica difusa emerge en situaciones de crisis al interconectarse con fluctuaciones o perturbaciones propias de la experiencia de enfermedad que confronta o amenaza el guión de vida de los actores participantes, conllevando a los mismos a movimientos borrosos para alcanzar la autoorganización desde órdenes auténticos que incluyen nuevas versiones del potencial creativo del ser humano para incorporar a su historia situaciones de sufrimiento, lo descrito previamente se logra a partir de lógicas comprensivas fundamentadas en la multitemporalidad y explicadas en la metáfora del reloj de arena, la cual desde la perspectiva de Gergen y Gergen (2011) reconoce campos de acción no estandarizados debido al proceso dialógico, colaborativo y consensuado entre consultantes y terapeutas.

Es así como la configuración de relaciones a partir de una ecología de sistemas posibilita transformaciones que avanzan hacia interpretaciones novedosas acerca de las crisis desde posturas complementarias según los planteamientos de Kauffman (1993) al definir las como fluctuaciones y oscilaciones que movilizan al sistema a estados de malestar, demandando una reorganización estructural y narrativa que renueva las reglas y expande las adyacencias posibles hacia el equilibrio y la estabilidad temporal, dicho proceso fragmenta la cristalización de los procesos identitarios de los actores participantes en la vivencia propia de la enfermedad, es por ello que se plantea la descentralización de las historias hacia nuevos relatos para leer la metamorfosis del self inherente a los horizontes de autoorganización que explica el replanteamiento de significados del sí mismo por la renovación de los contextos de interacción de la persona, además de moverse en sincronía con la unidad y diversidad en cohesión con el orden y el caos que viven los sistemas ante los cambios.

La red adaptativa se movilizó hacia la innovación de recursos dentro de un paisaje co-evolutivo que redefine la paradoja funcionalidad - disfuncionalidad de la persona que se percibe expuesta a la variación de habilidades físicas que confrontan su participación en contextos laborales y sociales, al visibilizar novedades dinamizadoras que dan cuenta de la reactualización de versiones frente a la capacidad de funcionar por medio de la diversificación de roles que incluyen la planeación de unidades productivas y de trabajo mediante la lógica del emprendimiento familiar, además de apostar hacia posturas emotivas que ramifiquen la diversidad del mundo emocional y resonancias entre sus integrantes para continuar en este avance desde el acople afectivo que puntúa dinámicas de contención y soporte relacional. Lo anterior se teje desde perspectivas novedosas para la investigación - intervención y su fenómeno de estudio.

Para finalizar, la psicología compleja genera aperturas para comprender los fenómenos humanos desde la impredecibilidad de las reorganizaciones ulteriores a los eventos de crisis,

no obstante, los sistemas apuestan hacia objetivos de preservación del cuidado del sí mismo y de sus redes al no transgredir los ritmos individuales y colectivos que se ramifican para su evolución, es así como Contreras (2014) vislumbra la necesidad de responder a interpretaciones ecológicas y contextuales que requieren de la interdisciplinariedad para favorecer la coexistencia de un ensamble de saberes médicos y psicológicos que cooperan en la solución de dilemas vitales anclados a la experiencia de enfermedad y que a su vez alimenta intereses comunes orientados a la salud mental y calidad de vida.

En adición, la presente investigación - intervención apuntó hacia la complementariedad de diversos conocimientos que se entrelazan para amplificar comprensiones acerca del fenómeno de estudio en el que los paradigmas tradicionales y las lógicas emergentes dialogan desde relaciones complementarias para deconstruir la jerarquización de los saberes según su condición privilegiada, de esta manera se reactualizan aprendizajes frente a intervenciones teórico -prácticas que integran polivalencias entre alianzas propias con la adherencia al tratamiento y objetivos anclados a la visibilización de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles ligados a la categoría transversal correspondiente a la recursividad del tiempo, dicha apuesta se enfoca en el intercambio de nociones flexibles y abiertas, más no en la confrontación de los mismos.

Conversaciones metafóricas sobre el reloj de arena.

El acontecimiento de la enfermedad renal crónica configura relatos que confrontan el guion de vida de los actores participantes, dando cuenta de rupturas narrativas polarizadas en un antes y un después privilegiando el aquí y el ahora como principal estado adaptativo para hacer frente a las ritualizaciones propias de los tratamientos médicos, de esta manera, comprenden el tiempo pasado a partir de significados alrededor de historias dominantes (Gergen, 2005) que legitiman el bienestar previo y “normativo” según lo esperado en el ciclo vital, realizando comparaciones con respecto al estado físico, emocional y relacional anterior al evento de crisis; adicionalmente, las expectativas hacia el futuro pueden verse amenazadas al no disponer de un discurso alternativo que diversifique la experiencia y posibilite la reconstrucción de la prospectiva vital.

Por lo anterior, los sistemas consultantes realizan descripciones saturadas de lo puntuado como problema, los cuales corresponden a dominios prototípicos que cristalizan el evento inesperado como su única historia por contar, y que a su vez, rigidizan el self identitario tanto de la persona diagnosticada como de su familia, en ese orden de ideas, la presente investigación - intervención apostó a entretener la continuidad discursiva con base en la metáfora del reloj de arena; lo anterior se complementa con las premisas de Boscolo (1996) al hacer referencia a la posibilidad de interconectar discursivamente constructos de la experiencia en las dimensiones del tiempo pasado, presente y futuro a fin de comprender que los hechos no son transformables per se, sin embargo, los significados que se atribuyen a los acontecimientos se reorganizan y fluctúan en nuevas percepciones que nutren la flexibilidad de la memoria y permiten la innovación a través de relatos alternos.

Así mismo, el reloj de arena como lógica comprensiva y estrategia metodológica permitió el entramado de experiencias desde la recursión temporal entre las esferas del tiempo al comprender la reversibilidad de los significados según Boscolo (1996) en interconexión con

los procesos de autoorganización de Kauffman (2003) que co-crean adyacencias para afrontar crisis estéticas que incorporan orden, caos e incertidumbre, por tanto los investigadores - interventores apuestan hacia la circularidad del tiempo desde la creación de mundos posibles que reconstruyen el guión de vida desde la oportunidad de repensar y resignificar el pasado desde una perspectiva de aprendizaje, releer el presente a partir de estados de equilibrio - desequilibrio y reactualizar el futuro por medio de dinámicas co-evolutivas.

En ese sentido, los consultantes restauraron su experiencia actual de enfermedad al conversar con la asimetría pasado, presente y futuro a través de movimientos de tiempos que transforman tanto las experiencias vividas y narradas como las versiones actualizadas del sí mismo individual y relacional a la luz de la autonomía; es por ello que la apuesta comprensiva y metodológica posibilitó la visibilización de novedades adaptativas cognitivas, emocionales y comportamentales que orientan a los sistemas a otras reorganizaciones de los significados, un ejemplo de ello es la co-construcción de relaciones presenciales y virtuales, la conexión novedosa con el cuerpo, la recursión entre lo normativo y no normativo que confronta lo esperado en el curso de vida, la reconfiguración de los anclajes de pertenencia y la comprensión de las crisis como un proceso evolutivo, siendo lo anterior novedades investigativas para el fenómeno estudiado.

