



Narrativa y Arte: Construcción de memorias en el transito familiar en la Enfermedad crónica.

Documento de Profundización

Suárez, J., Suárez A., López, L., Moncada, L.,



<https://sites.google.com/site/lapinturaespanola/retratos-y-bodegones-del-barroco-espanol>



**Título: Narrativa y Arte: Construcción de memorias en el transito familiar en la
Enfermedad crónica.**

Jesica Viviana Suárez Morales, María Alejandra Suárez Lozano y Luisa

Fernanda López Muñoz, Luz Marina Moncada Torres

**Universidad Santo Tomás
División Ciencias de la Salud
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica y de la Familia**

Bogotá D.C, junio 2020



Contenido

Contexto de la investigación intervención	7
Introducción	7
Justificación	8
Antecedentes del estado del arte	9
Perspectivas interdisciplinarias y estrategias de intervención	11
Constructos frente a la vida y la muerte	16
Narrativa y arte como posibilidad terapéutica	20
Preguntas de investigación – intervención, objetivos e hipótesis	23
Preguntas de investigación intervención	23
Objetivo General	24
Objetivos Específicos	24
Hipótesis	24
Metodología	24
Consideraciones éticas	26
Fundamentos clínicos	28
Familiograma	28
Cualidades de la vinculación	29
Narrativas privilegiadas y emergentes	30
Lectura ecosistémica del caso	32
Principios organizadores y referentes conceptuales del caso clínico	33
Paradigmático epistemológico	33
Coevolución	35
Construccionismo Social	36
Construcción Narrativa de Enfermedad Crónica en los Sistemas Familiares	37
Narrativa y arte como posibilidad terapéutica	39
Memorias Familiares	40
Estrategias terapéuticas	42
Descripción de la estrategia	42
Resultados de la investigación intervención y proceso auto y heteroreferencial	46
Historia, construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas familiares, los pactos de silencio y las novedades posibilitadoras del cambio	47
Memoria: construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas familiares, las novedades posibilitadoras del cambio y los pactos de silencio	52
Acontecimiento - Construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas familiares, las novedades posibilitadoras del cambio, transitar terapéutico y pactos de silencio	55
Discusión	57



Proceso auto y heterorreferencial.....	64
Conclusiones.....	65
Referente al fenómeno de estudio	65
Respecto a la maestría en psicología clínica y de la familia.	66
Referente a los servicios de atención psicológica – SAP como contexto de aplicación	66
Referente a la psicología clínica.....	67
Referente al macroproyecto historias y narrativas en diversidad de contextos.....	68
Frente a las investigadoras interventoras	69
Referente a los hallazgos y novedades de la investigación intervención	70
Alcances y limitaciones de la propuesta.....	71
Referencias.....	73

Índice de Tablas

Tabla 1: Cantidad y tipos de artículos consultados.....	10
Tabla 2: Países como referentes consultados	10
Tabla 3: Tópicos tratados	11
Tabla 4: Tipo de población revisada en documentos.	11
Tabla 5. Códigos contruidos para relatos descritos por los participantes de la investigación intervención.....	30
Tabla 6. Descripción de los objetivos por escenario investigativo interventivo.	44

Índice de Figuras

Figura 1: Familiograma. Diseño propio.....	29
Figura 2: Fases para la construcción de resultados. Diseño propio.....	47



Resumen

El presente documento con énfasis en profundización, se encuentra adscrito al grupo Psicología Familia y Redes, a la línea de Investigación Psicología, Sistemas Humanos y Salud Mental y al macroproyecto historias y narrativas familiares en diversidad de contextos, de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás – USTA. Para la presente investigación intervención se planteó como objetivo general, comprender las narrativas dominantes y emergentes entorno a la enfermedad crónica, connotada como problema en un sistema terapéutico, posibilitando la emergencia de memorias familiares y la coevolución, empleando el arte como techne en el proceso investigativo interventivo.

El proceso investigativo interventivo, del siguiente estudio de caso, es una propuesta enmarcada desde una cibernética de segundo orden, con una metodología cualitativa, en donde el fenómeno de estudio, hace referencia a la construcción narrativa de enfermedades crónicas, desde una perspectiva ecológica, sistémica y compleja; involucrando dispositivos terapéuticos relacionados con el arte y la narrativa que permiten la comprensión del fenómeno estudiado desde ópticas posibilitadoras y evolutivas.

Los principales aportes de esta investigación-intervención, fueron orientados hacia la integración del arte como techne y dispositivo movilizador en pacientes crónicos con cáncer, siendo este un método interventivo novedoso que posibilito la emergencia de nuevas comprensiones frente a la enfermedad, la expresión emocional del sistema familiar, la apertura al cambio y la transformación de las relaciones.

Palabras Clave: narrativa, arte, enfermedad crónica, pactos de silencio y coevolución.



Abstract

In this document with emphasis in deeping, is appointed to *the Netting and Psychology Family Group*, to the Researching Psychology strand, Human Systems and Mental Health and the macro-project *Familiar Stories and narratives in different contexts*, from Master's degree in Clinical and the Psychology Family from the Psychology school of Santo Tomás University - USTA. For this intervention-research was posed as a general objective, to understand the rising and dominant narratives around chronic disease, connoted as a problem in a therapeutic system, enabling the emergence of familiar memories and coevolution using art as a *techne* (Greek word to art or crafting) in the interventional researching process.

The interventional researching process in the following case study, is a proposal framed from a second order cybernetics, with a qualitative methodology, where the phenomenon of study refers to the narrative construction of chronic diseases from an ecological, systemic and complex perspective; involving therapeutic devices related to art and narrative that allow the understanding of the phenomenon studied from enabling and evolutionary optics.

The main contributions of this intervention-research were guided towards the integration of art as *techne* and rallying device in chronic cancer patients, being this a novel interventional method which allows the emergence of new understandings opposite the illness, the emotional expression of familiar system, opening to change and relationships transformation.

Keywords: *Narrative, Art, Chronic Disease, Pacts of silence, Coevolution.*



Contexto de la investigación intervención

Introducción

Este documento tuvo como propósito la investigación intervención de enfermedades crónicas connotadas como problema en un sistema terapéutico y la construcción de memorias familiares, permitiendo favorecer la emergencia de novedades adaptativas dentro de los procesos coevolutivos, en donde se resalta la importancia del trabajo con familias que han sido diagnosticadas con enfermedad crónica (cáncer, diabetes, enfermedades osteoarticulares, enfermedades renales, Parkinson y alzheimer).

Haciéndose indispensable contemplar la importancia de la familia dentro de estos procesos terapéuticos, como lo refieren Pérez, Mercado y Espinosa (2011) “ello nos hace reflexionar acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso salud- enfermedad” (p 270). invitando a contemplar a la familia como principal agente constructor de la historia familiar, su sentido y las formas en las que se construye la realidad.

Es así, como se propuso una metodología cualitativa de segundo orden como lo plantea Von Foerster (2000) al referir “la cibernética debería ir más allá y afrontar un nuevo modelo epistemológico en el cual el observador formará parte del sistema estipulando sus propios objetivos, su propio papel dentro del mismo” (p 4). frente a esto para el fenómeno investigado, es interesante denotar como el propio consultante pudo hacer parte del sistema observador, generando aportaciones desde sus percepciones de la realidad por medio de procesos autorreferenciales que permitieron dar paso a la emergencia de narrativas diversas, contribuyendo en la construcción de nuevas memorias y la coevolución familiar.

Lo anterior, genero la construcción de un diseño metodológico que permitiera procesos psicoterapéuticos movilizadores a través del arte, siendo esta una estrategia para la generación de memorias familiares y relatos emergentes o alternos, que surgieron en la



comprensión de la experiencia de vivir con una enfermedad crónica, no solo para el consultante identificado sino para la familia, a través de los dispositivos terapéuticos como *techne* que dieron paso a la conversación, exteriorización, redistribución de roles, la reconfiguración de relatos dominantes a relatos alternos y procesos adaptativos que dan paso a la proyección futura del sistema.

El presente documento con énfasis en profundización, pretendió contemplar a los procesos coevolutivos dentro del sistema familiar definidos por Porras y Lerma (2015) como “un proceso donde no se evoluciona una parte de un sistema, sino, el sistema total desde sus interacciones con el medio circundante” (p 47). Estos permiten identificar la importancia de convocar al sistema consultante y las investigadoras interventoras dentro del contexto psicoterapéutico, con el fin de construir nuevas posibilidades frente a la comprensión de la experiencia vivida, los procesos de reorganización familiar, adaptación y aceptación del cáncer.

Justificación

El presente documento con énfasis de profundización, pretendió trabajar con un sistema familiar diagnosticado con enfermedad crónica cáncer, desde lo cual se hizo importante comprender a través de la historia, memoria, y los acontecimientos; la construcción narrativa entorno a la enfermedad crónica, los pactos de silencio, el transitar terapéutico y los procesos coevolutivos del sistema familiar.

De tal cuenta, se hizo relevante, que tanto la familia como el consultante sostuvieran una búsqueda constante por el equilibrio y la tranquilidad debido a la demanda de cambios y reorganización en sus roles y actividades cotidianas (García y López, 2016). En ese sentido, la investigación intervención pretendió vincular por medio de dispositivos terapéuticos como *techne*, la emergencia de memorias familiares y de procesos coevolutivos dentro del sistema familiar.



De acuerdo a la revisión frente a las técnicas que son usadas en la intervención terapéutica, es importante mencionar, que se han realizado investigaciones que vinculan el arte y la narrativa, como lo contempla Ardila y Chacón (2019) al referir “el arte y la narrativa se conectan desde otra dimensión complementando la razón, la emoción y la intuición, para poder comunicar libremente, bien sea porque es un tema que puede ser considerado aún como un tabú o por las experiencias que ha vivido la persona” (p 79). planteando de esta manera una estrategia de investigación intervención innovadora en el abordaje como dispositivo generador del cambio.

En consonancia con lo anterior, emerge la importancia de vincular los dispositivos terapéuticos como techne dentro de los procesos investigativos interventivos, siendo estos una estrategia novedosa, que posibilitaron la emergencia de nuevas comprensiones ante el cáncer y a su vez transformaciones frente a la expresión emocional, las aperturas al cambio y el reencuentro de lo relacional desde lo construido como familia, contribuyendo así a la construcción de nuevos aportes al campo clínico.

Antecedentes del estado del arte

El estado del arte, se realizó a través de la revisión de los desarrollos investigativos interventivos, que permitieron dar a conocer los avances de los estudios a nivel teórico y metodológico y /o las divergencias que pudiesen aparecer frente al fenómeno de estudio.

Teniendo entonces como referencia lo anterior, contamos con cincuenta y nueve (59) textos analizados que fueron esenciales para poder comprender la situación del cáncer y la enfermedad crónica y así mismo poder plantear posibles estrategias de investigación intervención, frente a lo consultado surgen dilemas, vacíos y tensiones que percibimos y que podemos plasmar, como las diversas maneras en cómo las familias enfrentan el diagnóstico, la orientación a nivel psicológico que se le brinda al paciente, los diferentes testimonios de las familias frente a la convivencia y la organización del sistema familiar y la participación de



los cuidadores o profesionales de la salud ya sea desde sus maneras de intervenir o de sus posturas personales.

A continuación, se describen las características de los textos revisados para la construcción del presente documento con énfasis en profundización. (Tablas 1, 2, 3,4).

Tipo documento	Cantidad
Revistas	13
Texto Investigativo	16
Texto Reflexivo	3
Artículos	15
Estudio de caso	3
Tesis	9
Total	59

Tabla 1: Cantidad y tipos de artículos consultados

País publicación	Cantidad
España	13
México	4
Argentina	6
Cuba	5
Chile	5
Colombia	22
Venezuela	1
Paraguay	1
Perú	2
Total	59

Tabla 2: Países como referentes consultados



Tópico tratado	Cantidad
Perspectivas interdisciplinarias y estrategias de intervención.	30
Construcciones o constructos frente a la vida o la muerte, (creencia, mito o rito.)	18
Narrativa y arte como posibilidad terapéutica	11
Total	59

Tabla 3: Tópicos tratados

Tipo de población	Cantidad
Familia	12
Pacientes	10
Profesionales de la salud	37
Total	59

Tabla 4: Tipo de población revisada en documentos.

Por lo anterior, se hace indispensable contextualizar las revisiones realizadas para la construcción del presente documento con énfasis en profundización, el efectuar dichas revisiones permitió ampliar el conocimiento referente al propósito de la investigación intervención y a su vez los avances o no a nivel teórico y metodológico; llevando a las investigadoras interventoras a la generación de una curiosidad genuina por el estudio del fenómeno de investigación intervención propuesto.

Durante la revisión realizada, se contemplaron tres focos a desarrollar; la perspectiva de los profesionales de la salud, las construcciones frente a la vida y la muerte y las posibilidades terapéuticas que se habían desarrollado con pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas desde el arte y la narrativa.

Perspectivas interdisciplinarias y estrategias de intervención

Dentro de este apartado, es importante denotar en las revisiones realizadas, que los profesionales en salud, presentan mitos y tabús alrededor de la muerte, viéndola como su



enemigo e interpretando el fallecimiento de un paciente como un fracaso. Para algunos profesionales el dar el diagnóstico de la enfermedad crónica es como dar una condena al paciente y a sus familias, debido al alto impacto que tiene esta información a nivel emocional y relacional (García, Cruz, Schmidt, Muñoz, Montoya, Prados, Pappous y Botella, 2010).

Así mismo, en otra de las investigaciones revisadas se visibiliza desde una postura reflexiva el rol del psicólogo dentro de los cuidados paliativos, refiriendo este como un rol olvidado pero indispensable, permitiendo así conocer como en los procesos interventivos un pequeño porcentaje de los familiares de la persona que fallece presentan dificultades para superar la pérdida y adaptarse a nuevas connotaciones (Barbero, 2008).

Es así, que la revisión realizada en torno a las comprensiones del rol de los profesionales de la salud que están inmersos en el contexto de atención a las personas con enfermedades terminales los cuales según Grau, Fernández y Hawrylak (2010) refieren que “Desde este punto de vista, los profesionales, más que intervenir, deben acompañar y ayudar a las familias a buscar significado a un sistema desequilibrado porque éstas tienen experiencias equivalentes a la de los profesionales en el tratamiento de la enfermedad” (p. 209), por ello no es solamente indispensable el trabajo que realizan los profesionales de la salud sino que desde las experiencias de las familias que acompañan estos procesos aprenden a conocer otras formas y visiones del cómo posiblemente se puede brindar la atención.

Partiendo del rol del profesional en psicología, ejercido con el paciente que padece una enfermedad terminal, surge la incertidumbre respecto a cómo se involucra a la familia en esta nueva realidad; describiéndola como una reorganización dentro del sistema familiar, que tiene implicaciones de tipo emocional y relacional con todo el sistema involucrado, pues se restablecen los roles y se reestructuran los modos de convivencia cuando existe un paciente terminal (Fernández, 2009). Teniendo en cuenta que al generar procesos de cambio dentro del sistema familiar, emergen con sigla dinámicas de caos que afectan dicha reorganización.



Cabe resaltar, que las familias con pacientes que tienen un familiar con enfermedad terminal como lo plantean Espada y Grau (2012):

“Son las familias las que asumen la responsabilidad y el manejo de la enfermedad en el día a día y como expertas, pueden mostrarnos cómo la enfermedad ha cambiado sus vidas y las estrategias de afrontamiento más útiles para solucionar satisfactoriamente el problema o para convivir con él” (p. 26)

Estas familias tienen la experticia adecuada para brindarle a su familiar las herramientas de afrontamiento y para ellos mismos, teniendo como base un componente histórico-evolutivo que les permite crear sus propias formas de “renacimiento” frente a la situación vivida.

Cabe agregar, que el rol del psicólogo puede ser expuesto como agente principal en el tratamiento para el paciente con dolor crónico, pues además de generar un apoyo frente a la situación, en sus intervenciones abordan cómo mejorar de cierta manera la calidad de vida de los pacientes asociados a esta terminología (Vallejo, 2005). En este aspecto es importante resaltar que esta visión de ayuda interdisciplinaria es bien recibida por otros profesionales de la salud, quienes apoyan el rol del psicólogo en el afrontamiento de situaciones de enfermedades crónicas.

