

**HISTORIAS DE SUFRIMIENTO EN FAMILIAS DE PSICÓLOGOS: EL DOBLE ROL
EN LA PSICOTERAPIA**

Autor:

Gabriela Cortés Zapata

Directora

Rosa Elena Duque García

Asesores:

Mónica Ivonne Polo R.

María Cristina Riveros R.

Elkin C. Higuera D.

Universidad Santo Tomás

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología Clínica y de Familia

Bogotá D.C., abril de 2017

Tabla de contenido

Lista de tablas	6
Lista de figuras.....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Presentación	10
Introducción	14
Fenómeno de investigación-intervención.....	14
Problema de investigación-intervención	14
Relevancia del problema para el campo clínico	14
Pregunta investigativa-interventiva.....	15
Objetivo general de investigación-intervención.....	15
Objetivos específicos de investigación-intervención	15
Hipótesis de investigación-intervención	16
Campo de investigación-intervención.....	16
Estados del arte documental y testimonial.....	21
Estado del arte documental	22
Del fenómeno psicopatológico al sufrimiento.....	26
Comprensiones alrededor del sufrimiento	37
Intervención psicoterapéutica	54
Procesos de cambio a partir de la relación terapéutica.	64
Sobre el fenómeno de sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud	65
Construcciones sobre el rol del psicólogo	67
Una aproximación al psicólogo desde la autorreferencia	74
Estado del arte testimonial	80
Método.....	81
Participantes.....	81
Organización y transcripción de las conversaciones	84
Análisis de los relatos	84
Resultados.....	85

Dominio del orden explicativo.....	85
Dominio de orden ideológico y simbólico.....	89
Dominio de orden técnico/interventivo	93
Discusión entre los estados del arte documental y testimonial	96
Sistema teórico.....	107
Fundamentación paradigmática y epistemológica	107
A propósito de una comprensión sistémica	108
Hacia el pensamiento complejo.....	110
Entre la cibernética, la hermenéutica y el constructivismo	114
Una mirada desde el construccionismo social.....	118
Fundamentación conceptual.....	124
De la patologización conductual a la experiencia de sufrimiento	124
Sobre el contexto terapéutico y el proceso de cambio.....	138
Comprensión del escenario interventivo.....	138
Construcción narrativa de los problemas humanos, motivos de consulta y demanda de ayuda.....	140
Comprensiones sobre el rol del profesional en psicología	148
Método	157
Enfoque general de la investigación-intervención	157
Principios operadores en los escenarios de investigación-intervención.....	158
Experiencia reflexiva.....	158
Conexionismo y coordinación de significados.....	158
Procesos conversacionales.....	159
Co-aprendizaje y creatividad.....	159
Contextualidad.....	160
Narrativa conversacional como método	160
Análisis narrativo y conversacional.....	162
Conceptos metodológicos del Macroproyecto	163
Conceptos metodológicos de la investigación-intervención	166
Experiencia de sufrimiento.....	166
Comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología.....	168

Construcción narrativa de la demanda de ayuda	169
Contexto y participantes.....	170
Modelización.....	175
Diseño de escenarios narrativo-conversacionales.....	182
Escenarios.....	184
Escenario narrativo-conversacional - Encuentro con estudiante de psicología.	185
Escenario narrativo-conversacional - Encuentro con familia que integra un miembro psicólogo	186
Neodiseños.....	188
Escenario narrativo-conversacional – Segundo encuentro	189
Escenario narrativo-conversacional – Tercer encuentro.....	192
Escenario narrativo-conversacional – Cuarto encuentro	194
Escenario narrativo-conversacional – Quinto encuentro	197
Escenario narrativo-conversacional – Sexto encuentro	199
Escenario narrativo-conversacional – Séptimo encuentro.....	202
Proceso de producción de resultados	205
Resultados.....	207
Heterorreferencia.....	208
Experiencia de sufrimiento.....	208
Historias.	209
Memorias.	224
Relatos alternos.....	228
Comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología	234
Historias.	234
Memorias.	245
Relatos alternos.....	248
Construcción narrativa de la demanda de ayuda	250
Historias.....	251