Al pensar en el tiempo complejo, según Duque (2017) se incorpora la creatividad, borrosidad e indeterminación puesto que se reorganiza la experiencia de los actores desde procesos coevolutivos que entrelazan dinámicas bifurcantes que dan cuenta de la polifonía de los ritmos que coparticipan, lo cual se amplifica en la investigación - intervención al resaltar la recursión entre movimiento y quietud como estados que se comunican entre sí para redefinir lo contradictorio y ambivalente, es decir, al deconstruir las polaridades existentes se resignifican dichos estados hacia procesos complementarios que apuestan al cambio; en ese sentido, se invita a los consultantes a asumir posiciones creadoras ante el afrontamiento de la

crisis con el fin de promover acciones corresponsables ante su realidad inacabada y cambiante, la cual se reinventa por medio del diálogo entre la multiplicidad de los tiempos.

En adición, se comprende que a su vez la esfera temporal no implica modelos preexistentes y precisos que definan los momentos en los cuales pueden presentarse la crisis, en este caso, la experiencia de enfermedad incluye connotaciones subjetivas que hacen alusión al tamaño del reloj de cada persona conforme a su edad cronológica, tiempos internos y etapa del diagnóstico, esferas que están en constante interacción con el contexto relacional para responder a necesidades evolutivas y autónomas frente a nuevas reorganizaciones de la experiencia vivida y narrada de los sistemas, en el que se legitima la ecología de saberes conforme a lo expuesto por Boaventura (2010) al reconocer la coexistencia de singularidades y complementariedades de la existencia humana desde ritmos, historias, aprendizajes, legados transgeneracionales y estrategias de afrontamiento, así mismo de los recursos personales y familiares.

La recursividad del tiempo como apertura autorreferencial.

Desde dominios autorreferenciales se co-crea el reloj de arena como metáfora para la reconfiguración de significados y experiencias inherentes al evento inesperado de enfermedad con el propósito de comprender la circularidad de las dimensiones del tiempo (pasado, presente y futuro) a partir de una lógica comprensiva y operativa que genera transformaciones en diferentes campos y contextos de la vida humana, activando procesos de creatividad e innovación en la práctica investigativa y clínica que apuntan a la reactualización de interpretaciones y modelos alternos de intervención que complejizan y pragmatizan las categorías de análisis alusivas a autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles.

Lo anterior, se interconecta con la emergencia de relatos alternos que legitiman nuevos conocimientos co-construidos en los escenarios conversacionales a partir de la presencia de

otros interlocutores que amplifican auténticamente la metáfora del reloj de arena por medio de la reincorporación de significados novedosos que incluyen la noción de futuro al articular proyectos, planes y sueños subjetivos que invitan a los sistemas a tránsitos que involucran orden y desorden, estabilidad e inestabilidad, equilibrio y desequilibrio, determinismo e indeterminismo y predictibilidad e impredictibilidad, dotando así de un sentido de libertad y flexibilidad a los actores participantes para pensar y repensar la propia existencia.

En ese orden de ideas, dichas premisas se encuentran transitando por procesos multidinámicos de incertidumbre y borrosidad que dan cuenta de la diversificación de opciones que co-crean los sistemas consultantes y los investigadores - interventores para desrigidizar lo polarizado y binario (Kosko, 1995), además de incluir la novedad como adyacencia posible que difícilmente controla y predice los modos como se irán organizando los sucesos al interpretar la experiencia de enfermedad desde hermenéuticas amplificadas que deconstruyen significados caóticos, dinamizando de esta manera el cambio a partir de lo sorpresivo, inesperado e impensado.

CONCLUSIONES

El presente apartado describe las conclusiones de la investigación/intervención alrededor de la configuración de la experiencia narrativa de los actores que han participado del acontecimiento de enfermedad renal crónica (personas diagnosticadas, familiares/cuidadores y los investigadores/interventores) y su re-significación por medio de la co-construcción de autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles, ampliando el marco de los dominios epistemológicos, teóricos y pragmáticos a la luz del paradigma de la complejidad al incluir la recursividad del tiempo como categoría transversal desde los cuales se fundamentó el estudio.

De esta manera, se describe en un primer momento una síntesis de cada uno de los

apartados del documento, y posteriormente, se presentan las implicaciones y aportes al fenómeno de estudio, los participantes, el contexto de aplicación, la psicología clínica, el macro-proyecto, la Maestría y finalmente a los investigadores-interventores; así mismo, se plantean posibles interrogantes para futuros estudios.

Síntesis de los aportes por capítulo

La investigación-intervención implicó realizar un proceso riguroso al reconocer las distintas voces que han conversado, vivido y participado de la experiencia de enfermedad, con el fin de amplificar las comprensiones del fenómeno de estudio a partir de referentes conceptuales e investigativos y, a su vez, trazar los objetivos y las posibles rutas del estudio. Posteriormente, se realizó un acercamiento a una persona diagnosticada y un nefrólogo para comprender el sentido del fenómeno de estudio y modelizar las estrategias pertinentes que favorecieran el cambio; la información se analizó desde dominios teóricos y comprensivos en relación a las categorías de análisis y, a partir de allí, se diseñó el proceso metodológico el cual se fue transformando conforme las necesidades de los participantes y el contexto, permitiendo analizar y sintetizar en el capítulo de resultados como una apuesta explicativa organizada en los niveles semántico, semiótico y pragmático.

Finalmente, el paradigma de la complejidad y los referentes teóricos iniciales contribuyeron a la emergencia de discursos favorecedores de perspectivas vitales, mundos posibles y autonomías relacionales al reconfigurar la experiencia de enfermedad como oportunidad para la coevolución. A continuación, se presentan los aportes de cada capítulo al proceso investigativo-interventivo:

Estado del arte documental. Se llevó a cabo una exploración de antecedentes investigativos e interventivos frente al fenómeno de estudio desde diferentes perspectivas de la psicología, lo que posibilitó el reconocimiento de discursos privilegiados que legitimaban las epistemes médicas a partir de la adherencia al tratamiento como principal objetivo terapéutico. Ante lo anterior, emerge el interés de crear lecturas ecológicas a la luz de categorías de análisis orientadas a comprender la experiencia narrativa de enfermedad en sincronía con las autonomías, las prospectivas vitales y los mundos posibles que se tejen para co-construir alternativas de realidad, así mismo la recursividad del tiempo permitió una emergencia teórica y metodológica para desrigidizar interpretaciones totalizadoras de dicha experiencia.

Estado del arte testimonial. Se visibilizaron las voces de los actores que participan de la experiencia narrativa de enfermedad (persona diagnosticada y médico nefrólogo) a fin de construir un contexto vivencial, discursivo y subjetivo de la realidad multitemporal de los sistemas, es así como se reconoce la función creativa de la red que incluye el trabajo interdisciplinar y el involucramiento de actores familiares - sociales que promueven la capacidad co-evolutiva y expansiva de la experiencia; adicionalmente, se vislumbraron ritualizaciones rígidas de los tratamientos que saturan la cotidianidad de los sistemas desde lógicas que instauran sufrimiento, ubicando las posibilidades en el tiempo presente y clausurando memorias tanto del pasado como del futuro.