Con referencia a lo anterior, es importante resaltar que las enfermedades crónicas generan unos movimientos que desestabilizan el sistema familiar y requieren una demanda de cambio y reorganización en sus roles uniéndose en torno al bienestar del paciente, asumiendo responsabilidades de cuidado físico y psicológico, para atender y entender las necesidades de la persona a la que se cuida, (García y López, 2016). En este punto, los estudios coinciden en afirmar la importancia de generar procesos de aceptación en torno a lo



que el paciente padece e intentar reorganizar el sistema familiar involucrando de cierto modo a todos los miembros en el cuidado del paciente.

Por lo anterior, es importante mencionar algunas de las formas de afrontamiento de la familia frente a la enfermedad, como lo plantean Acosta, López y Sánchez, (2009) al referir “el afrontamiento está formado por ciertos pensamientos y conductas que se ejecutan en respuesta a situaciones estresantes específicas. La relación entre estrés y afrontamiento es recíproca debido a que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan la valoración de este y la manera subsecuente de hacerle frente” (p. 30). Lo que da cuenta que los eventos estresantes están directamente relacionados con las formas que se utilizan para salir adelante de las situaciones lo que el autor denomina afrontamiento, las cuales son realizadas según cada persona.

Aunado a lo anterior, se hace importante mencionar que dentro de los procesos de reorganización con relación al diagnóstico de cáncer como lo menciona Amado y Carvajal (2014) estos deben “ser considerado como una situación en la que cada uno de los miembros del sistema participa de manera implícita o explícita en el afrontamiento de la enfermedad donde la cohesión y la adaptabilidad entre la familia posibilitan recursos para solucionar problemas de inmediato” (p.9). Esto permite pensar que el impacto que tiene el diagnóstico no se limita a una sola persona, lo que puede posibilitar en la familia la movilización de todos frente a las diversas demandas para garantizar el bienestar del sistema.

Ante lo anteriormente expuesto, es pertinente conocer también como durante todo el proceso de la enfermedad los pacientes presentan tristeza, angustia y miedo como causantes de sufrimiento, adicional al dolor que genera la enfermedad, se ven reflejados estos componentes emocionales que generan preocupación e incertidumbre por el futuro y el



avance de la enfermedad, intensificando el miedo frente a lo desconocido y la proximidad de la muerte (Montalvo y Herrera, 2015).

Otra de las formas en las que el psicólogo se ve inmerso dentro del ejercicio interventivo con otros profesionales, es decir de manera interdisciplinar es la que nos plantean Barreto y Bayés (1990) quienes refieren que “el objetivo fundamental que persiguen todas las intervenciones terapéuticas que lleva a cabo el equipo interdisciplinar que actúa dentro de un enfoque paliativo, es único: conseguir para el enfermo terminal, el máximo bienestar posible a lo largo de todo el proceso que le conduce a la muerte” (p. 175). Lo cual permite visibilizar la importancia de generar una labor construida con las diferentes áreas de conocimiento en pro del bienestar de las personas que nos frecuentan desde su déficit siendo este un enfoque dirigido a la psicología.

Conectando con lo anteriormente expuesto, en los resultados y sugerencias de la investigación de Zavala, Ríos, García y Rodríguez (2009) ponen en manifiesto unas observaciones para los profesionales de la salud afirmando:

“Para que respondan con eficiencia y efectividad a las nuevas necesidades de salud que la sociedad demanda. Respecto al personal de salud, en especial el de enfermería del primero y segundo nivel de atención, se sugiere capacitarse, a través de diversas estrategias, en la atención holística de los pacientes adultos y cuidadores principales, considerando a los familiares como red de apoyo en el cuidado, que contribuyen en el mantenimiento y la estabilidad de la unidad familiar. (p.269)”

Partiendo del anterior significado, se puede entonces comprender que al referirse a situaciones de enfermedad crónica lo que se busca como tal no es la cura de la enfermedad, si no por medio de tratamientos cuidar al paciente en términos de calidad de vida y así mismo prestar de cierta manera un apoyo a la familia para la comprensión de la realidad en la que



comenzarán a vivir, sin embargo esta no es una postura absolutista, pues en determinados casos la enfermedad puede ser vista como una posibilidad de unión familiar y no como problema.

Hechas las consideraciones anteriores, es pertinente hacer algunas distinciones frente a las diferentes estrategias y mecanismos de intervención entre el rol del psicólogo, la medicina y los constructos sociales como medio de apoyo y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad terminal.

Resulta oportuno mencionar, las deficiencias visibilizadas en américa latina , frente al adecuado e inadecuado diseño de la mayoría de los sistemas de salud que impiden la implementación de intervenciones necesarias para mantenerlas a largo plazo de una manera efectiva, las enfermedades crónicas y en etapa terminal van en aumento y debido a sus condiciones complejas su abordaje debería ser de una aplicación integral como lo menciona Londoño (2017) referir “ adopción de un enfoque centrado en el paciente en lugar del tradicional enfoque basado en la enfermedad” (p.71). Convirtiendo los sistemas de salud resilientes y éticos, que se encuentren preparados para ofrecer un cuidado continuo-equitativo de alta calidad no solo en la atención de estos pacientes sino también de promoción y prevención a nivel general.

Por último, es importante recobrar la postura epistemológica y teórico sistémica, como escenario que contempla los procesos terapéuticos en investigaciones intervenciones con paciente crónico, invitando a repensar las formas de hacer intervención, generar nuevas estrategias y profundizar en el enfoque, el cual permite la generación de otras miradas frente a la problemática a abordar nuevas estrategias desde el enfoque sistémico (Blanco, Soler y Torres, 2007).

Constructos frente a la vida y la muerte



En esta apartado, el interés se centra desde otra forma de contemplar las enfermedades crónicas, y es dada a partir del enfoque cultural en el que se encuentre la familia. Al respecto autores como Tejeda (2011) refieren que “las enfermedades terminales, desde el punto de vista cultural, han sido siempre asociadas al dolor intenso y la muerte. En su adaptación influyen las actitudes, las creencias, la autoimagen, el temperamento del individuo (características de su personalidad)” (p 2), lo que conlleva a replantear estrategias interventivas novedosas que permitan el involucramiento del sistema consultante, como forma para consolidar nuevas posibilidades ante esta perspectiva enmarcada desde el déficit.

Por lo expuesto en lo anterior, la propuesta de Salas y Vargas (2014) contribuye a repensar que el cáncer “no es el final y brinda la posibilidad de unir a la familia, ya que al existir la posibilidad de morir permite que el tránsito de la vida a la muerte sea comprendida de una manera natural y tranquila” (p.192) lo cual construye en la movilización de las redes de apoyo para nutrir emocionalmente a todos los miembros del sistema, visibilizando los recursos de cada uno, en pro de la nueva adaptación que trae el diagnóstico.

Dentro de las múltiples maneras de intervenir a los pacientes en fase terminal se encuentran métodos interventivos novedosos que tienen en cuenta procesos de carácter artístico y social, elementos que se consideran claves para el afrontamiento y resignificación de las enfermedades y de este modo también se involucra al sistema familiar en el mejoramiento de las relaciones y los vínculos afectivos.

Es así, que se hace importante incluir dentro de los procesos terapéuticos estrategias novedosas, como los mapas corporales, siendo una herramienta de intervención artística, en donde el paciente tiene la experiencia de acercarse a sí mismo, a su cuerpo y a través de este recordar las experiencias vividas tomadas como relatos autobiográficos; lo que de cierta manera contribuye a contar su propia experiencia de vida reconociendo su estado actual y resignificando lo que le sucede (Silva, Barrientos y Espinoza, 2013).



Frente a esta postura es importante realizar la comprensión frente a que el cuerpo es parte fundamental de nuestro desarrollo identitario y que en el caso de padecer de diversas enfermedades terminales, este puede resultar afectado, por lo cual es importante generar procesos de reconocimiento y autoestima de sí mismo, para de este modo generar una resignificación del alto impacto que la enfermedad puede generar a nivel corporal y psicológico involucrando al paciente y su familia o red de apoyo.

Desde la labor profesional ejercida por los psicólogos es importante remitirnos a el enfoque dentro de los procesos interventivos en particular con el referido por Heredia y Pinto, (2008), quienes plantean “ El enfoque sistémico es capaz de tener una visión del ciclo vital familiar a partir de la presencia de la enfermedad, la evolución de la familia o de la pareja dentro del ciclo, y así mismo, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre sí” (p. 26). Este enfoque nos permite tener una visión amplia de los contextos relacionales con las que el paciente está en constante interacción y el poder ampliar los conocimientos y formas de intervención propositivas que converjan entre sí.

Otro modelo interventivo que surge en Colombia es referente a la conformación de grupos compasivos, en donde se manifiesta la importancia de vincular a los pacientes y familias en agrupaciones de apoyo o como en la investigación lo denominan “grupos compasivos” en donde la estrategia de intervención gira en torno al empoderamiento del grupo social (Rodríguez, Calderón, Krikorian, y Zuleta, 2017). Aquí se puede percibir lo que sienten las personas frente al contacto con otros quienes comparten situaciones de similitud y a través del empoderamiento social generar sentimientos de seguridad y reconocimiento.

Frente a este planteamiento se puede denotar la importancia que tienen los procesos relacionales frente a situaciones de alto impacto en las familias y pacientes, por ende es



fundamental generar espacios de reconocimiento social en donde tanto la familia como el paciente pueda expresar lo que sienten frente al tránsito que atraviesan en la enfermedad, de este modo la investigación refleja la eficiencia de las redes de apoyo en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su familia.

Por otra parte, se propone la terapia a través de la expresión artística dentro de la investigación de Taboada (2000), principalmente la música y la pintura permitiendo a algunos enfermos encontrar una forma de comunicación no verbal de las dificultades, angustias y temores que les pueda ocasionar el enfrentamiento con la muerte y su enfermedad.

Frente a este tipo de situaciones, surgen dinámicas relacionales que generan formas comunicacionales inconscientes en el sistema familiar, denominadas en el estudio de Ruiz y Coca (2008) como “pactos de silencio” que se definen desde la actitud que toman los familiares ante la situación y el cómo esta genera diálogos con su familiar el cual se encuentra diagnosticado con una enfermedad terminal, estas dinámicas emergentes no permiten relaciones sinceras respecto al estado de salud del enfermo, lo que genera de cierta manera grandes afectaciones al sistema familiar por el alto impacto de las emociones reprimidas al interior de la convivencia familiar.

Sin embargo, es importante contemplar qué pasa con la persona cuidadora, qué siente, qué piensa y cómo se interrelaciona al sistema familiar, al estar en contacto permanente con el paciente y evidenciando su estado de deterioro físico día tras día, pues se generan entonces problemáticas en las dinámicas relacionales del cuidador impidiendo también que este genera un tránsito de aceptación frente a la realidad.

De igual manera, los pactos de silencio definidos como aquellos que no permiten la apertura comunicacional, se evidencian en la investigación revisada, en donde se visibilizan variaciones entre aquellas familias que mantenían una comunicación abierta respecto a la



enfermedad y las que no, en los casos de las familias que manejaban pactos de silencio, se evidencio la contención para expresar las emociones, motivadas por el temor de la familia de causar un malestar adicional al comunicar la verdad acerca de su diagnóstico y progreso de la enfermedad (Díaz, Ruiz, Flórez, 2013).

Para terminar, dentro de estas problemáticas se visibilizan distintas puntuaciones frente al fenómeno investigado como lo es la denominada eutanasia que más que un criterio social, es la decisión y el derecho que tienen los pacientes en fase terminal de morir dignamente, (Gutiérrez, 1997). Se hace alusión a cómo las familias en su afán de solucionar el dolor de su familiar luchan en contra de sus creencias y constructos personales para poder brindarle de cierto modo una especie de “regalo” a su ser querido, esto en el caso de las familias que desean realizar el procedimiento, decisión bastante difícil que involucra nuevamente sentimientos y percepciones acerca de la vida, la muerte y las maneras ambivalentes de ayudar a un ser querido que sufre.

Narrativa y arte como posibilidad terapéutica

Dentro del contexto terapéutico y enfermedad crónica se visibilizaron diferentes constructos y formas para el abordaje de las mismas, se enfocó este apartado a la importancia de incluir dentro de los procesos terapéuticos al arte y la construcción narrativa frente a la enfermedad crónica, como punto de partida para el desarrollo de estas intervenciones a nivel individual y relacional que dan paso a la construcción del cambio.

Es a partir, de las revisiones realizadas que se visibilizo el trabajo terapéutico con sistemas familiares, y el como este se enriquece desde la posibilidad de incluir el cuento terapéutico, en donde a partir del trabajo escrito se da apertura a la exteriorización de sentimientos, a la sensibilidad, a la exploración de lo más profundo del sentir humano para contar la experiencia de forma distinta, generando por medio de ello una resolución simbólica que da apertura a nuevas formas de solución y construcción de la situación presentada desde



el autoconocimiento y la catarsis consciente del sentir la vivencia por la que se transita (Bruder, 2011).

Del mismo modo, Ardila y Chacón (2019) muestran un interés frente a la importancia de incluir como estrategia interventiva los medios narrativos como el arte al referirlos “como un dispositivo innovador y creativo frente a los procesos de cambio” (p.17). los cuales nutren y contribuyen los procesos de cambio a nivel terapéutico, relacionados con la construcción de relatos alternos y la reconfiguración del sufrimiento humano como posibilidad de transformación ante la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, Antolinez y Chávez (2015) ponen de manifiesto que el proceso creativo de tipo narrativo, permite a la persona diagnosticada con cáncer “recontar la experiencia, posibilita un nuevo significado de su relación con el contexto social en términos de percibir apoyo y acompañamiento, lo cual lleva a que las relaciones, especialmente con sus pares, se afiancen y su actitud se torne más positiva” (p.86). lo cual activa en el sistema familiar la descentralización de la experiencia como algo irremediable, invitando a un proceso de afrontamiento saludable, que modifica las dinámicas y fortalece los vínculos.

Dentro del presente documento con énfasis en profundización, es importante reconocer la relevancia que tuvo el arte y la narrativa dentro de la historia y los procesos terapéuticos, haciendo visible la importancia de recrear dentro de los procesos interventivos aspectos novedosos que dan lugar a la creatividad y a otras formas de construir los escenarios interventivos, dentro de los cuales se pueda recopilar la experiencia en la historia como componente artístico, único y diferenciador ante las experiencias de otros que consultan posibilitando la emergencia del cambio (Ramos, 2001).

Es importante resaltar, cómo el arte se vuelve un recurso en terapia y el beneficio que representa trabajar en la familia, de manera grupal o individual, en cualquier estado del ciclo



vital, siendo esto una estrategia interventiva que permite traer la comunicación no verbal, movilizand los procesos emocionales y relacionales del ser. dicha propuesta conecta la relevancia de incluir las terapias dramáticas, musicales, danzarias, arte terapia, como estrategias movilizadoras, que ayudan al mejoramiento del estilo de vida y la maneras en las cuales se reconocen y reconfiguran los procesos emocionales que han permanecido estáticos y ocultos tanto en el individuo como en la familia. (Suárez y Guibert,2000).

Aunado lo anterior, se visibiliza un modelo interventivo innovado llamado terapia alternativa o complementaria, usadas de manera alterna a la medicina convencional , en donde se presentan los masajes, la musicoterapia, técnicas de reducción de estrés, acupuntura, retroalimentación, meditación, relajación, aromaterapia, yoga, terapia de arte, como forma que pueden llegar a ser utilizadas en los pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida, reducir los efectos adversos, incrementar la sensación de control y manejo sobre su enfermedad. (Martínez, Gallego, Vallejo, Lopera, Vargas, y Molina, 2014).

En concordancia con lo anteriormente descrito, es importante resaltar cómo los procesos terapéuticos emergen de formas distintas generando transformaciones al vincular estrategias distintas como lo mencionan Caro, Duran y Niño (2018), al referir “un lenguaje universal promotor de nuevas realidades, posibilitando la expresión del sentir generando un proceso de liberación afectiva” (p.19). Permitiendo visibilizar a la externalización y resignificación como una herramienta interventiva frente a la experiencia narrada como situación problema.