Memorias	255
Relatos alternos.....	258
Ejercicio autorreferencial: Intervención y reflexión del equipo investigador-interventor	261
Historias.....	262
Memorias.....	270
Relatos alternos.....	276
Discusión.....	284
Historias de sufrimiento: La paradoja del doble rol.....	284
Memorias que humanizan la experiencia: La deconstrucción del rol	299
Relatos alternos: La re-inención del self.....	303
Autorreferencia: La experiencia del doble rol como espejo de sufrimiento	309
Historias de sufrimiento: La reivindicación del doble rol como estrategia de defensa.	310
Memorias: La incertidumbre como brújula de conocimiento.	310
Relatos alternos: Del reflejo al re-conocimiento	312
Hacia un modelo comprensivo-explicativo del doble rol del psicólogo en la psicoterapia	316
La doble invisibilización del self.....	317
El isomorfismo del no reconocimiento.....	318
El resurgimiento del self posibilitador.....	318
Conclusiones.....	321
Aportes al fenómeno de investigación-intervención.....	321
Contribuciones a la psicología clínica, al Macroproyecto Institucional y a la Maestría.....	326
Implicaciones para el contexto y los participantes.....	329
Sobre el proceso autorreferencial en la investigación-intervención.....	330
Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones.....	334
Post-scriptum	337
Referencias.....	343

Lista de tablas

Tabla 1 <i>Matriz, fenómeno, problema, pregunta, objetivos, hipótesis investigativas-interventivas</i>	19
Tabla 2 <i>Organización de los ejes del estado del arte documental en relación con los objetivos específicos de investigación-intervención</i>	25
Tabla 3 <i>Estado del arte testimonial - Escenarios narrativo-conversacionales</i>	83
Tabla 4 <i>Estado del arte testimonial - Matrices de análisis de escenarios narrativo-conversacionales</i>	84
Tabla 5 <i>Caracterización de participantes – Primer escenario narrativo-conversacional</i>	171
Tabla 6 <i>Caracterización de participantes – Segundo escenario narrativo-conversacional</i>	172
Tabla 7 <i>Caracterización de participantes – Proceso psicoterapéutico (Tercer, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo escenario)</i>	173
Tabla 8 <i>Proceso de modelización de la investigación-intervención</i>	178
Tabla 9 <i>Escenario narrativo-conversacional - Encuentro con estudiante de psicología</i>	185
Tabla 10 <i>Escenario narrativo-conversacional - Encuentro con una familia que integra un miembro psicólogo</i>	187
Tabla 11 <i>Escenario narrativo-conversacional – Segundo encuentro</i>	190
Tabla 12 <i>Escenario narrativo-conversacional – Tercer encuentro</i>	193
Tabla 13 <i>Escenario narrativo-conversacional – Cuarto encuentro</i>	196
Tabla 14 <i>Escenario narrativo-conversacional – Quinto encuentro</i>	198
Tabla 15 <i>Escenario narrativo-conversacional – Sexto encuentro</i>	201
Tabla 16 <i>Escenario narrativo-conversacional – Séptimo encuentro</i>	204

Lista de figuras

<i>Figura 1</i> Campo de investigación-intervención. Comprensión de la experiencia de sufrimiento desde el paradigma sistémico-complejo.	17
<i>Figura 2</i> Estado del arte documental	24
<i>Figura 3</i> Estado del arte testimonial - Escenarios narrativo-conversacionales	82
<i>Figura 4</i> Codificación de las intervenciones del estado del arte testimonial	84
<i>Figura 5</i> Sistema teórico.....	107
<i>Figura 6</i> Sistema metodológico.....	157
<i>Figura 7</i> Familiograma de los participantes del proceso psicoterapéutico.....	174
<i>Figura 8</i> Proceso de modelización de la investigación-intervención	177
<i>Figura 9</i> Diseño de escenarios narrativos-conversacionales	185
<i>Figura 10</i> Escenarios conversacionales-reflexivos – Neodiseños.....	189
<i>Figura 11</i> Matriz de análisis de contenido categorial.....	206
<i>Figura 12</i> Resultados - Heterorreferencia	261
<i>Figura 13</i> Resultados – Autorreferencia.....	283
<i>Figura 14</i> Modelo explicativo-interventivo del doble rol	317