Sistema teórico. Este apartado permitió la creación de una red comprensiva y conceptual en torno a las categorías de análisis propuestas inicialmente en la investigación-intervención, con el fin de reconocer las experiencias y los relatos de los actores implicados en el contexto desde una postura epistemológica sistémica y compleja que incluyera los postulados de las teorías con relación a la autonomía relacional desde procesos de auto organización de los sistemas, la creación de mundos posibles como aquellas adyacencias bifurcantes que incorporan oportunidades de vida, la perspectiva vital que recrea visiones de futuribles y la recursividad dinámica y cambiante del tiempo. Dichos acercamientos afianzaron preguntas alrededor del fenómeno que favorecieron lecturas de innovación para una propuesta metodológica acorde a la realidad del estudio.

Método. El capítulo define los principios operadores desde la recursividad, circularidad, autorreferencia y heterorreferencia para la consolidación de los diseños de intervención y la reactualización del fenómeno de estudio, todo lo anterior desde la modelización en relación a la construcción de la metáfora del reloj de arena que articula estéticamente las categorías de análisis desde niveles pragmáticos a partir de la amplificación de relatos co-construidos durante los escenarios conversacionales; adicionalmente, los investigadores - interventores se apoyan de estrategias tales como la metaobservación, la co-terapia, el guion conversacional, la cartografía, la galería fotográfica y la intervención grupal como medio para profundizar en los focos planteados.

Resultados. En este capítulo se presentaron los resultados más relevantes desde la voz de los actores participantes (persona diagnosticada, red de apoyo e investigadores-interventores), lo cual permitió realizar lecturas comprensivas del fenómeno de estudio a partir de los postulados del macro-proyecto siendo estos historias, memorias y relatos alternos, en relación con los conceptos metodológicos de la investigación-intervención (experiencia narrativa, mundos posibles, autonomía relacional y prospectiva vital), emergiendo como categoría de análisis la configuración identitaria. Se logra comprender que el acontecimiento de enfermedad genera una fragmentación temporal que permea los discursos en rupturas narrativas privilegiando el aquí y el ahora al parecer debido a la necesidad de responder a los requerimientos y cuidados médicos, por lo que el tiempo complejo se entiende desde una lógica comprensiva y estrategia metodológica que permitió entretener el guion de vida al incorporar los tres tiempos (pasado, presente y futuro) en un mismo relato, generando aperturas hacia nuevas formas de vivir y narrar la experiencia de enfermedad, las relaciones y la propia identidad al amplificar la diversificación del self.

Discusión. En el último capítulo del presente estudio se analizan las conversaciones con los actores participantes desde dominios teóricos a la luz de los principios conceptuales de la complejidad que permitieron generar resignificaciones acerca de la crisis, la cual fluctúa entre el equilibrio y el desequilibrio favoreciendo múltiples bifurcaciones (mundos posibles), diversos sentidos dados a la experiencia de enfermedad y procesos de autoorganización y coevolución. Adicionalmente, la metáfora del reloj de arena permitió entretener la continuidad discursiva al interconectar dialógicamente constructos de la experiencia en las dimensiones del tiempo pasado, presente y futuro. Por otra parte, se reconfiguraron significados en torno a la presencialidad, virtualidad, corporalidad, sentidos de pertenencia y anclajes con la vida.

Implicaciones de la investigación-intervención al fenómeno de estudio

El interés de la presente investigación - intervención permitió generar comprensiones

emergentes respecto al diagnóstico de insuficiencia renal crónica, debido a que en el ejercicio documental se visibilizaron estudios transdisciplinarios privilegiados en torno a enfermedades de alto costo tales como el cáncer y el VIH/Sida, antecedentes que a su vez se remitieron a paradigmas tradicionales que orientaban sus objetivos interventivos hacia la adherencia al tratamiento, de allí la apuesta novedosa implicó realizar un juego recursivo entre las ciencias de la complejidad, el construccionismo social y el enfoque sistémico desde una perspectiva ecológica para comprender la experiencia narrativa de dicho evento inesperado y caótico en la cotidianidad de los sistemas.

En ese orden de ideas, se lograron amplificar las interconexiones existentes entre el caos, la incertidumbre y el azar en situaciones de crisis, las cuales se reconfiguraron al comprenderlas como la posibilidad de los sistemas para generar procesos de reajuste desde nuevas formas de organización, de manera que se resignificaron las posiciones de quietud y movimiento al entenderlas como artefactos de cambio que permitieron aperturas a múltiples bifurcaciones que se co-construyen en la experiencia subjetiva de cada actor participante del acontecimiento. De esta forma, la autoorganización emerge según los tiempos y ritmos de los sistemas, quienes desde su autenticidad, identidad y creatividad, incorporan a sus historias aquellas resonancias de sufrimiento y gozo en una misma narrativa, ampliando su discurso dialógico al descentralizarlo de la experiencia de enfermedad.

Así mismo, promover espacios para co-crear órdenes novedosos de la experiencia, favoreció la emergencia de diversas dimensiones humanas que se encontraban silenciadas tras el acontecimiento, por lo que se visibilizaron recursos y oportunidades para fluctuar entre las fronteras del caos y los estados de equilibrio, lo anterior permitió configurar procesos de autoorganización desde movimientos internos y externos del sistema, redefiniendo la paradoja funcionalidad/disfuncionalidad que se percibía inicialmente a partir de la disminución de habilidades físicas mitigadoras de su participación en contextos laborales y sociales.

Posteriormente, se logró re-actualizar versiones dinamizadoras del sí mismo frente a la capacidad de funcionar por medio de la diversificación de roles de las personas diagnosticadas. Es así como la configuración identitaria se convirtió en una categoría emergente, ya que se comprende que la experiencia en mención es una extensión de la vida, más no una definición totalizadora y rígida del individuo y sus sistemas.

Por otra parte, el juego recursivo entre la autonomía relacional y la prospectiva vital contribuyó a la visibilización de la voz de cada actor participante a fin diversificar y transformar la experiencia, además de incluir la interacción con otros seres vivos, la restauración de vínculos familiares y la redefinición de significados sobre el ser familia desde la danza circular entre la virtualidad y la presencialidad; lo anteriormente descrito permitió la retroalimentación de futuribles al reconocer la multiplicidad de bifurcaciones que se ramifican a la luz de las conversaciones suscitadas en los escenarios conversacionales, re-actualizando de esta manera posibilidades para hacer frente a las situaciones caotizadas de la vida.

En ese sentido, se configuró un bucle recursivo entre las categorías de análisis (autonomías relacionales, prospectivas vitales y mundos posibles) y la propuesta comprensiva e interventiva novedosa que incluyó el *tiempo complejo* como artefacto de transformación y posibilitador de narrativas emergentes a través de la reconfiguración de significados, favoreciendo de esta manera la metamorfosis de heridas pasadas, las movilizaciones multitemporales y las co-construcciones polifónicas del self, entretejiendo de esta manera la continuidad discursiva que se fragmentó por el evento inesperado de enfermedad, por medio de la recursividad del tiempo complejo simbolizado teórica y comprensivamente en la metáfora del reloj de arena, la cual estuvo orientada a entender que los hechos no son transformables per se, pero los significados que se atribuyen a los acontecimientos se reorganizan y fluctúan en nuevas percepciones que nutren la flexibilidad de la memoria y permiten la innovación a través de relatos alternos.