Se puede deducir, que en el presente estado del arte, las investigaciones revisadas dan un amplio marco de referencia a nivel conceptual y metodológico del fenómeno a investigar permitiendo viabilizar comprensiones como : las posturas de los profesionales de la salud frente al diagnóstico de pacientes con enfermedad crónica visto esto como una condena, la



importancia de visibilizar el rol del psicólogo como acompañante vital en los procesos interventivos, el visibilizar como son asociadas las enfermedades crónicas de forma deficitaria, la importancia de comunicar el sentir de forma espontánea y abierta dentro del sistema familiar y el arte como una posibilidad terapéutica realizable.

Frente a lo anteriormente descrito y para finalizar el presente apartado, se hizo visible la preocupación de las investigadoras interventoras entorno a la emergencia de la posibilidad de crear nuevas formas de comprensión, frente a los dilemas humanos relacionados con las enfermedades crónicas y a su vez con la cocreación de nuevos escenarios terapéuticos que permitieron incluir los dispositivos terapéuticos como Techne, en la generación de escenarios interventivos reconfortantes y posibilitadores.

Para concluir, se hace importante resaltar el arte como una herramienta dentro de los procesos terapéuticos de investigación intervención innovadora, que surge como necesidad de generar nuevas versiones en el proceso de cambio dentro de los sistemas familiares, dotando el espacio terapéutico de elementos creativos que son generativos en la construcción y coevolución de los sistemas, posibilitando la emergencia de nuevas narrativas que han sido construidas desde el problema, en donde la generación de esta estrategia brinde la posibilidad de representar lo no dicho y dar una apertura a sensaciones de bienestar físico y emocional.

Preguntas de investigación – intervención, objetivos e hipótesis

Preguntas de investigación intervención

¿Cuáles son las narrativas dominantes entorno a la experiencia de la enfermedad crónica en el sistema terapéutico?

¿Cómo favorecer la emergencia de narrativas alternas entorno a las memorias familiares que favorezcan la coevolución del sistema terapéutico a través de estrategias artísticas?



Objetivo General

Comprender las narrativas dominantes y emergentes entorno a la enfermedad crónica, connotada como problema en un sistema terapéutico, posibilitando la emergencia de memorias familiares y la coevolución en donde se emplee el arte como techne dentro del proceso investigativo interventivo.

Objetivos Específicos

Posibilitar la emergencia de los pactos de silencio que obstaculicen la coevolución familiar.

Co-construir a través de la experiencia y el proceso conversacional, narrativas entorno a la enfermedad.

Posibilitar escenarios que permitan reconocer al arte como dispositivo terapéutico permitiendo la emergencia de memorias familiares.

Hipótesis

El diagnóstico de la enfermedad crónica connotada como problema dentro del sistema familiar, apertura la emergencia de narrativas dominantes y emergentes que obstaculizan los procesos de coevolución y el acaecimiento de memorias familiares, que al ser trabajados en terapia por medio de los dispositivos terapéuticos como techne, posibilitaron procesos conversacionales que transformaron los relatos deficitarios en narraciones alternas aportando al rompimiento de los pactos de silencio consolidados en el tiempo por el sistema familiar.

Metodología

La metodología planteada para el presente documento con énfasis en profundización, se orientó desde la investigación intervención cualitativa de segundo orden, a partir de un estudio de caso único, tomando como referencia a Reyes y Hernández (2008) quienes refieren “el estudio de caso, como modalidad de investigación persigue el entendimiento cabal - la



comprensión en profundidad - de un fenómeno en escenarios individuales. Para descubrir relaciones y conceptos importantes, más que verificar y comprobar proposiciones previamente establecidas.” (p 70).

Es a partir de ello, que se construyeron comprensiones adaptativas que permitieron dilucidar la importancia del estudio de caso frente al fenómeno de investigación intervención, no como una herramienta para comprobar, sino como una estrategia que posibilita hacer una revisión a detalle sobre una situación particular, que permitió generar comprensiones a partir de la observación directa, la experiencia y a su vez sobre la capacidad de incluir a investigadores interventores en el proceso a desarrollar.

La investigación intervención, se desarrolló en el Servicio de Atención Psicología (SAP), de la Universidad Santo Tomás en la ciudad de Bogotá, este es un escenario formativo que posibilita la potencialización de habilidades y conocimientos, gozando de una vasta capacidad instalada y de servicio que amplía y fortalece los procesos de investigación intervención en la formación para futuros Psicólogos (estudiantes de últimos semestres de Pre-Grado en Psicología) y Psicoterapeutas (profesionales estudiantes de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia).

Teniendo en cuenta el escenario de prácticas y el contexto particular que convoca al caso, se recepciona un sistema familiar que cumple con los criterios de elegibilidad que plantea la investigación intervención, previa convocatoria realizada en los contextos de interacción amplios (contextos laborales) en donde se desenvuelven las investigadoras interventoras.

Una vez se identifica el caso, se llevan a cabo los procedimientos establecidos por el SAP en el marco de los lineamientos de atención clínica y del programa de posgrado, el proceso inicia con la recepción en donde el psicólogo o el psicoterapeuta en formación de forma presencial atiende el motivo de consulta, genera en el sistema la información



relacionada con el contexto general de la solicitud y luego de ello la asignación al terapeuta correspondiente para iniciar el proceso de investigación intervención.

Teniendo en cuenta lo anterior, las unidades de análisis contempladas para la presente investigación intervención se organizaron desde categorías conceptuales y metodológicas.

Se retomaron, desde el macroproyecto de historias y narrativas en diversidad de contextos tres categorías que fueron Historia, Memoria y Acontecimientos y cuatro categorías metodológicas que emergieron para el ejercicio investigativo interventivo denominadas como la construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas, las novedades posibilitadoras del cambio, la experiencia en el transitar terapéutico y los pactos de silencio, estas fueron transversalmente analizadas junto con los procesos autorreferenciales, heterorreferenciales y los dispositivos terapéuticos como techne contemplados para la presente investigación intervención.

Consideraciones éticas

En este apartado, se generó de una manera amplia el poder dar cuenta de posibles dilemas éticos que pudieron presentarse en el transcurrir de la realización del proceso de investigación intervención, en donde se tuvieron en cuenta a los actores principales con los que se estableció la intervención, por lo tanto es importante considerar lo planteado por Mondragón (2007) “ la ética reflexiona sobre los actos humanos que se relacionan con un bien y un mal es aquello cuya existencia es preferible a su ausencia” (p 26), esto generó comprensiones, para reconocer la importancia de poder generar procesos de investigación intervención basados en la creación de un proyecto que busque un bien común.

Según la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se pudo establecer que la investigación intervención presentaba un riesgo mayor; ya que en su artículo 11 expone como riesgo mayor “Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas”



(p 3), noción que permitió dar cuenta de la importancia de reconocer el grado de corresponsabilidad que se ejerció frente al sistema consultante y la visibilización de las condiciones de vulnerabilidad (emocional), a las que pudieron estar expuestos los participantes de la investigación intervención.

Aunado a lo anterior se establecieron condiciones de cuidado por parte de las investigadoras interventoras frente al recurso físico, técnico y sobretodo el humano, lo que posibilitó el respeto, cuidado y la protección de los derechos humanos que se estipulan en el artículo 5 de la resolución anteriormente mencionada y a su vez la articulación de esfuerzos conjuntos frente al proceso interventivo que mitigaron el efecto adverso que ponía en riesgo la salud física y/ o mental de los participantes.

En esta misma línea, se hizo pertinente dar a comprender las pautas que se establecieron dentro del proceso investigativo interventivo, mencionando a los participantes que dentro de este no recibirían ninguna clase de retribución económica por parte de las investigadoras interventoras.

Asimismo, se les explicó la forma en la cual serían socializados los resultados del proceso realizado, la pretensión establecida en los objetivos y los fines pertinentes para la investigación intervención, en este mismo orden se implementó el debido consentimiento informado, como un documento que explicó de forma clara y sencilla las pretensiones de la investigación intervención, frente a lo que se quería abordar y conocer para posteriormente, tener la autorización de los actores participantes y poder dar inicio al proceso investigativo interventivo.

La información que se compartió en el proceso terapéutico de la presente investigación intervención, hace parte de la privacidad del sistema consultante, al cual se le resaltó que se haría un uso respetuoso y adecuado de dicha información recolectada, con el objetivo de salvaguardar la privacidad, protección de la misma y del sistema consultante,



esto como lo refiere la ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, permitiendo sentar bases sólidas ante el trabajo que se fue efectuado desde el aspecto jurídico.

Por último, es importante reconocer lo que plantea la ley 1090 de 2016 en el artículo 23 en la que se hace hincapié frente a la definición de la importancia y las condiciones en las que el secreto profesional se mantiene y se convierte como parte de la relación consolidada entre el psicólogo y la persona que nos consulta, el secreto profesional fue un elemento que estuvo de forma visible posibilitando la emergencia de nuevas aperturas.

Fundamentos clínicos

Familiograma

El sistema familiar que fue intervenido, está compuesto por una familia reconstituida; la consultante es madre cabeza de familia, tiene dos hijas menores de edad en etapa escolar, la pareja actual convive con ellas de forma intermitente; las relaciones familiares consolidadas se transforman a partir de la emergencia del diagnóstico que presenta la consultante, lo que lleva a construir nuevas dinámicas problematizantes alrededor de la reorganización del sistema familiar y la visibilización de la ausencia de red de apoyo con relación a familia extensa y nuclear.

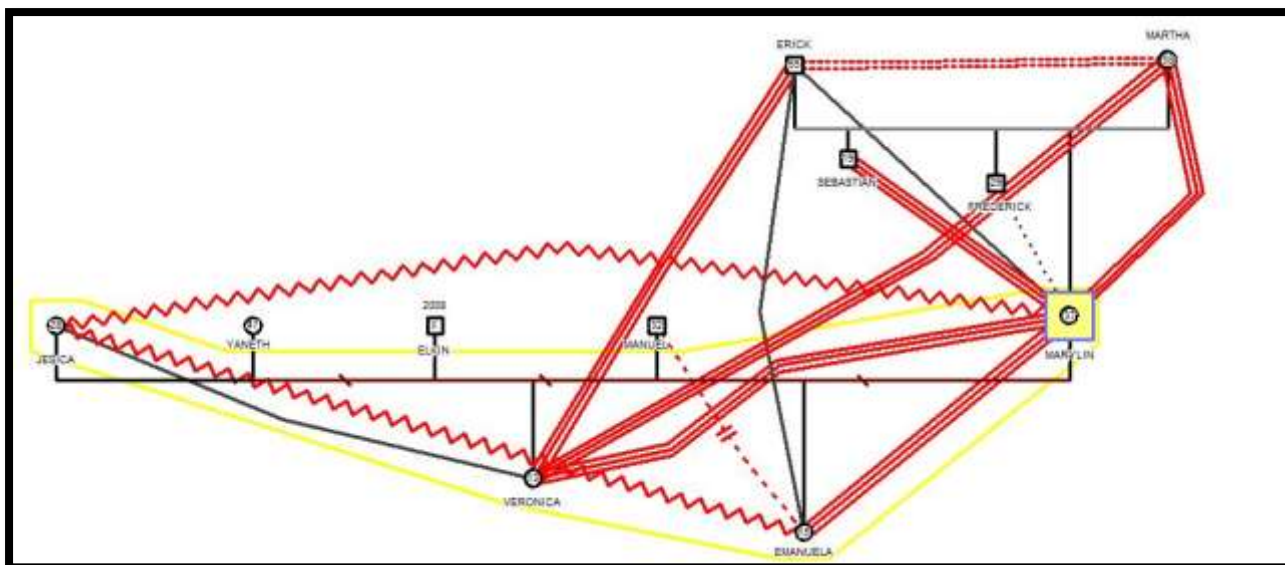


Figura 1: Familiograma. Diseño propio.

Cualidades de la vinculación

Respecto a la descripción de la vinculación, el sistema consultante mantiene una función de supervivencia vital, ya que el vínculo que se genera en la dinámica familiar logra favorecer los procesos de supervivencia y adaptación a las situaciones que se presentan, la función evolutiva se genera de maneras contenedoras, ya que el ingreso de la enfermedad en la familia ha logrado ser un motivo que no favorece el desarrollo individual de cada uno de los miembros del sistema consultante.

Respecto a la relación de la consultante con sus parejas, estas se enmarcan desde la construcción de vínculos conflictivos que generan malestar e inestabilidad a todos los miembros del sistema; con relación a su pareja actual, se evidencia una relación ambigua, que minimiza las potencialidades de cada una, y que no permite la libertad de ser, ni la generación de procesos de realización a nivel personal, llegando a limitar la emergencia de novedades adaptativas, baja autoestima y una dependencia emocional y económica.

Referente a la función creativa, esta es de tipo destructiva ya que, aunque conviven con la enfermedad, mantienen pactos de silencio y sentimientos no externalizados que impiden una



adaptación a la situación actual y la búsqueda de estrategias entorno a lo que se encuentran viviendo para generar una estabilidad familiar.

Por otra parte, presentan una clara libertad elegida frente a las formas en las que se relacionan, con un vínculo consistente que permite establecer una reorganización frente a los roles y las relaciones que mantienen.

Narrativas privilegiadas y emergentes

Teniendo en cuenta los principios de la confidencialidad, es necesario citar a los consultantes con códigos que permitan la comprensión del caso, como se presenta en la siguiente tabla.

Código participante	Rol que cumple
MM	Consultante
EM	Hija 1
VM	Hija 2
P	Pareja de la consultante
T1	Terapeuta 1
T2	Terapeuta 2
T3	Terapeuta 3
T4	Terapeuta 4

Tabla 5. Códigos contruidos para relatos descritos por los participantes de la investigación intervención.

Continuando con lo anterior, se comprende como narrativa emergente aquello relacionado con las experiencias vividas antes y durante el proceso terapéutico, como lo refieren Estupiñán, González y Serna (2006) “trayendo los relatos y sus efectos recursivos tanto en el proceso conversacional mismo, como en las construcciones de la experiencia, en funcionamiento, las emergencias, los dilemas y sus resoluciones” (p.53). es a partir de ello que se da inicio en los procesos investigativos interventivos a la construcción de relatos alternos que permiten la consolidación del cambio en la interacción del sistema consultante.

Por otra parte, las narrativas privilegiadas, son aquellas versiones consolidadas en la construcción terapéutica, inmersas por las voces de los participantes, y que pueden tener



legitimidad en el contexto, manteniendo los relatos dominantes y saturados frente al problema a través del tiempo como único recurso para visibilizar la situación que vive el sistema consultante.

MM, hizo referencia frente a las situaciones de conflicto que se encontraban viviendo actualmente con sus hijas por la situación de su enfermedad, que le había imposibilitado desplegar conductas de autonomía e independencia económica frente a su sistema familiar, refiriendo que desde que aparece el síntoma en su vida no ha logrado ser la misma mujer que era antes y que debido a esto se muestra fuerte, "no me gusta que las personas me vean mal".

En lo expuesto por MM, se observan narrativas saturadas en donde la consultante manifiesta no saber qué hacer con la situación que vive actualmente, se siente frustrada de algún modo pues mantiene una sensación de incertidumbre respecto a su vida y la vida de sus hijas, se siente culpable por la afectación de los procesos de desarrollo emocional, ya que expresa que al demostrar fortaleza eso le ha transmitido a sus hijas y en este sentido no expresan tampoco lo que sienten, respecto a la situación que viven actualmente con su madre.

En cuanto a las narrativas emergentes, estas son comprendidas como aquellas versiones no oficiales respecto al problema traído por el sistema consultante, en donde se reconfiguran nuevas versiones que oxigenan el relato saturado del problema que permite la comprensión de recursos con los que cuentan.

El contexto interaccional de las narraciones, surge alrededor del diálogo ante nuevas posibilidades de cambio en su vida y recursos con los que cuenta para generar dichos procesos de movilización MM, manifestando un deseo de cambio que parte desde la necesidad de que su familia pueda convivir y adaptarse a las nuevas condiciones que el síntoma ha impuesto en el sistema familiar.

Se denotan así, grandes posibilidades de cambio que emergen en sus relatos al mencionar "Este proceso lo hago por mí, para sanar, perdonar y liberarme de mi pasado",



"espero que mis hijas puedan expresar lo que sienten y tienen guardado desde hace tanto tiempo" "yo quiero empezar a comprender no el porqué de mi enfermedad sino el para que de la situación "y por parte de sus hijas se configuran las posibilidades de vincularse emocional y afectivamente con su progenitora de maneras abiertas y sin limitaciones, al referir VM "queremos que mi mamá se encuentre bien" y EM " el cáncer ha hecho que nos acercamos y nos conozcamos más con mi mamá".