Resumen

La presente investigación-intervención se adscribe a la línea de investigación institucional “Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos”, la cual hace parte del programa de Maestría en Psicología Clínica y de Familia de la Universidad Santo Tomás. El objetivo general es comprender cómo se organiza la experiencia de sufrimiento a partir de la construcción de historias narradas, en las conversaciones psicoterapéuticas con familias donde hay un miembro psicólogo, a fin de favorecer la emergencia de ecologías narrativas para la transformación familiar asociada a la deconstrucción de la demanda de ayuda. Se desarrolló una investigación social de segundo orden, con diseño contextual-reflexivo, desde una mirada sistémico-constructivista-construccionista-compleja. Se realizaron ocho escenarios conversacionales-reflexivos en la IPS de la Universidad Santo Tomás, con la participación de una estudiante de psicología (hija), su terapeuta tratante y dos psicoterapeutas metaobservadores. En el segundo escenario una familia con una integrante psicóloga (hija), y un psicoterapeuta metaobservador. Los escenarios restantes fueron desarrollados en el marco de un proceso psicoterapéutico, con una familia que involucra en su estructura una profesional en psicología (madre y pareja), su terapeuta tratante, la docente asesora de investigación-intervención e investigadora-interventora quien acompañó los diferentes espacios. Se realizó un análisis narrativo conversacional que favoreció la comprensión del fenómeno planteado a través de las categorías metodológicas: *Experiencia de sufrimiento, comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología, y construcción narrativa de la demanda de ayuda*. Los resultados de la investigación-intervención proponen el doble rol del psicólogo en el sistema familiar y terapéutico como elemento novedoso, precisando que el reposicionamiento del profesional en psicología (psicólogo consultante/psicoterapeuta) –quien pasa del rol de experticia al rol estructural en la familia/rol humano- emergente en el proceso conversacional, favorece la reconfiguración de la experiencia de sufrimiento en el sistema consultante. La autorreferencia posibilita la reconfiguración del relato identitario del psicoterapeuta, lo que a su vez permite la reconfiguración del rol estructural del psicólogo consultante en la familia mediante la reconstrucción narrativa del self y con ello, la movilización de los miembros que la integran en términos de corresponsabilidad, frente a la demanda de ayuda. En consecuencia, se consolidan relatos alternos que promueven la actualización de la experiencia vivida a la experiencia narrada, propiciando el cambio en el contexto interventivo.

Palabras Clave: Rol, psicólogo, familia, experiencia, consulta, psicoterapeuta, psicoterapia.

Abstract

This current research-intervention is assigned to the institutional research line called: “Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos”, as part of the Master’s degree program in “Psicología Clínica y de la Familia” of the Santo Tomás University.

The main objective is to understand how to organise the suffering experience, sing the construction of narrated stories, in psychotherapeutic conversations with families in which there is a psychologist, in order to give priority to the emergency of ecology narratives for the familiar transformation associated with the deconstruction of the demand request.

A second order social research was developed, with a contextual-reflective design, from a systemic-constructivist-constructionalist-complex view.

Eight different conversational-reflexive scenarios were carried out at Santo Tomas University’s IPS with a psychology student (daughter) participation, her treating therapist, and two psychotherapists meta analysts, followed by a family with a psychologist as member of it (daughter), and one psychotherapist meta analyst. The remaining scenarios were developed within the framework of a psychotherapeutic process, with a family of a psychologists (mother and couple), her treating therapist, the research-intervention advisor teacher, and researcher-auditor that accompanied the different moments. A conversational narrative analysis was developed, that benefited the comprehension of the phenomenon set out by means of the methodological categories: *Suffering experience, Familiar role, professional in psychology comprehensions, and narrative construction of the help demand*. The results are proposing the double role of the psychologist in the familiar and therapeutic system, like a novel element, specifying that the psychology professional repositioning (psychologist consultant/psychotherapeutic), who pass from the expertise role, to the human-emerging one in the conversational process benefiting the reconfiguration of the experience of suffering in the consulting system. Self-reference allows the reconfiguration of the psychotherapist's identity narrative, allowing the reconfiguration of the structural role of the consulting psychologist in the family through the narrative reconstruction of the self, and mobilizing its members -from shared-responsibility to the demand for help. Subsequently, alternate stories are consolidated that promote the updating of the lived experience to the narrated experience, propitiating the change in the intervention context.