De esta manera, es posible comprender que la circularidad en coexistencia con la recursividad de la memoria se instaura en las esferas temporales, permitiendo la reconfiguración de la experiencia de enfermedad desde niveles comprensivos, pragmáticos y emocionales de los sistemas consultantes, lo que a su vez dio apertura a la posibilidad de sincronizar las experiencias de dolor, enojo, sufrimiento, tranquilidad, paz, silencio y alegría en relatos que en un principio se encontraban polarizados y que posteriormente se entrelazaron a partir de aspectos dinámicos y no lineales de la historia vivida y narrada de los actores participantes.

Implicaciones de la investigación-intervención a los participantes y al contexto de aplicación

El ejercicio testimonial y los escenarios conversacionales permitieron el contacto con el contexto y sus participantes, visibilizando realidades del ámbito hospitalario que dan cuenta de la necesidad de crear ecologías de saberes que favorezcan el diálogo recursivo entre sus integrantes, buscando complementariedades entre las diferentes disciplinas, ya que el fenómeno de enfermedades crónicas puede tener varios matices que requieren ser comprendidos desde la diversidad e integralidad de los conocimientos; lo anterior, recrea aperturas para el desarrollo de investigaciones interdisciplinarias que busquen la articulación de conceptos a fin de flexibilizar posturas privilegiadas y facilitar posturas heterárquicas, pues desde esta praxis se logran procesos interventivos enriquecidos por la multiplicidad de opciones ante el quehacer mismo de comprender el fenómeno de estudio en mención.

Por otra parte, con respecto a los convenios interinstitucionales se considera pertinente activar un trabajo en red entre los contextos universitarios (Servicio de Atención Psicológico - Universidad Santo Tomás) y hospitalarios, a fin de desarrollar ejercicios novedosos que visibilicen apuestas paradigmáticas interconectadas que legitimen investigaciones e intervenciones tanto tradicionales como emergentes, además de elaborar ejercicios terapéuticos

que incluyan tanto espacios individuales como grupales desde una atención integral que favorezca la flexibilidad de procedimientos administrativos y protocolares, pues de esta manera se invierten lapsos de tiempo prolongados para promover escenarios conversacionales dentro de una dinámica de ayuda ante los dilemas inherentes a la experiencia narrativa de enfermedad de quienes son los coautores de dicha realidad, contemplando un enfoque de derechos para promover un acompañamiento humanizado, que no cosifique a la persona en tratamientos.

Retomando lo anterior, el ejercicio articulado permite alternativas ecológicas y contextuales para co-construir comprensiones dinámicas que se interrelacionan con diversidad de aristas subjetivas del ser humano, aportando a su vez nuevas versiones de realidad que son reactualizadas por relatos alternos que encaminan a la persona a pensarse desde sus propios recursos y posibilidades, entendiendo el sufrimiento desde una postura de aprendizaje que reconoce y valida el camino transitado, además de legitimar conexiones con la vida aun cuando los sistemas se narran por medio de una experiencia de enfermedad, de esta manera se flexibilizar significados privilegiados de la identidad para su propia reinención desde la co-existencia de mundos posibles y prospectivas vitales que se articulan para co-evolucionar en el arte de ser y estar en el mundo.

Frente a lo descrito previamente, los escenarios narrativos conversacionales favorecieron encuentros humanos desde resonancias emocionales de confianza y sentido de pertenencia, dando cuenta de la visibilización de historias que se encontraban silenciadas y que fueron reconocidas en la misma emergencia de externalizar aquellas experiencias saturadas y sobrecargadas de dolor, recreando adyacencias comprensivas en torno a las autonomías relacionales, mundos posibles y prospectivas vitales que se renuevan en el juego recursivo de la multitemporalidad, en el que dichas dinámicas se pragmatizan mediante la metáfora del reloj de arena al descentralizar los discursos frente a la adherencia al tratamiento para incorporar objetivos investigativos - interventivos que amplifican y diversifican los focos de atención.

Para finalizar, el contexto de ayuda desarrollado en los Servicios de Atención Psicológica - Universidad Santo Tomás delimitó un territorio diferente al que cotidianamente los actores participantes han participado, otorgando de esta manera nuevos sentidos de anclaje y pertenencia para leerse a sí mismos desde un espacio distinto a los del área de la salud, permitiendo distancia ante aquellos escenarios que sobreestiman la experiencia de enfermedad ritualizada por sobre otras realidades a explorar y profundizan versiones novedosas tanto del sí mismo como de las redes de apoyo, conversaciones que se tejen bajo el eje de la psicoterapia o consultoría mediante el acompañamiento de estrategias metodológicas que recrean artefactos de cambio y transformación en los sistemas consultantes, como por ejemplo las cartografías, las galerías fotográficas y las metáforas.

Implicaciones de la investigación-intervención a la psicología clínica.

La postura epistemológica y metodológica de la presente investigación - intervención apostó por una psicología compleja y ecológica para comprender el fenómeno de estudio, en ese sentido, se co-crearon nuevos órdenes de análisis al incluir la borrosidad, la creatividad y la indeterminación en la experiencia narrativa de enfermedad para entender que los procesos evolutivos se gestan cuando se deconstruyen polaridades semánticas en torno a la salud - enfermedad, de allí emergen a su vez redefiniciones en torno a las crisis inherentes al evento inesperado al interconectar premisas contradictorias y ambivalentes que orientan a los sistemas a estados alejados del equilibrio, por lo que la incertidumbre y la novedad diversifican las narrativas hacia alternativas novedosas de interpretación.

Lo descrito previamente, coexiste con la lógica difusa que confronta o amenaza el guion de vida de las personas diagnosticadas, promoviendo de esta manera el potencial creativo del ser humano para incorporar a la experiencia situaciones de sufrimiento que encaminan al mismo hacia la autoorganización, lo anterior se potencializó durante las intervenciones

psicoterapéuticas fundamentadas en la multitemporalidad a través de la metáfora del reloj de arena, la cual visibilizó contextos pragmáticos no estandarizados debido a las dinámicas conversacionales consensuadas entre los consultantes y los terapeutas, en ese orden de ideas, se configuraron relaciones a partir de la visibilización de una ecología de sistemas que co-habitan para crear transformaciones de los propios dilemas.

Amplificando la metáfora del reloj de arena, se reconoce como una apuesta innovadora para significar el tiempo complejo, ya que vislumbra el juego temporal de las dimensiones pasadas, presentes y futuras al comprender tanto la reversibilidad de los significados como la continuidad narrativa de la experiencia, procesos circulares que reconstruyen el curso vital, las percepciones creativas del sí mismo y la diversificación de historias, creando de esta manera la identidad se percibe dinámica y cambiante al repensar que el acontecimiento hace parte de su realidad, más no totaliza al ser subjetivo, puesto que este se reconoce desde lo polifónico e inacabado.