Lectura ecosistémica del caso

El sistema consultante se enmarca desde una lectura relacional construida a partir de la magnificación de momentos histórico evolutivos significativos, que dan paso a la cristalización del síntoma y a la imposibilidad de emerger niveles de relación de título emocional y sentimental distintos , dando paso a los pactos de silencio y el ocultamiento de los sentires dentro de la enfermedad que posee actualmente la consultante , que invisibilizan la emergencia de novedades adaptativas para el sistema y su momento vital.

El sistema consultante, está conformado por una familia reconstituida; la consultante es madre cabeza de familia, tiene dos hijas menores de edad en etapa escolar, la pareja actual con la que cuenta la consultante, convive con ellas de forma intermitente y las relaciones familiares consolidadas, se transforman a partir de la emergencia del diagnóstico, lo que lleva a construir nuevas dinámicas problematizantes alrededor de la reorganización del sistema familiar.

Referente a los sistemas amplios (contexto de salud), la consultante es enmarcada desde la ausencia de redes de apoyo solidas que aporten de forma generatividad en el reconocimiento de la enfermedad, siendo esto un factor que imposibilita las dinámicas de cambio en la redistribución de roles y las formas de llevar su vida de forma adaptativa.

Así mismo, al reconocer las redes de apoyo cercanas, como amigos y familia extensa, se reconoce que cuentan con una red de apoyo, pero esta es poco generativa lo que permite



comprender de forma amplia la situación de dolor vivenciada a raíz de la enfermedad, sumado a su historia de vida consolidada desde la fortaleza, la cual le imposibilita generar relaciones con otros desde la emocionalidad, el amor y la demostración de afecto, por temor a ser visto como sinónimo de debilidad, lo que no le permite consolidar redes de apoyo ante la situación vivenciada en la actualidad, ya que es una dinámica que se ha fortalecido a lo largo del tiempo, alimentado por sus procesos de autonomía e independencia desde su ciclo vital adolescente.

Principios organizadores y referentes conceptuales del caso clínico

El marco teórico consolidado para el presente documento con énfasis en profundización, se organiza en seis partes; paradigmático epistemológico, coevolución, construccionismo social, construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas familiares, narrativa y arte como posibilidad terapéutica y memorias familiares.

A continuación, se presenta en líneas generales su desarrollo:

Paradigmático epistemológico

En el presente documento con énfasis en profundización, se hizo importante resaltar los aportes de la complejidad desde Maldonado (2008) quien manifiesta su comprensión frente a las ciencias de la salud como ciencias de frontera que no han logrado distinguir la diferencia entre el sujeto y la enfermedad refiriendo “Las ciencias de la salud ya no tienen objeto; “salud” se ha convertido ya no en un objeto de trabajo, sino en un problema que es fundamental abordar, comprender y resolver” (p 2-3). frente a esta postura se empezó a comprender, el desligamiento de la enfermedad y del ser humano, ya que no puede concebirse como uno mismo siendo esta condición algo que no se posee o se domine durante la vida.

Por lo tanto, cuando se habla de enfermedad se hace importante resaltar la diferenciación entre salud y enfermedad con el propósito de relacionarlas frente a la



eliminación o control de la enfermedad y las diversas formas en las que el individuo diagnosticado genera comprensiones, y al mismo tiempo su familia genera procesos de movilización entorno a dicha problemática.

Con relación a lo anteriormente dicho, es que emerge en el sistema familiar vinculado en la presente investigación intervención, una lectura desde el self, la cual posibilita construcciones relacionales desligada con relación a la enfermedad crónica que vivencia la consultante, aperturando comprensiones movilizantes no solo en su construcción identitaria sino a su vez en las relaciones que consolida con su sistema familiar, que permitieron ampliar la visión diferenciadora entre salud y enfermedad como una oportunidad para alcanzar un bienestar físico y mental en su prospectiva vital.

Frente a lo anteriormente planteado, con base a la investigación intervención, la cibernética de segundo orden jugó un papel bastante importante en la manera en la cual se configuraron los procesos de observación en los sistemas observantes como refiere Von Foerster (2000) “La cibernética debería ir más allá y afrontar un nuevo modelo epistemológico en el cual el observador formará parte del sistema estipulando sus propios objetivos, su propio papel dentro del mismo” (p 4).

Frente a esto, para el fenómeno de investigación intervención es bastante interesante denotar como el propio consultante diagnosticado con la enfermedad crónica, puede hacer parte del sistema observado, generando aportaciones desde sus percepciones de la realidad, haciendo uso de sus procesos autorreferenciales, que le permitirán emerger en narrativas diversas contribuyendo en la construcción de nuevas memorias familiares y la coevolución.

Es importante retomar , las maneras en las cuales se realiza un análisis de la familia y los contextos que le rodean, desde una perspectiva postpositivista, haciendo referencia a cómo es asumida la racionalidad de maneras interpretativas o críticas; es la realidad familiar percibida de manera única por sus miembros, en donde se tienen que ver sus formas de



relación, las experiencias vividas, los acontecimientos que les suceden y la forma en la que los asumen, es allí en donde se genera la identidad familiar, que emerge en el rescate de los relatos y la resignificación de las memorias familiares de los mismos (Estupiñán, González y Serna, 2006).

Cuando se habla sobre una racionalidad crítica Estupiñán, González y Serna (2006) refieren que son “las maneras en las cuales se propician transformaciones en estructuras narrativas y prácticas discursivas y relacionales en los contextos sociofamiliares, que generen formas opresivas en las familias y sus miembros, hacia otras posibilitadoras y experiencias de vida más satisfactorias personal y socialmente con base en el reconocimiento y empoderamiento de la voz y experiencia propia (memoria)” (p 47).

Lo anterior, permitió ampliar la comprensión existente del relato traído por la familia hacia una nueva oportunidad discursiva frente al reconocimiento de la voz propia y de las experiencias, como actores activos de transformación y relación a partir de la enfermedad crónica que posibilitaron ampliar la lecturas comprensivas y de reconocimiento de las oportunidades futuras que ello podría traerles en su desarrollo individual y social.

Coevolución

Dentro de esta investigación intervención, se consideró importante observar las variaciones, cambios e interacciones; dentro del sistema familiar, en donde emergieron procesos co evolutivos que favorecieron la adaptación de la familia a los procesos de cambio que se generaban, en concordancia con esto es importante mencionar a Calvente (2007) al contemplar el proceso co-evolutivo como un desarrollo en la ecología evolutiva, donde se dieron los primeros pasos para identificar la importancia fundamental del cambio dentro del sistema como un proceso adaptativo que se consolida a través del tiempo “incluso a través de diferentes escalas temporales y espaciales” (p 3). siendo significativas las relaciones



colectivas que generan procesos de evolución y de colaboración, equilibrando y adaptando los sistemas.

En este sentido Ritter, Guzmán, Sánchez, Suárez, Corona, Muñoz, y Pérez (2002) contemplan los sistemas biológicos como sistemas complejos que parecen evolucionar al aprender a auto organizarse, equilibrando la convergencia y divergencia, al instalarse entre el orden y el caos, así como a llevar a cabo las tareas más complejas de adaptación, dando cuenta de los sistemas complejos en coevolución que se adaptan al medio como resultado de su capacidad en el procesamiento de información e interacción, refiriendo “para alcanzar un estado colectivamente beneficioso” (p 25).

Lo anterior, permite ver como el proceso de coevolución es un continuo que lleva a la reinención y genera cambios de ajuste dentro de los sistemas, en este caso el familiar, en donde también se hace necesario tener en cuenta los ciclos vitales de estas mismas, para entender sus procesos adaptativos y de cambio.

Es así, que se comprende como la coevolución hizo parte activa de los procesos de cambio y transformación del sistema consultante, en donde el convivir con la enfermedad posiciona construcciones movilizantes con relación al diagnóstico de la enfermedad, generando dinámicas de reorganización familiar, posibilitando la emergencia de lecturas beneficiosas para su aplicabilidad e las distintas esferas interaccionales.

Construccionismo Social

En el presente documento con énfasis en profundización, se hizo importante privilegiar el lenguaje, pues permitió la recopilación de relatos y la generación de nuevas memorias alrededor de la situación puntuada como problemática.

Dentro de esta perspectiva epistemológica, se plantea una pretensión de no reflejar las realidades ni crear diversas teorías universales que den cuenta o expliquen la diversidad de fenómenos que se presentan en la vida cotidiana, lo que sugiere es realizar interpretaciones



que realizan los sujetos y como estos emergen en ellas, esto con la intención de la manera en la cual han establecido sus relaciones a lo largo de su vida (Gergen, 1996).

Frente a esto la realidad es negociable y varía constantemente dependiendo del lenguaje y las vivencias adquiridas, por lo tanto, para el foco de la investigación intervención dicha perspectiva epistemológica, abrió grandes posibilidades frente a las configuraciones del lenguaje que nacen en las familias, de manera única que las configura en su existencia, evolución y generación de identidad, cada sistema familiar es único y por ende su historia es única.

Por todo lo anterior, se comprende que el lenguaje juega un papel de gran importancia, ya que en este aparecen los significados y estos se configuran en la relación que emerge por otros, es decir que desde que se nace, el sujeto se encuentra en constante influencia de la comunidad en donde emerge como individuo y es allí en donde dependiendo de las vivencias y relaciones que cree iniciará a construir, deconstruir y co-construir de manera constante los significados que muestran una realidad.

Por lo anterior, en el sistema familiar vinculado para la presente investigación intervención, surgió la evocación de la memoria en el relato como una posibilidad para sanar y co construir relatos alternos, que al ser traídos en el discurso brindan con amplitud nuevas formas de interacción y comunicación, fortaleciendo la generación de nuevos significados y el anclaje hacia la prospectiva futura de todas las partes que integran el sistema familiar.

Construcción Narrativa de Enfermedad Crónica en los Sistemas Familiares

Para comenzar, es importante considerar que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que el mayor número de personas desarrollará algún tipo de incapacidad o



enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte (Barquin 2002, citado por Vinaccia y Orozco, 2005).

Esto anteriormente mencionado, es una perspectiva cultural que asocia la enfermedad crónica con la muerte, y a la muerte como el escenario final de las posibilidades de la existencia, estas perspectivas culturales hablan de los vínculos que constituyen el orden de significado cobrando sentido la experiencia vivida de la enfermedad, y las modalidades de funcionamiento y afrontamiento asumidos; donde da inicio el acontecimiento alrededor del cual se construye narrativamente una experiencia difícil, cargada de estados emocionales intensos, como si desbordara el guión de la expectativa vital familiar, personal y cultural sobre la vida y la muerte (Estupiñán y González, 2012).

Esto permite encontrar, en la narración un dispositivo comunicacional e interaccional, lingüístico, cognitivo y cultural, fundamental de la existencia humana, que sintetiza y anticipa las diversas formas de la vida de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones humanas y en general las culturas, que ayuda a encontrar sentido a los acontecimientos vividos y organizar la experiencia vivida en formas de relatos (Estupiñán y González, 2012).

Dichos relatos, son actos de enunciación que configuran, un acto de tomar la palabra para dar cuenta, de algo que pasó y que forman una historia, con miras de conseguir algo, que supone y produce una serie de cosas ahora, en donde se vehiculiza y da la versión de un mundo que da cuenta de la persona que lo narra, pues cada realidad es diversa y en ese sentido también se configuran las versiones y significados frente a una situación en particular (Ramos, 2001).

Es importante retomar, desde White y Epston (como se citó en Ramos, 2001) el como la familia confunde su historia, con la historia de sus problemas o enfermedades, por lo tanto, “el trabajo no es encontrar una nueva solución, sino ayudar a alumbrar una nueva historia, y



eso ya empieza a tener que ver con qué (y cómo) se cuenta de uno y qué (y cómo) se podría contar” (p 113). comprensión que da cuenta de la importancia de la contribución que puede hacer la familia en cuanto a la reconfiguración de la historia y experiencia.

Partiendo de lo anterior, se hace visible en el transitar terapéutico con el sistema consultante, las posibilidades que el contexto terapéutico y el trabajo con las investigadoras interventoras produjeron frente a las transformaciones del discurso y de las formas de representar por medio de la *techne*, sus sentires con relación al diagnóstico de la consultante, siendo esta una oportunidad para repensar nuevas formas de vivir y de contar a futuro esa historia co construida a otros desde lecturas esperanzadoras y posibilitadoras.

Narrativa y arte como posibilidad terapéutica

Dentro del contexto terapéutico y enfermedad crónica se visibilizan diferentes constructos y formas para el abordaje de las mismas, se decide entonces enfocar este apartado a la importancia de incluir dentro de los procesos terapéuticos al arte y la construcción narrativa frente a la enfermedad crónica, como punto de partida para el desarrollo de estas intervenciones a nivel individual y relacional que dan paso a la construcción del cambio esperado.

De esta manera se retoma, para el presente documento de profundización, la importancia de vincular el arte como forma de expresión que posibilita la comprensión de la historia, acontecimientos y la memoria del sistema consultante, lo cual generó una mayor conexión de la familia con las investigadoras interventoras para la externalización de la vivencia, se planteó trabajar entonces con diferentes dispositivos terapéuticos artísticos que se adaptaron frente a las emergencias que ocurrieron en el proceso terapéutico, para así alcanzar el objetivo propuesto en cada uno de los escenarios conversacionales construidos y las necesidades del sistema familiar.



Es así, que el arte en procesos de terapia comprendido por Ardila y Chacón (2019) es “entendido como otro medio narrativo, que permite la implementación de estrategias diversas como la pintura, la escultura, la literatura, la música, la danza y medios audiovisuales, entre otros que pueden propiciar o ayudar a expresar emociones o nuevas significaciones dentro del sistema consultante que no fueron posibles comprender a través del discurso” (p 80). este valioso medio para la intervención permitió en la presente investigación intervención contemplar la utilización de este, para la movilización de los procesos de cambio a partir de la creatividad y la libertad de expresión emocional.

Sumado a lo anterior, es importante dar significado a lo que son los dispositivos terapéuticos, comprendidos por Sanz y Del Río (2010) como aquellos que “parece demostrado que esta vía de trabajo resulta especialmente eficaz en el abordaje de la sintomatología negativa. Este hecho conduce a plantearse la necesidad de explorar y analizar los elementos que la convierten en un instrumento terapéutico específico” (p 1). en concordancia con lo anterior, los dispositivos terapéuticos son un complemento en la terapia que permiten la movilización y expresión de emociones sentimientos reprimidos que no son fáciles de verbalizar mediante el diálogo pero que si pueden ser visibles en la exploración de la creatividad.

Por lo anterior, el arte dentro del proceso de terapia consolidado con el sistema consultante para la presente investigación intervención, logro ampliar la comprensión de nuevas formas de trabajo interventivo con relación al fenómeno de estudio y a su vez la emergencia de la emocionalidad del sistema familiar, como una oportunidad de cambio que al ser exteriorizada movilizo las distintas esferas de interacción y comunicación de forma genuina.

Memorias Familiares



El incluir el concepto de memoria, dentro del presente documento con énfasis en profundización, permite reconocer los desarrollos de este concepto en el campo de las ciencias sociales, ya que él mismo, ha sido trabajado desde perspectivas sociales, en el marco de los derechos humanos, dado que surge al leer e intervenir la violencia social generada en los países y la construcción de procesos de cambio y transición que deben asumir diversas comunidades y poblaciones.

Por tanto, el concepto de memoria aquí trabajado reconoce dos aspectos: el primero, relacionado con los avances teóricos en el estudio de la memoria en contextos amplios como lo es el social, y el segundo con los desarrollos en el campo clínico desde una perspectiva narrativa, dando apertura a la importancia de incluir esto dentro de los escenarios de investigación intervención a desarrollar.

Es importante describir entonces, el papel de la memoria en los diferentes momentos de vida y situaciones significativas como lo refiere Jelin (2012) “la memoria tiene entonces un papel altamente significativo, como mecanismo cultural para fortalecer el sentido de pertenencia a grupos o comunidades” (p 44). lo que da cuenta de que la memoria no está únicamente direccionada a lo individual, sino que se ancla a los contextos interaccionales que se fortalecen por medio de dichas recordaciones, no somos sujetos que evocan de manera aislada somos sujetos en interacción contextual y relacional continua.