Key words: Role, psychologist, family, experience, consultation, psychotherapist, psychotherapy.

Presentación

La investigación/intervención titulada *Historias de sufrimiento en familias de psicólogos: el doble rol en la psicoterapia*, se realiza para la Maestría en Psicología Clínica y de Familia de la Universidad Santo Tomás, y se inscribe en el macroproyecto de investigación *Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos*.

El problema que la investigación-intervención plantea, gira en torno a la emergencia de los procesos de cambio en la experiencia de sufrimiento de familias que integran un miembro psicólogo, a la luz de las formas de relación configuradas al interior de éstas, en tanto el miembro profesional en psicología se posiciona desde dicho rol en el sistema consultante.

El contexto en el cual se desarrolla el ejercicio investigativo-interventivo es la Institución Prestadora de Servicios de Atención Psicológica (IPS) de la Universidad Santo Tomás, espacio de profesionalización y formación de estudiantes de pregrado y posgrado en investigación, asesoría, orientación e intervención psicoterapéutica.

La investigación-intervención propuesta busca ofrecer al campo de la psicología clínica una comprensión del sufrimiento en familias que integran un miembro psicólogo, a través de la aproximación, observación y conocimiento de las historias narradas que organizan su experiencia. A partir de allí, se pretende orientar la acción interventiva hacia el proceso de cambio, desde el ejercicio de desconstrucción narrativa en el contexto terapéutico. Se comprende la experiencia de sufrimiento desde una mirada que integra la participación de diferentes disciplinas, y convoca las voces de los actores sociales a partir de un abordaje narrativo que, a su vez, posibilita el estudio de las dinámicas relacionales familiares y con ello, la realimentación de la experiencia mediante su resignificación. La lectura sistémico-construccionista-constructivista compleja juega un papel fundamental en el estudio del fenómeno de investigación-intervención,

en tanto permite comprender recursiva y reflexivamente los procesos narrativo-conversacionales, contextuales y relacionales que constituyen la experiencia de sufrimiento y facilitan su transformación mediante la intervención terapéutica como efecto de la acción investigativa, la cual es enmarcada por los principios paradigmáticos y operadores del macroproyecto de investigación: la experiencia reflexiva, el conexionismo y la coordinación de significados, los procesos conversacionales, el co-aprendizaje y la creatividad, y la contextualidad.

El presente documento consta de cinco capítulos expuestos a continuación. En el primer capítulo, *Estado del arte* (compuesto por un apartado documental y otro testimonial), se precisa inicialmente el desarrollo conceptual, epistemológico, paradigmático e investigativo del fenómeno de investigación-intervención a partir de tres ejes fundamentales: *Del fenómeno psicopatológico al sufrimiento, intervención psicoterapéutica, y sobre el fenómeno de sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud*. Posteriormente se realizan comprensiones en torno al fenómeno de investigación-intervención, a partir de los dominios de indagación de orden explicativo (paradigmas y epistemologías), técnico-interventivo, e ideológico-simbólico a través del desarrollo del estado del arte testimonial, el cual convoca la participación de cuatro psicoterapeutas con experiencia en atención psicológica de psicólogos y familias que integran un miembro psicólogo, en el marco de cuatro escenarios narrativo-conversacionales.

En el segundo capítulo, *Sistema teórico*, se destaca la discusión teórica a partir de la fundamentación paradigmática y conceptual, mediante la cual se profundiza sobre el construccionismo y se abordan los siguientes ejes conceptuales: *De la patologización conductual a la experiencia de sufrimiento, sobre el contexto terapéutico y el proceso de cambio* (a su vez compuesto por los subtemas: *comprensión del escenario interventivo, construcción narrativa de*

los problemas humanos, motivos de consulta y demanda de ayuda, y conversaciones psicoterapéuticas como herramienta de transformación) y comprensiones sobre el rol del profesional en psicología. Así mismo, se especifican los recursos que ofrece el enfoque para abordar el problema y redefinir el fenómeno.