Por otra parte, durante la implementación de los escenarios conversacionales se creó la emergencia de desarrollar un ejercicio grupal con los actores participantes a fin de entretrejer discursos similares de la realidad por medio de la validación y legitimación de resonancias cognitivas, emocionales y existenciales de los mismos, además de reconocer situaciones ejemplarizantes de un otro que retroalimenta posibilidades de afrontamiento desde una perspectiva de aprendizaje, así mismo nutre anclajes sociales a partir de sentidos de pertenencia que edifican novedades adaptativas entre los sistemas para hacer frente a la dinámica propia de co-existir con un otro (autonomía relacional) en experiencias semejantes, permitiendo de este modo acercamientos reflexivos y circulares sobre la historia.

Además, es significativo mencionar que se rescataron las voces de los sistemas amplios - equipos interdisciplinarios (nefrólogo, enfermera, nutricionista, trabajador social, entre otros)

presentes en el contexto de la experiencia de enfermedad mediante el discurso de los consultantes, situación que posibilitó plantear la necesidad de recomendar a futuras investigaciones la pertinencia de activar ejercicios en red con dichos actores con el objetivo de amplificar la diversidad de saberes que se entrelazan recíprocamente para generar comprensiones amplias desde posturas de polivalencia y multivocalidad, pues de esta manera se coordinan e intercambian nociones sectoriales hacia un todo “relativo”.

Para finalizar, es importante mencionar que la psicología social de la salud invita a la psicología clínica a ampliar su perspectiva de investigación - intervención hacia la construcción de ejercicios en prevención de enfermedad y promoción en salud, específicamente en la experiencia de enfermedades de alto costo, ya que al parecer esta última centrado su interés en el diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad, en ese sentido, se vislumbra la emergencia de favorecer aportes por medio de objetivos encaminados a promover la reconfiguración de la experiencia desde el reconocimiento de autonomías relacionales, mundos posibles y prospectivas vitales en fases de prevención y promoción, así mismo se visibiliza la necesidad de sincronizar diálogos entre diferentes áreas de la disciplina psicológica para activar corresponsabilidades frente a la atención integral y diferencial del presente fenómeno estudiado.

Implicaciones de la investigación-intervención a la psicología de la salud

La psicología social de la salud ha realizado estudios sobre enfermedades de alto costo tales como el cáncer, el VIH - sida, entre otras, sin embargo, según la revisión de investigaciones adjuntadas en el estado del arte documental se percibe que la enfermedad renal crónica no había sido profundizada desde lecturas sistémicas y complejas, creando por tanto para la psicología clínica la necesidad de comprender dicha experiencia por su incidencia y prevalencia en la realidad colombiana, creando a su vez categorías de análisis para la intervención durante el

diagnóstico, tratamiento y cuidado integral de la enfermedad, complementando el objetivo privilegiado sobre la adherencia al tratamiento.

En adición, la presente investigación - intervención apuesta a la reconfiguración de rol de “paciente” hacia la posibilidad de incorporar dentro de los procesos de salud el rol activo, coparticipativo y corresponsable de las personas diagnosticadas en sus dinámicas de tratamiento y cuidado integral de la enfermedad. Por otra parte, la psicología social de salud y la psicología clínica se sincronizan para diversificar modelos de atención integral, reconociendo la no estandarización de protocolos preestablecidos de intervención, dando paso hacia la heterogeneidad de mundos posibles frente diversos objetivos a desarrollar, en ese sentido, la presente investigación - intervención apuesta hacia la apertura del concepto de tiempo complejo para flexibilizar la experiencia narrativa de los actores participantes.

Implicaciones de la investigación-intervención a la línea de investigación y a la Maestría

La articulación realizada entre los conceptos de la línea de investigación *Narrativas de los sistemas humanos en diversidad de contextos* y las categorías de análisis del presente estudio permitió ampliar las lecturas desde lógicas construccionistas y complejas, puesto que las epistemologías emergentes lograron dar cuenta de cambios desde niveles semióticos, semánticos y pragmáticos en coherencia con el fenómeno de estudio y los objetivos terapéuticos acordados con los sistemas consultantes, además de recrear historias que dan vida a los contextos relacionales desde posturas orientadas a transformaciones de segundo orden a partir de la coparticipación y corresponsabilidad de los propios procesos.

En ese sentido, se generaron interconexiones novedosas entre los conceptos que, a su vez, amplificaron relatos alternos desde posturas borrosas que retaban discursos hegemónicos que han sido privilegiados en el campo de la salud, los cuales han clausurado narrativas de múltiples posibilidades que pueden co-crear las personas que viven el acontecimiento de

enfermedad renal crónica, dando paso a visibilizar la voz de todos los actores participantes como autores de resignificaciones y ejercicios reflexivos para transformar su realidad subjetiva; todo lo anterior, desde el tiempo complejo como artefacto que permite entretener la historia de vida.

De esta manera, desde los conceptos de la línea, la presente investigación - intervención se logró afianzar, amplificar y co-construir y, así mismo, esta le permitió al macroproyecto interesarse por el campo de la salud con el fin de iniciar conversaciones con dominios disciplinares distintos a la psicología, tales como la medicina, enfermería y trabajo social, las cuales han adelantado estudios que contribuyen a la comprensión del fenómeno desde discursos privilegiados, por lo que la apuesta compleja puede complementar de manera reflexiva y circular las intervenciones que han funcionado tanto para las personas diagnosticadas como para sus redes de apoyo.

En esta misma línea, la Maestría se encuentra enfocada en formar terapeutas que logren articular de manera dialógica, reflexiva y circular conversaciones con lógicas desde epistemes diversas, con el objetivo de co-construir espacios e intervenciones orientadas a la transformación de realidades desde posturas éticas y estéticas, dinamizando el accionar terapéutico a partir de las múltiples bifurcaciones que surgen en un momento de crisis, tanto desde la voz disciplinar como la de los consultantes, por lo que se hace relevante posicionar el quehacer interventivo desde estrategias que se expandan hacia contextos fuera del consultorio y a su vez, incluyan ejercicios epidisciplinares que logren la construcción de nuevos focos de exploración e intervención.

Implicaciones de la investigación-intervención a los investigadores-interventores

La recursividad del tiempo como apertura autorreferencial posibilitó la creación de la metáfora del reloj de arena para comprender la circularidad de las tres dimensiones del tiempo,

no solo ajustada al evento inesperado de enfermedad, sino también a los diferentes ámbitos de la vida humana, generando así una apuesta comprensiva y metodológica de la recursividad del tiempo en su complejidad, además de activar procesos creativos y de innovación que aportan a modelos re-actualizados de intervención que pragmatizan las categorías de análisis desde órdenes comprensibles y dinámicos, de igual manera la participación de interlocutores (consultantes) posibilitó la amplificación de la misma permitiendo la flexibilidad de pensar y repensar la propia existencia.

Con respecto a los escenarios conversacionales, los investigadores - interventores co-construyeron la metáfora de la bola de fuego al referirse a la diversidad de resonancias emocionales que emergen durante las sesiones y que se encuentran acompañados de una ética del cuidado de sí mismo y del otro, dinámicas que movilizan procesos colaborativos para gestionar los estados de crisis inherentes al propio ejercicio psicoterapéutico o de consultoría, además se visibilizaron las interconexiones de ritmos individuales y colectivos para entretejer un trabajo en red que responda a acoples y enganches tanto en la diversificación de la experiencia como en procesos coevolutivos y autoorganizativos que se vislumbran en las intervenciones, reinventando y renovando los encuentros humanos.