Es así, que se retoma la definición de memoria conjugada ahora con el olvido como lo refieren Rouso, Garapon y Kisteva (1998) al decir “la memoria significa la presencia del pasado, una presencia viva, activa, cuyo soporte lo constituyen las personas, esto es, el lenguaje, y no simplemente una huella material. el procedimiento conforme al cual opera la memoria es complejo, pues articula recuerdos y olvidos, lo consciente y lo inconsciente, la parte que aceptamos y asumimos del pasado, como también aquello que negamos y mantenemos oculta” (p 87).



Esta comprensión anteriormente descrita, permite dar cuenta de la importancia de comprender a la memoria en sus diferentes momentos, no es únicamente la memoria sinónimo de pasado, lo que sigue viviendo en nosotros, es de lo que se nutren las experiencias del presente y todo esto con parte de la influencia de la familia, la política y también el ámbito social, pues no se es el mismo en el pasado viviendo esa experiencia, que ahora en el presente cuando es contada.

Conectado con lo anterior, el evocar los procesos de memoria con relación al fenómeno de estudio de la presente investigación intervención, permitió articular nuevas formas de comprensión de la historia de vida consolidada por el sistema familiar y la retoma de nuevas herramientas discursivas generativas que no eran visibles, con el fin de poder generar experiencias futuras que permitan el renacimiento de otros que transiten por el mismo diagnóstico.

Estrategias terapéuticas

Descripción de la estrategia

Como estrategia interventiva para la presente investigación intervención, se implementaron los dispositivos terapéuticos como técnicas, siendo estos un recurso que contribuyeron en la consolidación de los procesos de cambio del sistema consultante, se plantearon cuatro escenarios conversacionales y a medida de la aplicación de los mismos, surgió la necesidad de la consolidación de dos neodiseños, uno con el fin de focalizar la pertinencia del motivo de consulta del sistema familiar con relación a la investigación intervención y el otro para identificar los recursos de cambio que fueron generados a través del proceso terapéutico.

En ese sentido, se plantearon las técnicas que posibilitaron la sistematización de la información de las seis sesiones desarrolladas con el sistema consultante, a través de unas matrices de análisis categorial y global que permitieron la organización del análisis completo



de lo identificado en los distintos escenarios, finalmente cumplidos seis meses de realizado el proceso, se realizara el seguimiento pertinente que permita vislumbrar los posibles cambios e impactos del proceso terapéutico.

Nombre y número de escenario	Objetivos
Escenario 1: Contextualización del proceso y encuadre	Realizar proceso de contextualización al sistema consultante por medio de proceso conversacional que dé cuenta de las implicaciones de la investigación intervención, lectura de consentimiento informado, acuerdos, compromisos y objetivos del proceso.
Escenario 2: Redefinición a la luz de los objetivos planteados y lo esperado por el sistema consultante.	Realizar proceso de redefinición del motivo de consulta, a la luz de los objetivos planteados en la investigación - intervención.
Escenario 3: Transito familiar frente a la experiencia de la enfermedad, conociendo lo individual y relacional. (Pactos de silencio- acontecimientos- historia y memoria).	Construir un espacio de conversación frente a las dinámicas desarrolladas por el sistema consultante en al tránsito familiar alrededor de la experiencia de la enfermedad crónica. Formulación de hipótesis frente a la dinámica interaccional del sistema consultante con el fenómeno de la investigación intervención. Comprender las narrativas dominantes en torno a la enfermedad crónica, pactos de silencio y acontecimientos que se han marcado dentro de los procesos de transitar con la enfermedad.
Escenario 4: Novedades posibilitadoras del cambio- coevolución, narrativas dominantes, emergentes y la experiencia en el transitar terapéutico	Connotar los procesos de cambio consolidados por el sistema consultante a lo largo del proceso terapéutico y de experiencia vivida. Co-construir perspectivas de cambio investigadoras interventoras, supervisor y sistema consultante frente al problema. Generar espacio de comprensiones a nivel ecológico de los procesos construidos a nivel auto y heterorreferenciales en relación al fenómeno de investigación - intervención. Identificar las narrativas dominantes y emergentes con relación al fenómeno de investigación intervención.



Escenario 5: Recorriendo la experiencia terapéutica.

Connotar los procesos de cambio consolidados por el sistema consultante a lo largo del proceso terapéutico y de experiencia vivida.

Contemplar lo construido en el proceso terapéutico, a la luz de lo establecido en los objetivos de la investigación intervención planteados a lo largo de los escenarios, analizando el impacto que ha tenido dentro del sistema familiar.

Escenario 6: Devolución de resultados

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 equipo reflexivo, en el que se evidencian las principales resonancias del proceso terapéutico realizado.

Tabla 6. Descripción de los objetivos por escenario investigativo interventivo.

Aunado a lo anterior, se hace indispensable retomar el impacto y la trascendencia que tiene el arte como techne, la cual posiciona un lugar privilegiado dentro de los escenarios de terapia que se pueden llegar a consolidar en consultantes con enfermedad crónica, por ello se hace indispensable recrear el significado y el impacto con relación a los dispositivos terapéuticos implementados en la presente investigación intervención.

El primer dispositivo terapéutico contemplado, fue transversal a los escenarios llevados a cabo, denominado proceso conversacional, que desde Estupiñán, González y Serna (2006) es contemplado “como dispositivo comunicacional e interaccional, lingüístico, cognitivo y cultural es un dominio fundamental de la existencia humana, gracias a este artefacto eminentemente humano le conferimos sentido a los acontecimientos vividos y re-encarnamos la experiencia vivida en forma de relatos” (p 11). a partir de ello este dispositivo permitió la movilización de las narrativas dominantes en relatos alternos los cuales



posibilitaron la emergencia del cambio desde nuevas formas de construcción relacional y comunicacional.

El segundo dispositivo contemplado fue la pintura, el cual nos acerca como lo refiere Bassols (2006) “al primer paso de desbloqueo como una desinhibición, para organizarlo en un segundo momento y poco a poco ir accediendo a lo más profundo de la persona” (p 21). permitiendo en el sistema consultante traer la memoria y la historia familiar desde relatos poco conocidos que dieron paso a la evocación de sentimientos y a la importancia de referir los sentires con relación a la enfermedad, desbloqueando así nuevos relatos que posibilitaron comprenderla como un acto de fuerza y de vivenciar pleno en el presente.

El Tercer dispositivo fue la escultura la cual según Población y López (1991) permite "liberar la interacción, fijarse en el comportamiento y en el aspecto emocional de la comunicación, no en el semántico" (p 2). este dispositivo dio paso a la emergencia de la historia del sistema consultante, narrada desde una lectura deficitaria la cual fue movilizada por medio del dispositivo hacia relatos alternos que dieron paso a la reconfiguración de las dinámicas y a la identificación de los recursos con los que cuenta el sistema consultante para continuar con su proceso de vida de forma generativa en el actuar.

El cuarto dispositivo utilizado fueron los mapas corporales, esta herramienta permite recordar las experiencias vividas tomadas como relatos autobiográficos, generando nuevas versiones frente a la corporalidad y dando un lugar al sentir propio de lo que la enfermedad produce en la consultante, lo cual era desconocido por los demás integrantes del sistema familiar, esto fue visto no como algo negativo sino como una oportunidad de reconocimiento frente a sus cambios físicos y su rol como mujer (Silva, Barrientos y Espinoza, 2013).

El quinto dispositivo utilizado, fue la línea del tiempo referida por Menéndez (2008) como “un encuentro con lo olvidado y un reencuentro con lo que se recuerda. Un reconocimiento, un retorno a un lugar que ya no está, una reflexión sobre la identidad



familiar” (p 151). la cual permitió traer la cronología de los momentos más significativos del sistema familiar, con la que lograron el reconocimiento de lo que los hace únicos como familia evocando al cáncer como un evento no problemático, sino como algo que les permitió unirse y conectarse más con la vivencia misma de la enfermedad.

El sexto dispositivo fue el atrapa sueños, comprendida desde Peñaloza y Anzola (2016) como “la resignificación de las vivencias, busca aportar a la reconstrucción y/o recuperación de sus formas de vida” (p 38). el cual permitió la externalización de los mundos posibles que podía llegar a vivir la familia con relación a la enfermedad misma, esto era desconocido por los demás integrantes del sistema familiar, que al ser verbalizado dio paso a la unión y reconocimiento del sentir, como una develación frente a la emergencia de mundos posibles en la dinámica relacional y familiar que no era permitido ser contado.

El séptimo dispositivo contemplado fue la galería fotografía, comprendida desde Menéndez (2008) como un “recursos Biográficos que deja ver la “historia secreta”, su historia implícita, latente, invisible; la que no aparece pero se siente presente” (p 151). la cual permitió aperturar y consolidar en el sistema familiar la aceptación de nuevas construcciones que permite la enfermedad en su vivenciar de forma generativa, posicionando a la muerte como una posibilidad de proyección futura y de nuevos propósitos para las hijas de la consultante, configurando las nociones de las experiencias vividas y el entretejer nuevas posibilidades en sus proyectos de vida conjuntos.

Resultados de la investigación intervención y proceso auto y heteroreferencial

Los resultados que se compartirán a continuación, pretenden dar cuenta de los objetivos, la hipótesis, preguntas de investigación, sistema teórico y el estado del arte contruidos para la presente investigación intervención.

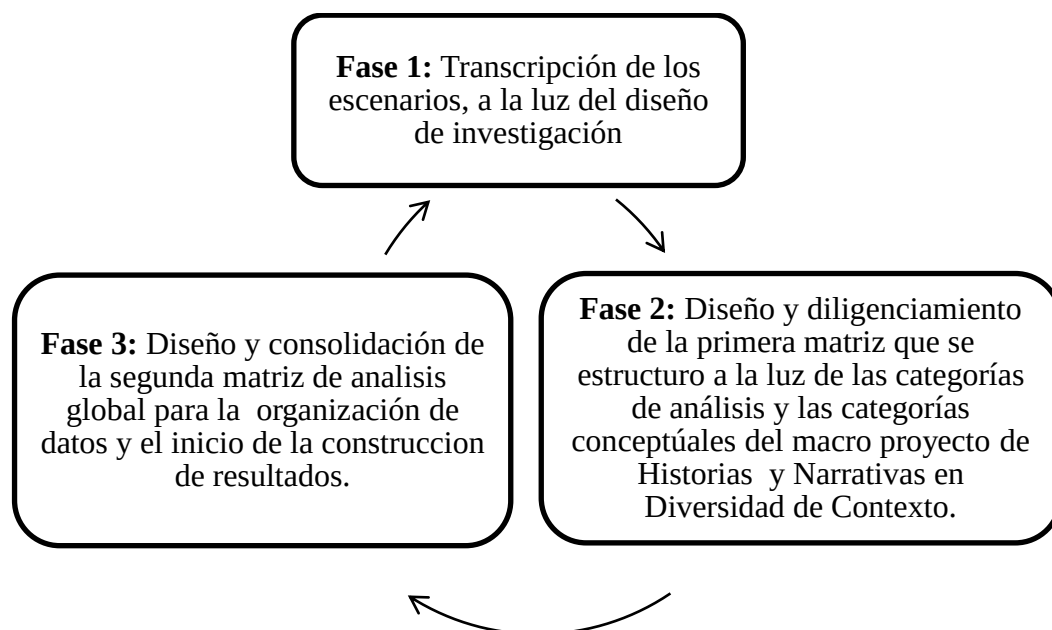


Figura 2: Fases para la construcción de resultados. Diseño propio.

A continuación se describen los resultados, luego de la organización por fases enunciada en la figura 2, junto con el análisis de los conceptos del macroproyecto historias y narrativas (historia, memoria y acontecimiento), las categorías metodológicas (construcción narrativa de enfermedad crónica, pactos de silencio, novedades posibilitadoras del cambio y la experiencia en el transitar terapéutico) y la importancia que tiene el arte como Techne en los procesos de terapia consolidados con un sistema familiar diagnosticado con enfermedad crónica.

Historia, construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas familiares, los pactos de silencio y las novedades posibilitadoras del cambio.

En las comprensiones, que se presentan a continuación, se traen algunas resonancias de los procesos conversacionales consolidados con el sistema familiar, que privilegian el proceso investigativo-interventivo, sumado a la historia de vida del sistema consultante, las narrativas entorno a la enfermedad y los pactos de silencio que han consolidado como sistema familiar en el transito mismo.



Es así, que en la conversación se permitió evocar la relación con la historia y la construcción narrativa de enfermedad crónica de la consultante, dando cuenta de la imposibilidad de sentirse útil e independiente a raíz del cáncer, para continuar ejecutando las funciones que cotidianamente realizaba, despertando sentimientos de impotencia y frustración al pensar en la imposibilidad física que genera la enfermedad, la cual obstaculiza procesos de adaptación y movilizaciones dependientes.

Este relato, es visto como una narrativa dominante mantenida en el tiempo, ello es dado a conocer a partir del impacto que tienen los procesos conversacionales en la intervención clínica, los cuales se convierten en un recurso que permitió la reconfiguración de dicha narrativa dominante, por la capacidad que tiene para generar una expresión del lenguaje, siendo esto algo pleno para los procesos interventivos investigativos en la conversación.

Es así, que el pensar en la construcción de la narrativa de la historia vivida del sistema consultante a partir de la enfermedad, permitió traer a la conversación la importancia de visualizarse y dar a conocer los sentimientos que se han guardado como parte de las dinámicas construidas.

Lo anterior, permitió que la consultante, repensara el rol que ha venido desempeñado durante tiempo atrás y que había afectado su proceso de comunicación en las relaciones que ha consolidado con quienes acompañan su experiencia, además del arrepentimiento y el egoísmo con ella misma que la llevaban a querer expresar sus sentires, generando un cambio en la atención que requiere para este momento que vive.

Siguiendo con lo anterior, es importante contemplar a la historia dentro del proceso construido con el sistema consultante con relación a los pactos de silencio, los cuales, se convirtieron en un mecanismo de negación, desconocidos por los integrantes del sistema familiar y que obstaculizaban la emergencia de relatos alternos y los procesos coevolutivos.



Por lo anterior, la consultante ratifica entonces desde los pactos de silencio como el guardar silencio se convirtió en una opción para no generar conflicto en las relaciones y no incomodar a otros con las situaciones dolorosas que no se permiten hablar, por ser causantes de desagrado e indisposición emocional de los demás integrantes, llevando a producir un desequilibrio en el sistema en el que el deber ser fuerte era visto como una postura que permitía evitar el sufrimiento y el dolor, algo que aprendieron a lo largo de su historia de vida.

Conectado con lo anterior, los relatos alternos que emergen a raíz de los pactos de silencio, permiten la movilización del sistema familiar frente a la expresión de las necesidades del sistema consultante, dando paso a la comunicación de situaciones que no eran tenidas en cuenta y que al movilizarse desbloquean las dinámicas de convivencia y relación.

Del mismo modo, el dolor y la impotencia se convirtieron en pactos de silencio para la consultante, con el fin de evitar dar a conocer a su sistema familiar el malestar físico y emocional de los cambios que el Cáncer generó en su corporalidad.

Lo expuesto por la consultante, permite ver la configuración establecida de fortaleza instaurada históricamente, la cual generó un bloqueo emocional frente a la importancia de comunicar lo sentido abiertamente, pensando que al decirlo se potenciaba un conflicto mayor en lo ya instaurado por ellas; ello, es visible a partir del proceso conversacional el cual permite ver como el sistema pone a la fuerza y a la forma de ser mujer, como construcciones dentro del relato dominante poco conocidas por miedo a la emergencia de nuevos dilemas que generen crisis, siendo visible esto, en el cauce de la conversación que privilegia el lenguaje de dichas versiones oficiales de la enfermedad, transformando el relato de forma alterna.



Por consiguiente, es importante traer en el relato la versión que ratifica en la consultante escenarios de confianza en ella para comunicar lo que siente a raíz de la enfermedad, por medio de la exteriorización del relato dominante que imposibilita la lectura de la construcción comunicacional en interacción con su sistema familiar, que al identificarlo y modificarlo, permitió el nacimiento del relato alterno como forma de reconocer la expresión emocional y los sentimientos como parte de un nuevo comienzo.

Aunado a lo anterior, es visible en la consultante las posibilidades generativas que trae consigo la enfermedad cuando se contemplan relaciones distantes con la familia extensa y como esto parte en dos la historia al llegar el diagnóstico.