Frente a dichos encuentros, los investigadores - interventores dentro de su quehacer ético y estético lograron asumir posturas cercanas, solidarias y humanas con los sistemas consultantes al legitimar experiencias de sufrimiento permeadas por la situación dilemática y caotizada referente a la enfermedad renal crónica, incluyendo a sus compresiones recursividades entre dominios emocionales y cognitivos en cuanto el terapeuta enlaza una conciencia del sí mismo, del otro y del nosotros a partir del reconocimiento de emergencias y vicisitudes para obrar en conjunto durante el desarrollo del contexto de ayuda, legitimando así la multiplicidad de voces y reconfiguraciones creativas de lo humano.

Para concluir, los procesos autorreferenciales posibilitaron debates con respecto a las polaridades semánticas entre lo esperado - inesperado y lo emocional - cognitivo, dando cuenta de rupturas entre los mismos para encontrar puntos intermedios que validan los “opuestos” desde sus complementariedades y diferencias, en ese sentido, se exploran tránsitos que involucran compresiones borrosas frente a lógicas de orden y desorden, estabilidad e inestabilidad, equilibrio y desequilibrio, determinismo e indeterminismo y predictibilidad e impredictibilidad en cuanto se interpreta las recursiones co-existentes entre la experiencia narrativa, las autonomías relacionales, los mundos posibles y las prospectivas vitales.

Aportes para futuras investigaciones

A partir de los resultados y la discusión presentada durante la investigación - intervención, fue posible entender que la configuración narrativa de la identidad podría ser un eje de interés para próximos estudios interesados en comprender e intervenir enfermedades crónicas, esto debido a que al parecer los procesos identitarios podrían cristalizarse en el tiempo presente dado el carácter hegemónico y privilegiado que se le otorga a los discursos científicos por puntuaciones que denotan experticia, dichos saberes se ubican en el plano dominante por sobre los significados que construyen los actores participantes frente al acontecimiento de enfermedad, de manera que posiblemente se limita el accionar creativo de los sistemas y, así mismo, sus procesos de coevolución.

En ese orden de ideas, la movilización de las narrativas privilegiadas y la diversificación de las versiones del sí mismo reconocen alternativas para comprender, vivir y narrar la experiencia de enfermedad por medio de adyacencias posibles que se reorganizan a fin de resignificar realidades, lo anterior en sincronía con el concepto de corporalidad que amplifica las versiones creativas del self hacia la vivencia contextual que legitima el papel espontáneo del cuerpo como otra forma de relacionarse con dicho evento, reflexiones ancladas a la

visibilización de entramados de la historia que se encuentran silenciados y que a su vez podrían reinventar el guion de vida de los sistemas desde la descentralización de la experiencia situada en un fragmento del proceso vital.

POSTSCRIPTUM

Los equipos reflexivos desarrollados por los jurados e investigadores - interventores y directora del trabajo de grado se orientó a sugerencias sobre la necesidad de profundizar en el problema de investigación - intervención, el vacío investigativo visibilizado en el estado del arte documental, las novedades del ejercicio e implicaciones a la psicología clínica en su relación con la psicología social de la salud, además de la relevancia de generar aperturas conversacionales con los sistemas amplios referentes a los contextos hospitalarios.

En ese orden de ideas, el equipo de investigación - intervención socializó el problema de investigación en lo que respecta a los discursos dominantes y privilegiados que ha configurado la medicina y la psicología en sincronía con la adherencia al tratamiento como principal estrategia interventiva por parte de los profesionales de la salud para hacer frente a las demandas y necesidades inherentes a la experiencia de enfermedad renal crónica, lo que permite comprender que la realidad cotidiana de los sistemas consultantes se cristaliza en el tiempo presente, generando rupturas en la continuidad narrativa en un antes y un después del acontecimiento según White y Epston (1993), confrontando el guión de vida y los procesos coevolutivos de las personas.

Para ello se retoma el estado del arte documental, específicamente en las categorías de análisis correspondientes a autonomía relacional, prospectiva vital y experiencia narrativa, ya que se perciben vacíos investigativos, con respecto a la autonomía relacional, esta es connotada desde definiciones lineales que reflejaban el interjuego entre autonomía versus dependencia, puesto que las habilidades físicas de la persona diagnosticada con enfermedad renal crónica al

parecer se disminuyen por los efectos secundarios del tratamiento, activándose el rol de cuidador en la cotidianidad, en ese sentido, se creó la relevancia de incorporar comprensiones relacionales y contextuales de dicho concepto desde los procesos de autoorganización de los sistemas a participar de los postulados de Kauffman (1993).

Frente a la prospectiva vital, se reconoce inicialmente el concepto de sentido de vida, el cual es definido por Frankl (1991) como las acciones que emprende el ser humano para dotar de dirección el camino a transitar, sin embargo, dicha comprensión no revela nociones de futuro que podrían entretener la continuidad narrativa de la experiencia, para ello se crea la emergencia de integrar los principios de incertidumbre e indeterminación en la construcción de la prospectiva vital. Adicionalmente, las narrativas se edifican a partir de la interacción lingüística entre el sistema familiar y el contexto institucional, identificándose posibles discursos dominantes que saturan la realidad de los actores, por tanto se considera pertinente flexibilizar los relatos desde la recursividad del tiempo en las tres esferas temporales (pasado, presente y futuro).

Teniendo en cuenta lo descrito previamente, se plantea la metáfora del reloj de arena como apuesta novedosa para la comprensión e intervención del fenómeno y problema de estudio, conectando recursiva y circularmente el entramado de experiencias en las dimensiones del tiempo, entendiendo que los hechos no son modificables per se, no obstante, los significados de los acontecimientos se transforman a partir de la flexibilidad de la memoria e historias de los consultantes, incorporando la reversibilidad de los mismos y las dinámicas de reorganización de los sistemas mediante la posibilidad de repensar el pasado desde una perspectiva de aprendizaje, releer el presente a partir de estados de equilibrio y desequilibrio, y proyectar el futuro a través de procesos de coevolución.

Así mismo, el juego multitemporal se encuentra interconectado con los tiempos subjetivos y polifónicos de la experiencia de quien lo vive y lo narra, en ese orden de ideas, las novedades adaptativas en momentos de crisis se articulan con estados de autopoiesis y homeostasis, interpretando que el movimiento y la quietud son artefactos de cambio y transformación, en la que esta última es comprendida como el equilibrio que dispone a los sistemas hacia la oxigenación de motivaciones que los orientan a nuevas organizaciones, de esta manera el tiempo complejo coexiste con la creatividad y la borrosidad para crear dinámicas bifurcantes y adyacentes posibles que dan cuenta de la polifonía de ritmos que coparticipan.

Por otra parte, se legitima la sincronía entre la cronicidad del diagnóstico, el cual se perpetua en el tiempo y la muerte como un mundo posible de la realidad, está última interconectada con la enfermedad o con el proceso natural de culminación de la vida, significados que se transforman hacia la posibilidad de gestar vínculos virtuales mediante relaciones simbólicas que trascienden espacios temporoespaciales y favorecen la cercanía a través de legados y recuerdos significativos aun después de la muerte. Con respecto a la categoría emergente correspondiente a configuración identitaria, se comprende que la máquina de hemodiálisis es puntuada como una extensión del cuerpo que se ancla con la vida, permitiendo manifestaciones corporales en torno a la restauración de las heridas físicas, configuradas desde la entrega, lucha y compromiso.

Se destaca entonces, que las implicaciones de la investigación - intervención a la psicología clínica y a la psicología social de la salud es la invitación a la interlocución de los saberes desde la reciprocidad del conocimiento, pues de esta manera se deconstruye la jerarquización de las subdisciplinas y se gestan escenarios ecológicos de comprensión e intervención, a su vez se destaca la necesidad de crear interconexiones entre los paradigmas tradicionales de la medicina y los paradigmas emergentes de la psicología para generar

conversaciones circulares que apuesten hacia la coexistencia e integralidad del ser humano en sus diversas dimensiones.

Para finalizar, como punto ciego a resaltar se encuentran las implicaciones sociodemográficas y el régimen de salud de las personas diagnósticas y sus sistemas, en relación a la experiencia de enfermedad renal crónica, generando distintas recursiones para reactualizar las comprensiones del fenómeno de estudio de manera relacional, contextual y ecológica, creando así mismo la emergencia de articular los sistemas amplios correspondientes a los contextos de salud para futuras investigaciones, pues de este modo posiblemente se amplificarían las interpretaciones desde dominios propios de la psicología compleja.

Referencias

- Anderson, H. (1999). *Conversación, Lenguaje y Posibilidades: Un enfoque posmoderno de la psicoterapia*. Argentina: Amorrortu Editores S.A.
- Arenas Cubillos, M. K.; Moreno Bautista, F. S. & Rodríguez Galindo, A. (2009). *Activación de la red social comunitaria, institucional e interinstitucional en las situaciones de*

violencia familiar en el sector San Gabriel ubicado en la Localidad de Usaquén.

(Tesis de Maestría). Universidad Santo Tomás, Bogotá - Colombia.

Badr, H. & Krebs, P. (2013). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1688-1704. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3200/epdf>

Bateson, G. (1982). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Argentina: Lohele

Bellato, R.; Santos de Araújo, L. F.; Dolina, J. V.; Anjos Musquim, C. & De Lima Souza, G. H. (2016). The family experience of care in chronic situation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 81-88. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300012>

Berger, G. (1967). *Etapas de la prospective*. París, Francia: PUF.

Biondi Shaw, J. J. (2000). *Globalidad y diversidad cultural*. España: Parlante Cuzco.

Boaventura, S. (2010). *Refundación del estado en América Latina: perspectivas desde una epistemología del sur*. Lima, Perú: Siglo XXI. Recuperado de http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Refundacion%20del%20Estado_Lima2010.pdf

Boscolo, L. (1996). *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Madrid, España: Paidós.

Caballero Suárez, N. P.; Pérez Sánchez, I. N.; Herrera Cornejo, M. A.; Manrique, M. A. & Sánchez Sosa, J. J. (2012). Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22(2), 257-273. Recuperado de:

<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/550/940>

Carrobles, J. A. (1985). El modelo conductual o del aprendizaje social: Enfoques y aplicaciones. En J.A. Carrobles (Ed.), *Análisis y modificación de conducta II* (77-108). Madrid, España: UNED.

Castro, M. (2010). El efecto de la metaobservación en la intervención de caos con necesidades educativas especiales. *Liberabit. Revista de Psicología*, 16 (2), 153-160.

Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Revista Aquichan*, 1(11), 7-22. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1814>

Cleciene dos Anjos, & Corrêa, Geovana Hagata de Lima Souza Thaines. (2016). The family experience of care in chronic situation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 81-88. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100081&lang=pt

Contreras, F.; Londoño, C.; Vinaccia, S & Quiceno, J. (2006). Perspectivas en psicología de la salud en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 120-129. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215402012>

Contreras, K. (2014). *Características clínicas de los pacientes manejados en el programa ambulatorio de prevención renal del Hospital: Universitario San Ignacio (HUSI) en el periodo 2010-2014*. (Tesis de posgrado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá - Colombia.

Crivello, M. (2013). Implicancias y consecuencias de la enfermedad crónica sobre el grupo familiar. *Revista virtual de la facultad de psicología y pedagogía de la Universidad*

Del Salvador, 30, 24-36. Recuperado de <https://racimo.usal.edu.ar/4585/1/1261-4822-1-PB.pdf>

Da Silva, R. A.; De Souza Neto, V. L.; De Oliveira, G. J.; Oliveira da Silva; B. C.; Texeira Rocha, C. C. & Holanda, J. R. (2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Escola Anna Nery*, 20(1), 147-154. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100147&lang=p

Dabas, E. & Perrone, N. (1993). *Red de redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos aires, Argentina: Paidós.

Duque, R. (2017). *La Investigación como Biosfera Autoorganizada Diálogos entre Psicología Clínica, Ciencias de la Complejidad y Estética de los mundos posibles*. (Tesis de Doctorado) Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Echeverría, R. (1996). *Ontología del Lenguaje*. Santiago de Chile: Dolmen.

Eco, U. (1993). *Lector in Fabula: la cooperación interpretativa en el texto narrativo*. Barcelona, España: Lumen S.A.

Estupiñán, J.; González, O. y Serna, A. (2006). *Dossier Historias y Narrativas Familiares en diversidad de contextos*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23319686>

Flórez Alarcón, L. (1999). Origen y evolución de la Psicología de la salud en Colombia. *Revista*

Colombiana de Psicología, 0,125-126. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/32153>

Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2017). *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia*. ISSN: 2322-6323. Recuperado de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Libro_Situacion_ERC_en_Colombia_2017.pdf

Fonseca Fonseca, J. C. & Jiménez Jordán, L. C. (2006). *El cáncer como metáfora o como opción para re-significar la vida: Narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad*. (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomás, Bogotá – Colombia.

Frankl, V. (1991). *El hombre en búsqueda de sentido*. España: Herder Barcelona.

Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapéuticos sistémicas. *Revista Diversitas*, 1(4), 159-171. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v4n1/v4n1a14.pdf>

Gergen, K. (2005). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman (Ed.) *Construcción de la experiencia humana*. Barcelona, España: Gedisa.

Gergen, K. & Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid, España: Paidós.

Girgis, A.; Lambert S.; Johnson, C.; Waller, A. & Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a Review. *Journal*

of Oncology Practice, 9(4), 197-202. Recuperado de <http://jop.ascopubs.org/content/early/2012/12/03/JOP.2012.000690.full.pdf>

Godet, M. (1977). *Crisis de la previsión, ascenso de la prospectiva*. París, Francia: PUF.

Gómez, E. & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de psicología*, 19 (2), 103 - 132.

Recuperado de: <http://www.anales-ii.ing.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17112/17840>

Grondin, J. (2005). *Del sentido de la vida: un ensayo filosófico*. España: Herder.

Guzmán, Y.; Estrada, O.; Tejada, P. & Crespo, O. (2010). Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. *Revista Facultad de Salud - RFS*, 2(1), 39-50.