Emerge entonces, a partir de lo anteriormente dicho, la línea del tiempo como un dispositivo terapéutico que permitió recoger de forma cronológica, la historia de vida de la consultante, evocando los relatos dominantes en su proceso de vida con relación a su hermano, que dan paso a la emergencia de relatos alternos que movilizaron de forma generativa la aparición del cáncer en su vida y en su sistema familiar.

Por otra parte, la muerte toma un espacio importante dentro de la conversación con el sistema familiar, contemplada como un relato dominante relacionado con la ausencia física de la consultante, algo que puede llegar a ser inimaginable, este relato se movilizó dentro del transitar terapéutico hacia un relato alterno, que posibilitó la reconfiguración de roles y la posibilidad de proyección futura de las hijas de la consultante.

El traer el arte a las construcciones relatadas como dolorosas por el sistema consultante a través de la pintura, permitió la emergencia del desbloqueo emocional de una de las integrantes del sistema familiar EM frente a la muerte de su bisabuelo, en donde el dispositivo artístico se convirtió, en un canal de comunicación de sentimientos y emociones que no habían podido ser exteriorizados a través del lenguaje, escogiendo colores y formas para crear el sentir de la experiencia de forma creativa y libre.



Es de denotar, la emergencia que produce la pintura de EM en MM, al traer por medio del relato la experiencia vivida por su abuelo en donde se permite reconocer otras formas posibles de la experiencia de la enfermedad más allá del dolor y el sufrimiento, comprendido esto como un relato dominante, que es transformado en relato alternativo al dilucidar como la enfermedad puede ser sinónimo de alegría, legado y esperanza para quienes acompañan el transitar de la misma.

Así mismo, la escultura es otro potente dispositivo terapéutico desde el cual se puede comunicar de forma distinta a la verbal una situación, como mecanismo de liberación de lo no dicho centrada en la expresión emocional de lo experimentado en la elaboración de esta.

A partir de lo anterior, es claro que el dispositivo terapéutico es una estrategia que permite la movilización y externalización de los relatos que no pueden ser traídos por medio del lenguaje en los escenarios de terapia, contribuyendo a la emergencia del cambio posible, es así que el sistema consultante a partir del dispositivo terapéutico (escultura) permite traer la experiencia de dolor y sufrimiento, para ser reconfigurada desde otra óptica de bienestar y múltiples posibilidades enmarcadas desde los sistemas de creencias, ya que la historia traída por medio de la memoria estando presente, puede transformarse en el crear como nueva posibilidad terapéutica de exteriorización y nuevos comienzos.

De esta manera, surge la galería fotográfica como dispositivo terapéutico movilizador que permite visibilizar formas posibles para contar la historia de vida de la consultante, y a su vez en detalle comunicar los momentos que dan sentido a la identidad familiar de forma generativa.

Lo anterior, ratifica como el dispositivo terapéutico moviliza en la consultante momentos vividos no solo de dolor sino de experiencias transformadoras y generativas en la historia narrada, visibilizando la apertura de nuevas posibilidades discursivas, que reiteran la



importancia de la unión y la consolidación de la familia en momentos histórico evolutivos poco conocidos.

De lo anterior, se puede encontrar que los dispositivos terapéuticos como techne que se trabajaron en cada escenario, permitieron en el sistema consultante y en el sistema terapéutico emergencias que dan cuenta de la resignificación de narrativas, frente a la historia conectada con la construcción narrativa de enfermedad crónica, los pactos de silencio y la coevolución.

Desde allí, la techne implementada permitió la potencialización del impacto de los escenarios de terapia frente a la transformación y conocimiento profundo del discurso ante lo no dicho como apertura para comunicar los sentires propios, la evocación de momentos histórico evolutivos poco reconocidos de forma generativa, la reconfiguración de la identidad familiar y las formas de expresión de sentimientos y emociones.

Memoria: construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas familiares, las novedades posibilitadoras del cambio y los pactos de silencio.

La emergencia de memorias permite la conexión con categorías de análisis metodológico como es la construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas familiares, es desde allí que se denota como los tiempos y las formas de creación de nuevas comprensiones de apoyo en el sistema familiar, generan aperturas entorno a la reconfiguración de la muerte, como posibilidad dentro del tránsito de la enfermedad desde una experiencia generativa que da paso a la emergencia de la reorganización de roles y la proyección futura de los demás integrantes del sistema familiar.

Es así que las rupturas comunicacionales en el sistema consultante emergen al no tener respuestas de acompañamiento en el vivenciar de la enfermedad como forma de retribución esperada por la consultante, llevando a contemplar otras posturas narrativas que ratifican la importancia del visibilizar la muerte, como evento posible dentro de la historia de



vida y del transitar de la enfermedad, al ser leída ahora como un elemento que abre las posibilidades a la prospectiva futura de los demás integrantes del sistema familiar.

Es así, que emergen en el sistema consultante los procesos coevolutivos que dan forma a las maneras emergentes para hacer frente a los momentos de crisis que se encuentran viviendo, para dar continuidad a sus proyecciones futuras, ratificando como al evocar la memoria dentro del proceso histórico evolutivo, el sistema familiar permite a partir de la enfermedad crónica consolidar las proyecciones futuras ante las posibles circunstancias poco generativas que se puedan llegar a presentar más allá de la misma enfermedad, las cuales no pueden ser un impedimento para la continuidad del proyecto de vida trazado por cada una de las integrantes.

La coevolución en la memoria, cuenta con un momento importante dentro de lo que se pretende comunicar, desde ello el dolor y el llanto son convocados desde el sistema familiar como forma alterna, para compartir lo que antes era visto como debilidad ahora nombrado como una forma posible de entender la experiencia de la enfermedad, expresando tranquilamente los sentires experimentados.

Es así, que el síntoma reconstruye las posibilidades evolutivas generando por medio de la narrativa la reconstrucción del relato como forma esperanzadora y visible en las relaciones que desean transformar, en donde por medio de la conversación y de la narrativa se da un lugar de privilegio al cambio esperado, siendo posible esto a través del proceso conversacional, como herramienta que potencializa el traer la memoria en el encuentro terapéutico recogiendo el tránsito de la enfermedad de forma silenciosa, lo cual da paso a la construcción de nuevas posibilidades ante la enfermedad.

Por otra parte, los pactos de silencio traídos desde la memoria permiten ver como el silencio imposibilita conectarse con el otro desde posturas de dolor y sufrimiento, esto ligado a las maneras en las cuales las pautas de crianza configuran las versiones oficiales del deber



ser, comprendiendo que dentro del sistema consultante se mantiene una postura de fortaleza e individualidad que genera un proceso de invisibilización de la red.

Lo anterior, da cuenta de cómo se obstaculizan los procesos de coevolución y reorganización de roles, esto es visto en el proceso conversacional como una posibilidad para identificar el cómo lo no dicho genera frustración frente al transitar de la enfermedad en el sistema familiar y los cambios que esto ha generado, permitiendo identificar entonces como la expresión de lo no dicho es un sinónimo de valentía y perseverancia que permite minimizar las tensiones dentro del sistema.

Los mapas corporales, son otro dispositivo que permitió recoger las experiencias vividas como relatos autobiográficos a través del cuerpo, para así poder resignificar la experiencia de vida reconociendo su estado actual y proyectando a futuro lo que puede llegar a suceder, estos fueron una herramienta artística que posibilitó ver como en el cuerpo se ubican partes importantes de la construcción de vida y de las formas de evolucionar ante la problemática que las convoca.

Lo anteriormente descrito, permitió traer a su memoria momentos significativos que han sabido sobrellevar para compartir con otros y el cómo dentro de la corporalidad el estar muerto no termina por ser una posibilidad restrictiva y deficitaria para la familia, sino que el dar la vuelta a esta lectura permite conocer en ellas que puede ser un artífice de cambios que permitan comprenderla desde puntos distintos, para avanzar y no para parar sus proyecciones futuras.

Es así, que se hace importante mencionar un dispositivo emergente no contemplado desde la investigación intervención, sino que surge desde el sistema familiar traído por medio de la creatividad de una de las integrantes, denominado *atrapasueños*, el cual permite ver como a través de la construcción de un elemento artístico tejido, se pueden exteriorizar los temores y las cosas no contadas al sistema familiar por temor a la reacción que estas puedan



tener o por el impacto mismo que produce pensar en el futuro y no tener la claridad de lo que puede llegar a pasar en la familia con la enfermedad por la que transitan.

Acontecimiento - Construcción narrativa de enfermedad crónica en los sistemas familiares, las novedades posibilitadoras del cambio, transitar terapéutico y pactos de silencio.

Los acontecimientos dentro de la construcción narrativa de la enfermedad crónica se visibilizan desde como la esperanza y la construcción generativa de narrativas alternas configura las maneras de relación y vinculación con el sistema consultante, comprendiendo al cáncer como posibilidad de manifestar, hablar y perdonar, permitiendo la transformación de memorias familiares que han estado saturadas y enmarcadas como problemáticas, dando cuenta de cómo el sistema consultante transita en una nueva versión de la enfermedad a lo largo del transitar terapéutico, trayendo nuevas construcciones narrativas alternas alrededor de lo no dicho.

Es por medio de la conversación, que la emergencia del proceso conversacional da cuenta de la visibilización de la aceptación que hace la consultante de forma adaptativa entorno a la enfermedad, en donde se reconocen transformaciones en las versiones saturadas entorno al Cáncer, permitiéndole la reconciliación con nuevas lecturas de transición del discurso que era visto como imposibilidad, ahora como oportunidad permeada en todos los contextos de relación, ello posibilita otras versiones en donde puede expresar sus sentimientos haciendo una introspección de la historia y replanteando nuevos procesos creativos y evolutivos.

Por otra parte, la coevolución dentro de los acontecimientos, en este sistema consultante se enmarca desde el comprender como la enfermedad crónica que emerge en el sistema familiar vista como una narrativa dominante, da paso a el crecimiento de narrativas alternas, transformando las dinámicas relacionales, reestructurando los roles y la expresión



emocional para poder ser comprendida ahora como unión, reconciliación y retrospección en la existencia del transitar, invitando así al sistema constantemente a ser agradecidos frente al vínculo y la unión consolidada desde versiones alternas, que las lleva desde procesos coevolutivos novedosos a transformarse aún más.

Es a través del proceso conversacional, que se da cuenta de cómo el relato impacta las relaciones, la comprensión de la memoria y la historia que atraviesa la construcción narrativa de la enfermedad, trayendo como acontecimiento comunicacional nuevas miradas relacionales que emergen en la conversación, produciendo estrategias novedosas para aplicar en los momentos de dificultad.

Se hace importante, pensar también frente al como el transitar terapéutico aporta en el proceso de este sistema consultante, desde el cual los tiempos de cambio de cada miembro de esta familia tienen ritmos de transformación diversos que contribuyen con la estabilización de la problemática planteada al inicio del proceso, que al identificarlo hace que se fortalezca la confianza y el vínculo terapéutico, entendiendo que en este sistema la expresión de emociones potencializa las relaciones y minimiza las tensiones, denotando la disposición al cambio que desean obtener en sus procesos de relación y vinculación.

Los pactos de silencio, relacionados con la memoria del sistema consultante se rescatan desde cómo el depender de otros genera cambios en la construcción del proyecto y estilo de vida de la consultante, ya que no se generan procesos de adaptación y redistribución de roles que permitan una acomodación al nuevo estilo de vida del sistema familiar a raíz de la enfermedad crónica.

Lo anterior, es visible desde los procesos de conversación en donde emerge la construcción de narrativas alternas que permiten la visibilización de la importancia de continuar fortaleciendo las relaciones, no desde el secreto sino desde la oportunidad de expresión de lo que había sido connotado como problemático, es allí donde el proceso



conversacional surja efecto y da cuenta de lo que no había sido posible decir por los integrantes del sistema familiar.

Algo novedoso que se evidencia, en el proceso vivido, son los sentimientos de impotencia que se generan frente a la orientación del diagnóstico y atención de la enfermedad por los profesionales de la salud, que en la experiencia vivida por la consultante con dichos sistemas no dio cuenta de la empatía necesaria y las formas de ver estos diagnósticos de forma cuidadosa por otros profesionales de la salud, ya que la esperanza que se pueda tener de la recuperación del mismo se pierde con estos mandatos dados y repercute en el sistema familiar, lo cual afianza en el sistema consultante el proceso de negación como un acto de miedo por lo desconocido dentro del proceso médico y el tránsito de la enfermedad.

Es así que la experiencia de la enfermedad permite reconocer los recursos generativos con los que el sistema cuenta para generar bienestar ante las adversidades que se puedan presentar a futuro, por ello el sistema reflexiona frente a los beneficios y las oportunidades que ha brindado el invitado que llegó a sus vidas (cáncer), y que trajo como mensaje, el diálogo y el reconocimiento del ser, desde la fragilidad y la fuerza, en donde los dos son importantes dentro de las dinámicas relacionales construidas.

Discusión

En el presente apartado se presentan los resultados de la investigación intervención, los postulados teóricos y el estado del arte, sumado a las categorías metodológicas construidas, resaltando la contribución que tiene el arte como *techne*, en donde se muestran los dispositivos movilizadores del ejercicio de terapia con sistemas familiares que atraviesan por una enfermedad crónica como lo es el Cáncer.

Se hace indispensable contemplar los objetivos generales y específicos que dan curso a la investigación intervención como hoja de ruta, se contempla el objetivo general en la experiencia terapéutica, el cual da como resultado la comprensión de la narrativa dominante,



emergente en la enfermedad crónica, vista como problema dentro del sistema familiar en un primer momento, la cual fue externalizada y reconfigurada permitiendo la evocación de memorias familiares dando paso a procesos adaptativos en la reorganización de roles y la construcción del cambio, empleando el arte como *techne* en el proceso interventivo investigativo.

Referente a los objetivos específicos, se evidencia cómo los pactos de silencio al ser evocados en la conversación permiten la manifestación de sentimientos, emociones y lo no dicho descargando al sistema, dando paso a la coevolución y permitiendo la emergencia de narrativas suscitadas en espacios terapéuticos, en donde la enfermedad se inicia a contemplar desde una lectura posibilitadora y no deficitaria, vinculando el arte en procesos terapéuticos desde sus múltiples posibilidades, permitiendo cambios y la evocación de la memoria potencializando el efecto de la transformación de los sistemas humanos.

Es así, que los dispositivos terapéuticos dentro de la investigación intervención se convierten en potenciales aliados para la transformación de las narrativas dominantes en narrativas alternas, expresando lo no dicho, generando la proyección futura y permitiendo nuevas dinámicas relacionales desde el reconocimiento de la red y los recursos con los que cuentan, reconociendo el ser desde la corporalidad, viendo a la fragilidad y la fuerza como posibilidad de comunicar y posicionar al sistema en los distintos momentos de vida y la expresión de sentimientos y emociones como forma contemplada para la potencialización de las relaciones y la minimización de tensiones.

A continuación, se inicia el desarrollo del proceso construido analizando conceptos metodológicos, el estado del arte y la importancia del arte en los procesos terapéuticos con los dispositivos emergentes en ellos, que fueron propuestos para el presente ejercicio.

Para iniciar, queremos retomar las perspectivas interdisciplinarias que se visibilizan dentro de los contextos de salud siendo este el primer contacto de *MM* para la confirmación



de su diagnóstico encontrándose en divergencia con lo que plantea García et al (2010) , en donde lo evidenciado por ella en este momento de su historia de vida fue relatado como una experiencia de ausencia de acompañamiento, desinformación, ausencia de apoyo psicológico, temor a lo desconocido, y la omisión del acompañamiento brindado a sus hijas en donde el último fin fue la entrega del diagnóstico como tal.

Otra de las formas en las que el psicólogo se ve inmerso dentro del ejercicio interventivo con otros profesionales, es decir de manera interdisciplinar es la que nos plantean Barreto y Bayés (1990), que en conexión con lo vislumbrado en el caso de MM, entra en divergencia absoluta ya que dicho acompañamiento profesional en ese trabajo en red no fue dado de forma clara y orientada a las necesidades y a la búsqueda de bienestar para la consultante y su familia.