Holguín, L.; Correa, D.; Arrivigalla, M.; Cáceres, D. & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol.* 5(3), 535-347. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09>

Hernández, A. (2005). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. Bogotá, Colombia: El Búho.

Hernández, P. A. A., López, L. C. C., & Anacona, C. A. R. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. *Revista Colombiana de psicología*, 17(9). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001>

Kauffman, S. (1993). *The Origins of Order: Self Organization and Selection in Evolution*. Nueva York: Oxford University Press.

Kauffman, S. (2003). *Investigaciones: Complejidad, autoorganización y nuevas leyes para una*

biología general. Barcelona: Tusquets Editores.

Kosko, B. (1995). *Pensamiento Borroso. Una nueva Ciencia de la lógica Borrosa*. Barcelona, España: Grijalbo Mondadori S.A.

Krikorian, A. & Limonero, J. T. (2015). Factores asociados a la experiencia de sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 423-438. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a06.pdf>

Lagos Garay, G. (2004). Gregory Bateson: Un pensamiento (complejo) para pensar la complejidad. Un intento de lectura/escritura terapéutica. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 3(9), 1-15. Recuperado de <http://journals.openedition.org/polis/7373>

Lara, V. J. (2004). *Metapsicología de contextos. Un nuevo marco teórico para la psicología en México*. Inédito.

Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488 - 499. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf>

Ley N° 1438. Reforma del sistema general de seguridad social en salud, Bogotá, Colombia, 19 de enero de 2011. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Lopera Medina, M. (2016). La enfermedad renal en Colombia: Necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Gerencia Política en Salud*, 15(30), 212-233. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a15.pdf>

López, I. (2011). Evaluación Colaborativa como Intervención en el Tratamiento Familiar: *Estudio de Caso*. *Revista de Psicología GEPU*, 2(1), 164 - 180. Recuperado de

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/3984/1/Evaluaci%C3%B3n%20Colaborativa%20como%20Intervenci%C3%B3n%20en%20el%20Tratam%20iento%20Familiar,%20Estudio%20de%20Caso.pdf>

López, C. & Plazas, D. (2013). *Identidad narrativa y su reconfiguración desde procesos Abductivos en un fenómeno puntuado como psicopatológico*. (Tesis de Maestría). Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.

Lucho, M. L. & Jerí, F. R. (1997). Consejería y psicoterapia en el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida. *Revista de Neuropsiquiatría*, 60(3), 213-225. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1412/1441>

Luhmann, N. (1986). *Ecological Communication*. Chicago: University of Chicago Press.

Madsen, R. & Uhrenfeldt, L. (2014). Palliative patients' and their significant others' experiences of transitions concerning organizational, psychosocial and existential issues during the course of incurable cancer: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(2), 9-25.

Magaña Valladares, L.; Zavala, M. A.; Ibarra Tarango, I.; Gómez Medina, M. T. & Gómez Medina, M. M. (2004). El Sentido de vida en Estudiantes de Primer Semestre de la Universidad de la Salle Bajío. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, 6(22), 5-13. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34202201>

Maturana, H. y Varela, F. (1996). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En Pakman, M. (Comp) *Construcciones de la experiencia Humana. Volumen I*. Barcelona, España: Gedisa.

- McNamee, S. & Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mebarak, M.; De Castro, A.; Salamanca, M. & Quintero, M.F. (2009). Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el caribe*, 23, 83-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- Mera Rodríguez, C. (2014). Pensamiento prospectivo: visión sistémica de la construcción de futuro. *Análisis*, 46(84), 89-104. Recuperado de <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/analisis/article/view/2092/2176>
- Merleau Ponty, M. (1976) *La estructura del comportamiento*. Buenos Aires, Argentina: Hachette.
- Morais, S. (2015). Una mirada sobre la psicología clínica en unidades de rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 114, 40- 50. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5208852>
- Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Orozco Gómez, A. & Castiblanco Orozco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf>
- Payno, M. & Rosen, B. (1999). *Panorama de México*. México: Conaculta.
- Pérez Sánchez, L.; Espinosa Parra, I. & Hernández Pacheco, L. (2016). Pautas relacionales de la distimia y su semejanza en el proceso de la artritis reumatoide. Análisis sistémico de un caso clínico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(2), 461 - 500
Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/56345/49983>

- Pimentel Nieto, D. (2007). Guía Clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*, 21, 54-68. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip071g.pdf>
- Pimentel Nieto, D.; Morales Carmona, F.; Sánchez Bravo, C. & Meza Rodríguez, P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. *Perinatología y reproducción humana*, 27(2), 98-105. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000200005&lng=es&tlng=es
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su *qué* y su *para qué*. *Universal Psychology*, 5(3), 669-679. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Prigogine, L. (1996). *El fin de las certidumbres*. Madrid, España: Taurus.
- Prigogine, I. (1998). *El nacimiento del tiempo*. Barcelona, España: Theoria.
- Puchel, K.; Reppeto, P.; Solar, M.; Soto, G. & González, K. (2012). Diseño y validación del instrumento SALUFAM: un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico para la atención primaria chilena. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 417-425. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400001
- Salas, M. & Guarín, M. (2014). Diferencias en costo efectividad del cuidado paliativo domiciliario frente a la atención convencional hospitalaria para el manejo de enfermedades crónicas en fase terminal: revisión sistemática de la literatura. (Tesis de Maestría). Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Bogotá, Colombia.

- Sánchez, C.; Alcaraz González, J.; Lara Vargas, J.; Salinas Anaya, F. & Aguilera. (2010). El efecto de la metaobservación en la intervención de casos con necesidades educativas especiales. *Liberabit*, 16(2),153-160. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200005
- Santacreu, J. (1988). La psicología de la salud. En J. Santacreu (Ed.), *Modificación de conducta y psicología de la salud (VI Jornadas)* (11-14). Valencia, España: Promolibro.
- Shaffer, D. (2007). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. México: Thompson
- Shotter, J. (1993). *Conversational Realities: Constructing life through language*. Londres: Sage Publications Inc.
- Shotter, J. (2001). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Sotolongo Codina, P. L. & Delgado Díaz, C, J, (2006). *La Revolución Contemporánea del Saber y la Complejidad Social: Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Trujano, R. S.; Ávila López, D. I.; Vega Valero, Z. & Nava Quiroz, C. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología*, 16(26), 78-84. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100008
- Ugazio, V. (1998). *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y*

psicopatología. Barcelona, España: Paidós.

Urzúa, A.; Pavlov, R.; Cortés, R. & Pino, V.. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *Terapia psicológica*, 29(1), 135-140. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art14.pdf>

Verdecia Montero, K. y Gómez del Castillo, J. (2013). Psicoterapia de orientación gestáltica en la atención de pacientes oncológicos en estadio terminal. *Santiago*, 131, 389-402. Recuperado de <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/91/86>

Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf>

Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2006). Salud y enfermedad desde el modelo mágico al bio-psico-social de la psicología de la salud. *Ágora USB*, 6(2), 165-174. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490508&indexSearch=ID>

Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia, avances de la disciplina*, 6(1), 123-136. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>

Young, R. (1986). *Personal Autonomy: Beyond Negative and Positive*. Londres: Croom Helm.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.