Conectando con lo anteriormente expuesto, en los resultados y sugerencias de la investigación de Zavala, Ríos, García y Rodríguez (2009) , es posible vislumbrar en el caso de MM la posibilidad que se le genere durante el proceso de investigación intervención el cual al ser aceptada su participación, dio paso en convergencia con lo que refiere el autor a la reconfiguración de la perspectiva en torno a los psicólogos en contextos de terapia orientado ahora de forma generativa y a su vez la transformación de sus relaciones consolidadas con familia nuclear.

Resulta oportuno mencionar, lo referido por Londoño (2017) con relación a la importancia de centrar la atención en el paciente, en donde se entra en convergencia con el autor ya que en el caso de MM se vislumbra como durante el proceso investigativo interventivo, al poder desligar las versiones dominantes traídas por la consultante con relación a su diagnóstico, genero nuevas construcciones entorno a su vida y a la retoma de nuevas experiencias.



De lo anterior, se reconoce, entonces la importancia de retomar el rol que tiene el psicólogo dentro de los procesos de cuidado paliativo, referido por otros profesionales de la salud como un rol olvidado pero indispensable de retomar como lo refiere Barbero (2008), el cual fue evidenciado de forma profunda dentro del proceso terapéutico plasmado en este sistema familiar al sentirse acompañadas, escuchas y atendidas por primera vez dentro de la atención psicológica, reconociendo el impacto de la terapia, y permitiendo la emergencia de impactos significativos y la oportunidad de avanzar frente a lo vivido como forma de generar la reorganización de roles del sistema familiar y la proyección futura.

Con lo expuesto, reconocemos desde los procesos autorreferenciales referidos por Estupiñán, Gonzales y Serna (2006), que los escenarios de terapia y las construcciones que emergen en esta relación consolidada terapeuta consultante, permiten el nacimiento de la narración de las historias de vida del sistema, que activan la reflexión y dan paso a que se asuma con propiedad la vida misma siendo artífices y protagonistas permanentes de ello.

Conectado a lo anterior, la cultura juega un papel importante frente a las posibilidades que se generan en quienes tiene una enfermedad crónica como lo relaciona Tejeda (2011), en el cual se difiere con la experiencia en el transitar de *MM*, en donde en un primer momento la enfermedad crónica es visible desde el punto de vista cultural relacionando a la muerte como un elemento doloroso pero que a su vez permite la emergencia de nuevas posibilidades a partir de la experiencia vivida y narrada de su bisabuelo materno, este discurso se fractura y se moviliza a lo largo del proceso de terapia hacia el cómo esta puede ser vivida desde formas posibilitadoras y esperanzadoras en el aquí y el ahora.

Dentro de las múltiples maneras de intervenir a los pacientes en fase terminal se encuentran métodos interventivos novedosos que tienen en cuenta procesos de carácter artístico y social, elementos que se consideran claves para el afrontamiento y resignificación



de las enfermedades y de este modo también se involucra al sistema familiar en el mejoramiento de las relaciones y los vínculos afectivos.

Otro modelo interventivo que surge en Colombia es referente a la conformación de grupos compasivos, mencionados por Rodríguez, Calderón, Krikorian, y Zuleta, (2017), y en divergencia con lo consolidado en el caso de MM, ya que dentro de sus procesos relacionales no fue contemplado el poder vincularse de forma continua y beneficiosa a dicha estrategia por lo que no se evidencian resultados favorables entorno a la vinculación a estos grupos.

Es así que el arte, se convierte entonces en una herramienta que posibilita las emergencias de nuevas comprensiones frente al Cáncer, generando aperturas en el sistema familiar por medio de procesos de comunicación que fortalecieron los vínculos, evidenciando que las narrativas alternas logran potencializar la relación del sistema familiar; identificando como la pintura, la escultura, el atrapasueños, la línea del tiempo, los mapas corporales y el proceso conversacional, generan grandes transformaciones y permiten a su vez evocar la historia, la memoria y los acontecimientos, permitiendo la conexión con el sistema consultante de sus vivencias, expresiones emocionales, aperturas al cambio, reconfiguración de roles, siendo esto ahora una forma de unión, encuentro y de restauración de las dinámicas relacionales por las que atraviesan.

Del mismo modo, el incluir como estrategia interventiva medios narrativos como el arte como lo refiere Ardila y Chacón (2019), con relación al caso de MM se da cuenta de que el incluir el arte permite la generación de procesos de cambio terapéutico y a su vez el adaptarse y entender que el sufrimiento para esta consultante era algo no permitido o poco decible frente a su sistema familiar.

Los mapas corporales, son una herramienta que permite evocar relatos autobiográficos desde la corporalidad como lo refieren Silva, Barrientos y Espinoza (2013),



entendido ello desde la experiencia de MM, en donde el escenario de terapia se consolida desde la conexión que se puede dar entre el cuerpo y la situación vivenciada permitiendo la transformación del discurso y de las formas comprensibles desde el autoestima emergentes que dan paso a la aceptación de la enfermedad de forma generativa.

La pintura, se convierte en un generador artístico de desbloqueo emocional, que permite la externalización de sentimientos propios más allá de lo verbal movilizando al sistema de forma desinhibida, con el fin de contar lo que no es decible de forma libre dentro del tránsito de la enfermedad.

Por otra parte, el proponer a la pintura como techne dentro del proceso investigativo interventivo, como lo menciona Taboada (2000), permitió en MM la externalización de sentimientos y la evocación de la memoria en momentos históricos importantes, llevándola a confiar sus sentires a sus hijas como principal red de apoyo en el tránsito de la enfermedad crónica.

Por otra parte, es importante mencionar que dentro de esta problemática vivenciada es posible visibilizar distintas puntuaciones frente al fenómeno investigado relacionadas con formas de terminar con el sufrimiento, como lo menciona Gutiérrez (1997), lo anterior entra en divergencia con lo expuesto por MM, ya que dentro de su sistema de creencias y formas de ver a la enfermedad no es contemplado procesos de eutanasia u otras formas para interrumpir el tránsito de la enfermedad.

Dentro de lo expuesto como categoría metodológica surgen los pactos de silencio que como los refieren, Díaz, Ruiz y Flórez (2013), y que en concordancia con lo evidenciado en MM, son estos los que imposibilitan la emergencia comunicacional de lo doloroso que venía siendo el transitar de la enfermedad, lo cual en el escenario de terapia fue reconfigurado desde una lógica abierta generando la exteriorización de lo que no se habían dicho,



mejorando la relación, disminuyendo el malestar y permitiendo la lectura de nuevas posibilidades.

Es así, que dentro de lo anteriormente expuesto se hace indispensable tomar lo que es referido por Von Foerster (2000), de la cibernética de segundo orden, en donde convergemos con la oportunidad que señala del como el incorporar diferentes niveles de observación del terapeuta y del sistema consultante dan paso a la movilización y a la emergencia de narrativas como ópticas emergentes en la relación de forma posibilitadora, siendo constructores de un único sistema de relación y comunicación.

Se comprenden los procesos coevolutivos como lo refiere Ritter (2002), conectado con lo vivenciado dentro del escenario interventivo, en donde el sistema aprende a autoorganizarse generando una adaptación que permita alcanzar un estado de beneficio, en donde *MM* se da permiso de generar consensos en la redistribución de funciones para aligerar la carga de la vivencia del cáncer en la relación y la oportunidad de hacer visible y compartida la expresión emocional como forma de desbloquear muros construidos en el actuar.

Desde la narrativa, se da cuenta de cómo lo narrado se convierte en una oportunidad para contar algo sucedido en la historia como lo refiere Ramos (2001), dando cuenta de cómo el lenguaje permite la exteriorización de lo vivido en el tránsito de la enfermedad y a su vez como repercute en los sistemas amplios de relación, en donde esto al ser conversado desde el sentir propio genera impactos en la versión humana que privilegian el lenguaje.

La narrativa y el arte permiten pasar de la insensibilidad al sentimiento, de la negación a la aceptación, de la ira y pérdida a un crecimiento profundo como lo menciona Bruder (2011), esto conectado con la vivencia de *MM*, permite dar apertura a la construcción de situaciones presentadas desde el autoconocimiento y la conexión consigo mismo, dando



cuenta a otros del sentir de la vivencia del Cáncer en relación, enriqueciendo los propósitos de vida conjunta y las nuevas oportunidades que ello genera para la vida misma.

Sumado a ello, es importante como Ramos (2001), conecta con las emergencias de lo vivido en el escenario interventivo, en donde tener en cuenta el componente artístico permite la evocación de la historia la cual da sentido a los hechos, recogiendo la imaginación histórica como parte activa en los procesos interventivos, desde lo creativo y la reinención de los escenarios terapéuticos como constructores activos del cambio en el sistema familiar de *MM*.

Finalmente, el tener la presencia del pasado significa la memoria misma viva y activa como lo menciona Rouso, Garapon, kisteva (1998) la memoria articula recuerdos y olvidos que afecta de alguna forma lo que ha pasado, esta viene cargada de sentido y significado y es lo que conecta con la vivencia misma de *MM* cuando se permite evocar momentos vividos en su trayectoria vital poco gratos, que al ponerlos en escena terapéutica se reconstruyen, transforman y dan vida a nuevas lecturas que permiten posibilidades de proyección y de sentido a lo vivido en su momento.

Proceso auto y heterorreferencial

En el presente documento con énfasis en profundización, el proceso auto y heterorreferencial fue un gran aliado dentro de la estructura consolidada en el ejercicio de investigación intervención, este fue efectuado de forma transversalizada en cada uno de los apartados del presente documento y aún más visible dentro de la organización de la información recolectada para la construcción de resultados y discusión (matrices de análisis categorial), permitiendo así construir un hilo conductor que impacto el ejercicio investigativo interventivo a desarrollarse y grandes aportes a la intervención clínica, al fenómeno de estudio, a la maestría en psicología clínica y de la familia, a los servicios de atención psicológica (SAP), al macroproyecto de historias y narrativas en diversidad de contextos, a la



psicología clínica y aun mas representativo para las investigadoras interventoras a su proceso personal y profesional.

Conclusiones

Referente al fenómeno de estudio

Las narrativas dominantes consolidadas en los sistemas familiares con enfermedades crónicas, imposibilitan procesos de cambio y transformación que saturan e impiden la emergencia de nuevas posibilidades comunicacionales, por temor a lo que ello pueda suscitar como resultado en el sistema familiar, dándole un lugar privilegiado a la enfermedad, la cual configura en ellos significados que llegan a cristalizarse en el tiempo, a partir de las construcciones históricas vividas que impactan de alguna forma a todo el sistema familiar y sus relaciones.

El posibilitar la emergencia de recursos en los procesos interventivos investigativos como el desarrollado, apertura entonces en el sistema familiar la ocurrencia de narrativas alternas que permitieron evocar las memorias familiares generativas, traídas por medio del proceso conversacional y otros dispositivos artísticos terapéuticos, como pretexto para dar a conocer de lo que está hecho el sistema familiar para enfrentar la enfermedad crónica, a partir de la visibilización de los recursos invaluable e incalculables que poseían en su interior y que en medio del ocultamiento no eran vistos por el muro que habían construido en su actuar.

Dichos recursos, son lo que generarán procesos de coevolución y movilización dentro del sistema familiar, permitiendo un proceso de adaptación a las nuevas dinámicas que surgieron a raíz del diagnóstico, aportando al mejoramiento de la calidad de vida del sistema familiar y la resignificación del rol del cuidado, que amplía los marcos de referencia a nivel conceptual, cultural, metodológico y relacional.



A partir de lo anterior, el arte y la narrativa viabilizaron procesos dialógicos que impactaron en el sistema terapéutico, fortaleciendo la confianza, seguridad y posibilidad que brindaba el reconocimiento del otro, desde la expresión de sus emociones, sentimientos, miedos, dolores y alegrías, que permitieron nuevas formas de organización, fortalecimiento de la identidad familiar y reinversión en su prospectiva vital y proyecto de vida.

Respecto a la maestría en psicología clínica y de la familia.

El presente documento de profundización, aportó a la Maestría en Psicología Clínica y de la familia, miradas constructivas frente a la importancia de ver el arte, como dispositivo terapéutico, de forma dinámica dentro de los escenarios de terapia consolidados con sistemas familiares diagnosticados con una enfermedad crónica, es el arte quien genera nuevos espacios de intervención y trascendencia para los terapeutas que parten desde los mismos principios epistemológicos y comprensiones de los fenómenos a tratar.

El arte como dispositivo terapéutico, retomado desde las emergencias construidas con el sistema consultante de forma espontánea, permitió a su vez en el contexto de aplicación la posibilidad de fortalecer la relación terapeuta- consultante, como forma de construcción de la relación terapéutica indispensable para la emergencia del cambio esperado, la externalización de lo que no ha sido fácil comunicar en el escenario de terapia por medio de palabras, la posibilidad de redefinir los motivos de consulta y la construcción de una visión ecológica que promueve los procesos de co-evolución y cambio significativo.

Referente a los servicios de atención psicológica – SAP como contexto de aplicación

Con relación al SAP la presente investigación intervención, deja la importancia de incluir a la techne en el desarrollo de las propuestas interventivas que puedan suscitarse con consultantes o sistemas familiares que sean diagnosticados con Cáncer.



Es a través de esta herramienta interventiva implementada en la presente investigación intervención, que se abren espacios de conversación frente a lo que no era posible de contar, la movilización de los sistemas familiares de forma generativa dentro de los procesos coevolutivos, el evocar la memoria y la historia reconfigurada desde relatos alternos y generativos de forma liberadora en momentos de tensión familiar y la importancia de incluir distintos niveles de observación desde los terapeutas en el escenario de terapia, ya que estas miradas potencializan e integran nuevas comprensiones del fenómeno a investigar intervenir.

Referente a la psicología clínica

El principal aporte para la psicología clínica está orientado desde las posibilidades interventivas en los procesos de terapia, en donde al incluir el arte se logra impactar de forma generativa y novedosa la posibilidad recursiva de los procesos de cambio en los sistemas consultantes.

Es así, que el dar cuenta de estas múltiples posibilidades interventivas que ofrecen los dispositivos terapéuticos como techne, que se convierten en grandes recursos en la intervención clínica sistémica, permitiendo generar las transformaciones desde un ejercicio reflexivo que conlleva a replantear procesos interventivos en la psicología clínica, acerca de las configuraciones y constructos familiares, sociales y morales, que surgen en situaciones referentes al proceso de intervención de una familia diagnosticada con una enfermedad crónica.

El privilegiar y potencializar las diferentes voces de la familia en los escenarios de intervención clínica, como principal red de apoyo, contribuyó a crear sus propias formas de reinención teniendo como base su componente histórico-evolutivo, siendo esto una posibilidad que permitió posicionar la vivencia del cáncer de forma generativa, compartiendo sus experiencias vividas y poco contadas, comunicando los sentires para transformar el actuar a futuro con lo que se les pueda llegar a presentar.



Aunado a lo anterior, posicionar a la familia como experta de su propia vida, permitió dar cuenta de la posibilidad de ser artífices del cambio, potencializando las estrategias de afrontamiento, adaptación y equilibrio, que les permitió evidenciar narrativas generativas, procesos de autocuidado físico, emocional y formas de conversar sobre los sentimientos y percepciones acerca de la vida, la muerte y las maneras de entender las diversas situaciones, como bucles recursivos hacia una proyección futura, todo esto reflejado desde las formas interventivas planteadas, los constructos propios de la psicología clínica sistémica y las transformaciones denotadas auto y heteroreferencial de las investigadoras interventoras como focos a trabajar.

Referente al macroproyecto historias y narrativas en diversidad de contextos.

Desde esta base el vincular la historia, memoria y los acontecimientos como categorías conceptuales del macroproyecto dentro del proceso consolidado, sumadas a las categorías metodológicas tenidas en cuenta para la presente investigación intervención, permitió a través del arte como techne, nuevas formas de conocer y comprender posibilidades interventivas y de relación en el sistema familiar, traídas a la conversación por medio de la narrativa como posibilidad transformadora de los discursos deficitarios vividos y narrados de esta forma por el sistema familiar, hacia nuevas posibilidades generativas y esperanzadoras de esos relatos saturados consolidados por años y que fueron transformados en constructores de realidades alternas, coevolutivos de forma esperanzadora y ahora visibles.

De esta manera, el privilegiar el lenguaje y sus diversas formas de expresión, se convierte en un proceso recursivo para encontrar y resignificar las experiencias de memorias familiares en el proceso terapéutico que se pretende establecer, sumándole a esto los recursos creativos y artísticos que ayudan a potencializar las movilizaciones emocionales y la capacidad de expresión dentro del sistema familiar.



Es a partir de lo anteriormente descrito, que el principal aporte para el Macro proyecto de Historias y Narrativas en diversidad de contextos, se orienta en como los dispositivos terapéuticos como techne, permitieron impactar y transformar las narrativas dominantes en alternas y emergentes, y a su vez por medio de esta expresión plena de los sentires y formas de comunicar y relacional, que se da apertura a la evocación de la historia, memoria y los acontecimientos de forma clara y generativa, aportando a la construcción del cambio y las formas de intervenir sistemas familiares con una enfermedad crónica.

Frente a las investigadoras interventoras

Dentro de los procesos autorreferenciales movilizados en las investigadoras interventoras se visibiliza el encuentro con la problemática de forma directa, lo que permite el comprender las dinámicas vinculares y relacionales del dolor que produce el diagnóstico de una enfermedad crónica dentro del sistema, lo que limita la expresión de emociones, saturando al sistema de versiones poco generativas y manteniendo los pactos de silencio, imposibilitando la visualización de un bienestar a futuro; desde la techne el aporte logrado es, reconfigurar las nociones del futuro y fortalecimiento de procesos de vinculación, para acompañar al consultante en este proceso de manera generativa, reconfigurando las dinámicas desde el dolor y la muerte.

Por otra parte, el movilizar las pérdidas desde formas esperanzadoras y generativas con base en la proyección futura y no como forma deficitaria, es una posibilidad fuerte de cambio y de conexión no desde el dolor sino desde la posibilidad de conectarse con el sentir y otras formas de vivir el diagnóstico de una enfermedad crónica.

Por último, conocer como el poder expresar lo que se siente y piensa es una forma posible para liberar y dar vida a las relaciones que se obstaculizan dentro de los sistemas familiares, siendo esto la oportunidad de retribuir de forma generativa, lo que no había sido



posible de expresar a otros, permitiendo la cercanía, acompañamiento y compartir como recursos vitales en momentos de crisis, dolor e incertidumbre.

Referente a los hallazgos y novedades de la investigación intervención

Los principales hallazgos y novedades de la presente investigación intervención se enmarcan desde los dispositivos terapéuticos artísticos los cuales permitieron encontrar una forma de comunicación y de expresión natural del sentir, como un camino de descubrimientos que abre la posibilidad de creación interna de nuevas posibilidades de vivenciar la enfermedad crónica dentro del sistema familiar.

Es a partir de ello, que el sistema consultante vive la experiencia de acercarse a sí mismo, a su cuerpo y a los otros que están a su alrededor, tomando consciencia de las experiencias vividas que le han permitido trascender y /o avanzar en sus momentos vitales, reconociendo su estado actual y resignificando las memorias que consolidan los procesos identitarios.

Es entonces por medio de los dispositivos artísticos que se da la construcción de relatos alternos y la reconfiguración del sufrimiento humano como posibilidad de transformación y co-evolución, vistos desde la potencia que poseen para resignificar incluso la versión de la muerte, antes posicionada como un estado final de intenso dolor y sufrimiento, pero que en el tránsito y proceso terapéutico, se entiende desde la posibilidad de trascender, hacia la vida como una oportunidad de disfrutar y vivir intensamente cada situación.

Frente a los pactos de silencio, el arte vinculado en estos dispositivos terapéuticos viabiliza la expresión de emociones que permite liberar tensiones, redistribuir cargas, mejorar dinámicas relacionales y comunicacionales que convoca al sistema a la colaboración,



responsabilidad y a revisarse constantemente frente a como están todos los integrantes del sistema.

Recogiendo lo anteriormente descrito a modo de conclusión general, el proceso interventivo que se realizó por medio del arte y la narrativa llevo a consolidar la novedad en la emergencia, de la aplicación de los dispositivos terapéuticos que generaron impacto en la historia de vida del sistema consultante y en las investigadoras interventoras que aperturaron los procesos de coevolución y cambio.

Alcances y limitaciones de la propuesta

Dentro de la investigación intervención realizada, se recrean limitaciones conversadas con el sistema consultante, la primera de ella se relaciona con el desplazamiento desde su casa hasta los servicios de atención psicológica, que debía realizar para tomar el proceso investigativo interventivos, sumándole la sintomatología que le producía el tratamiento de la enfermedad (quimioterapias), el cual lo recibía cada 15 días y coincidía con los encuentros pactados, esto se convirtió en algo engorroso para la consultante, ya que limitaba en ocasiones su disposición para dar inicio a la sesión propuesta y en dos ocasiones la llevo a cancelar los encuentros programados.

La segunda limitación que se visibilizo, fue la falta de recursos económicos de la consultante para generar el pago de las sesiones terapéuticas, la cual fue suplida por las investigadoras interventoras, con el fin de poder dar curso al proceso y atender la demanda de ayuda latente en el sistema consultante.

La tercera limitación identificada, se relacionó con la ausencia de red de apoyo que permitiera de forma generativa la posibilidad de acompañar en el caso de a ausencia de la consultante a sus dos hijas menores de edad, ya que estas dependen económica y emocionalmente de la consultante.



Por otra parte, con relación al alcance de la investigación intervención, se denoto la preocupación recurrente de las investigadoras interventoras frente al fallecimiento de la consultante, quien dentro del proceso terapéutico recibe la noticia de la metástasis del Cáncer, generando el deterioro de su salud, llevándola a la fase más crítica del proceso, y levando a repensar un posible reajuste de la investigación intervención y a su vez la desprotección de sus hijas al ser ella quien está al pendiente de su cuidado.

Finalmente, referente a la consolidación de nuevos estudios que se relacionen con el fenómeno investigativo intervenido de la presente propuesta, se sugiere la vinculación de los profesionales de la salud que puedan contribuir de forma interdisciplinaria ante las construcciones conjunta de nuevas posibilidades no solo a nivel investigativo interventivo sino también de tipo medico entre otros.

Adicional a lo anteriormente descrito, el haber implementado los procesos artísticos como TECHNE dentro de las intervenciones consolidadas, permitieron ampliar el Conocimiento del sistema familiar y la oportunidad de utilización de distintas estrategias interventivos, ya que fue visible que no todas las estrategias interventivas pensadas para la aplicabilidad con el sistema familiar, generaron el impacto pensado en el sistema familiar.



Referencias

- Acosta, I., López, L. y Sánchez, Y. (2009). Manifestación de la Resiliencia como Factor de Protección en Enfermos Crónico Terminales Hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 17, No. 2, 24-32. ISSN 1405-0943. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133912609004.pdf>
- Amado, B., y Carvajal, F. (2014). Compresión de los procesos comunicacionales presentes en una familia que está afrontando la enfermedad de cáncer desde su reorganización y procesos resilientes (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia
- Antolinez, R., y Chaves, J. (2015). Construcción de la experiencia de cáncer: narrativas que Favorecen la re-construcción de la experiencia y las relaciones. (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia.
- Ardila, L., y Chacón, M. (2019). *Parejas y sexualidad. El arte en la transformación de relatos privilegiados y ritualizaciones rígidas* (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia.
- Ardila, L., y Chacón, M. (2019). *Parejas y sexualidad. El arte en la transformación de relatos privilegiados y ritualizaciones rígidas* (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia.
- Barbero, M. (2008). Psicólogos en cuidados paliativos: la sinrazón de un olvido. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, 2008, pp. 179-191. Recuperado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/38820038.pdf>



Barreto, M y Bayes, R (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. Murcia

(España) *anales de psicología*, 6 (2), 169-180. Recuperado de:

<http://www.centropsicologicomca.es/articulos/el%20psicologo%20ante%20el%20enfermo%20terminal.pdf>

Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la

transformación. *Arteterapia. Papeles De Arteterapia Y educación artística Para La inclusión Social*, 1, 19 - 25. Recuperado a partir de

<https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0606110019A>

Blanco, C., Soler, E., y Torres, V. (2007). *Lectura ecológica del proceso de acompañamiento de un paciente diagnosticado con insuficiencia renal crónica desde las narrativas de la familia*. (Tesis de pregrado). Universidad de Lasalle, Bogotá, Colombia.

Bruder, M. (2011). *Escritura y cuento terapéutico Enfoque teórico-clínico*. Argentina: Horme.

Calvente, A. (2007). Coevolución: un proceso central para la sustentabilidad. Complejidad y sustentabilidad. Universidad abierta interamericana. 1-6.

Caro, N., Durán, A., y Niño, J.(2018). *La psicoterapia sistémica y el arte: estudio de caso de una familia en el marco del conflicto armado colombiano*. (Tesis de grado). Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia.

Díaz, V., Ruiz, M. y Florez, C (2013). Impacto familiar del diagnóstico de muerte inminente.

Revista de Psicología Universidad de Antioquia, Vol. 5. No. 2: 81-94. Recuperado de:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/viewFile/19686/16742>



- Estupiñán, J., González, O. y Serna, A. (2006). *Dossier Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos. Maestría en Psicología Clínica y de Familia*. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.
- Estupiñán, J., y González, G. (2012). *Narrativa conversacional, relatos de vida y tramas humanos*. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.
- Espada, M. y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 9, Núm. 1, 2012, pp. 25-40 ISSN: 1696-7240
Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/39136/37741>
- Fernández, M. (2009). El Impacto de la Enfermedad en la Familia, *Revista Facultad de Medicina*. Mexico, 1-5. Recuperado de: <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/12822/12141>
- García, M., Cruz, F., Schmidt, J., Muñoz, A., Montoya, R., Prados, D., Pappous, A. y Botella, M. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *Red de Revistas Científicas de América Latina*, Vol. 10, N° 1, pp. 57-73. Recuperado de: http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/33474/GarciaCaro_JuicioClinico.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- García, M. y López, L. (2016). Metáforas comprensivas sobre el fenómeno que vive la familia cuando cuida a uno de sus miembros con enfermedad oncológica en etapa avanzada: estudio en tres familias antioqueñas ~ (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2):84–91. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a05.pdf>.



Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones aproximación a la construcción social*.

Barcelona: Paidós.

Grau, C. y Fernández, M. (2010). familia y enfermedad crónica pediátrica. *An. Sist. Sanit.*

Navar, 33 (2), 203-212. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33n2/revision2.pdf>

Gutiérrez, J. (1997). Eutanasia Activa en Pacientes Terminales, Red de Revistas Científicas

de America Latina y el Caribe, España y Portugal, Vol 28 n° 3. recuperado

de: <http://www.redalyc.org/html/283/28328308/>

Heredia, J, y Pinto, B. (2008). Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 6(1), 22-41.

Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612008000100002&lng=es&tlng=es.

Jelin, E. (2012). *Los trabajos de la memoria*. Peru, Lima: IEP.

Ley 1581 de 2012: disposiciones generales para la protección de datos personales (octubre 17 de 2012).

Ley 1090 de 2016: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. (septiembre 6 de 2006).

Londoño, E. (2017). Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol.43 (1): 68-74. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n1/spu07117.pdf>

_Maldonado, C. (2008), la complejidad de la salud interacciones entre lo biológico y lo social, Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas.



Perspectivas, retos y alternativas, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia (p.96 - 108).

Martínez, L., Martínez, G., Gallego, D., Vallejo, E., Lopera, J., Vargas, N. & Molina, J (2014). Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. Rev Soc Esp Dolor. Vol. 21(6): 338-344. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n6/07_revision2.pdf

Menéndez, C. (2008). La Fotografía Como Diario de Vida. *Arteterapia. Papeles De Arteterapia Y educación artística Para La inclusión Social*, 3, 141 - 156.
Recuperado de:
<https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0808110141>

Ministerio de Salud. (1993, Octubre). Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de
<http://www.minsalud.gov.co>

Montalvo, A. y Herrera, A. (2015). Sida: sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena. Av Enferm. 33(1):85-93. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a10.pdf>

Mondragón, L. (2007). Ética de la investigación psicosocial. *Redalyc*, 30(6), 25-31.
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58230604.pdf>

Peñaloza, P., y Anzola, Y. (2016). *Abordaje del Desarraigo y la Recuperación de Memoria a través de la Expresión Plástica con los Niños (as) Asistentes a la Casa de Memoria y Lúdica Kukulkán en el Marco de la Sistematización del Proyecto Atrapasueños*.
(Tesis de grado). Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Bogotá, Colombia.

Pérez, L., Mercado, L. y Espinosa, I. (2011) Percepción familiar de la enfermedad crónica. revista electrónica de psicología Iztacala. Vol. 14 N° 4: 268-293. Recuperado de:



<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art15.pdf>

Población, P., y Lopez, B. (1991). La escultura en terapia familiar. *Revista Vínculos*, (3).

Porras, I., y Lerma, I. (2015) *Construcción Narrativa De La Coevolución Del Vínculo Madre-Hijo E Institución Penitenciaria*. (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.

Ramos, G. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Paidós.

Reyes, P., & Hernández, A. (2008). El estudio de caso en el contexto de la crisis de la modernidad. *Cinta de moebio*, (32), 70-89

Ritter, W., Guzmán, S., Sánchez, N., Suárez, J., Corona, C., Muñoz, H. y Pérez, T. (2002). El clima como sistema complejo adaptativo en coevolución. *Ciencia y Mar*, Vol 6, N, 17. Recuperado de: <http://www.umar.mx/revistas/17/coevolucion.pdf>

Rodríguez, A., Calderon, J., Krikorian, A. y Zuleta, A (2017). Comunidades Compasivas en Cuidados Paliativos: Revisión de Experiencias Internacionales y Descripción de una Iniciativa en Medellín, Colombia, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de:
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=politicas+publicas+pacientes+terminales+en+colombia&btnG=

Rousso, H., Garapon, A. y Kisteva, J. (1998). La necesidad de olvido. en : p. Ricoeur, J. Kristeva, G. Xinegjian, W. Soyinka, U. Eco, J. Le goff, J. Semprun y a. Touraine, 1998. *¿Por qué recordar?*.

Ruiz, M. y Coca, M. (2008). El Pacto del Silencio en los Familiares de Los Pacientes Oncologicos terminales., *Revistas Cientificas Complutenses*, Universidad



Complutense de Madrid, vol 5, N°1. Recuperado de:

<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130053A/15496>

Salas, T. y Vargas, Q. (2014). La Construcción Narrativa como Ritual de Transito ante el Cáncer y su Relación con la Dinámica Vincular en las Familias y los Sistemas de ayuda. (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomas, Bogotá, Colombia.

Sanz-Aránguez, B., & Del Rio, M. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. *Archivos de psiquiatría*, 73(2), 1-18.

Silva, J. , Barrientos, J. y Espinoza, R.(2013). Un Modelo Metodológico para el Estudio de Cuerpo en Investigaciones Biográficas: Los Mapas Corporales. Escuela de psicología. Artículo de investigación Alpha no.37 Osorno dic.(2013). Recuperado de:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012013000200012

Suárez, E. y Guibert, W. (2000) Las terapias con recursos artísticos: Su utilidad en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina general integral*, Vol, 16(3), pp 285-294. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300013

Taboada, P (2000). El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioethica*. Vol. 6 N° 1: 89-101. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n1/art07.pdf>

Tejeda, Y. (2011). La familia como agente terapéutico en los cuidados paliativos. *MEDISAN* 2011; 15(2):197. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n2/san08211.pdf>

Vallejo, M. (2005) Tratamiento Psicológico del Dolor. *Boletín de Psicología*, No. 84,41-58. Recuperado en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>



Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*. Vol. 1 N° 2: 125-137. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf>

Von Foerster, H. (2000). *Ética y cibernética de segundo orden*. Buenos Aires: Paidós.

Zavala, M., Ríos, M., García, G. y Rodríguez, C.(2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica*. Vol. 9 N° 3: 257-270. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a06.pdf>

Apéndices

Apéndice A: Descripción de escenarios diseños y neodiseños

Apéndice B: Graficas diseños

Apéndice C: Graficas Neodiseños

Apéndice D: Transcripción escenario uno

Apéndice E: Transcripción escenario dos

Apéndice F: Transcripción escenario tres

Apéndice G: Transcripción escenario cuatro

Apéndice H: Transcripción escenario cinco

Apéndice I: Trascriptión escenario seis



Apéndice J: Matrices de análisis categorial por escenario de forma general y
entrecruce categorial global.