En el tercer capítulo, *Método*, se exponen los principios operadores de los escenarios de investigación-intervención y las dimensiones contextuales de la construcción narrativa del fenómeno, a partir del sistema conceptual categorial del macroproyecto de Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos. En seguida, se integran los conceptos metodológicos *Experiencia de sufrimiento, comprensiones del rol familiar y profesional en psicología y, construcción narrativa de la demanda de ayuda* establecidos por la presente investigación-intervención. Igualmente, se da cuenta de la modelización, el diseño de los escenarios narrativo-conversacionales y las herramientas metodológicas utilizadas.

En el cuarto capítulo, *Resultados*, se explicitan los hallazgos específicos del proceso investigativo-interventivo, a través de la descripción de ocho escenarios narrativo-conversacionales desarrollados a la luz de los siguientes conceptos metodológicos: *Experiencia de sufrimiento, comprensiones del rol familiar y profesional en psicología y, construcción narrativa de la demanda de ayuda* –emergente a partir de los dos diseños iniciales-. Se presentan las contradicciones, confrontaciones o reelaboraciones del sistema conceptual y del horizonte de estrategias, en ajuste a la dinámica de la experiencia investigativa-interventiva. Se realiza un proceso de evaluación de las hipótesis configuradas y la ubicación de los resultados de la investigación-intervención en el estado del arte.

En el quinto capítulo, *Discusión*, se plantea el aporte de la investigación-intervención al fenómeno clínico indagado, en relación a los postulados teóricos expuestos en los estados del arte y sistema teórico.

Por último, en el capítulo *Conclusiones*, se presenta una síntesis de cada uno de los apartados previos, precisando los aportes de la investigación-intervención respecto al fenómeno, el contexto de investigación, las contribuciones a la psicología clínica, macroproyecto de Investigación y la Maestría, las implicaciones para el contexto y los participantes, consideraciones sobre el proceso autorreferencial, y las limitaciones y aspectos a tener en cuenta para futuras investigaciones.

El documento está acompañado de grabaciones, transcripciones y matrices - correspondientes a los escenarios narrativo-conversacionales desarrollados a lo largo de la investigación-intervención-, anexos al texto como Apéndices digitales.

Introducción

Previo al desarrollo de los capítulos que componen el presente trabajo, se introducen los elementos transversales de la investigación-intervención a fin de favorecer su comprensión. A continuación se presenta el fenómeno, problema -sobre el cual se fundamenta su construcción-, pertinencia del estudio para el campo clínico, pregunta, objetivos, hipótesis y campo de investigación-intervención.

Fenómeno de investigación-intervención

El fenómeno de estudio plantea la construcción narrativa de la experiencia de sufrimiento en familias con un miembro psicólogo, que acuden a un proceso psicoterapéutico.

Problema de investigación-intervención

El problema de la presente investigación-intervención plantea en un primer momento, que las familias de psicólogos narran la experiencia de sufrimiento, en el contexto psicoterapéutico, a través de relatos que privilegian epistemes psicológicas, lo cual dificulta la construcción de relatos alternos orientados al bienestar, que posibiliten la resignificación de la experiencia de sufrimiento y la emergencia de procesos de cambio, mediante conversaciones psicoterapéuticas. Sin embargo, posterior al desarrollo de los primeros escenarios narrativo-conversacionales, emerge la necesidad de comprender las formas de organización de las relaciones al interior del sistema familiar, en tanto se sugiere que el posicionamiento del psicólogo, a partir de la asunción del doble rol profesional/familiar, favorece la construcción de dinámicas relacionales soportadas por narrativas dominantes que organizan rígidamente la experiencia de sufrimiento e imposibilitan la actualización de la misma.

Relevancia del problema para el campo clínico. A través de la presente investigación-intervención se ofrece al campo de la psicología clínica, una aproximación al sufrimiento en

familias con un miembro psicólogo en contextos terapéuticos, mediante la comprensión narrativa de los relatos dominantes legitimados en dicha población, que dificultan la actualización de la experiencia y por tanto, la construcción de alternativas de bienestar. A partir del conocimiento de las historias que organizan la experiencia de sufrimiento, se pretende favorecer su resignificación mediante la deconstrucción narrativa de relatos dominantes que posicionan al psicólogo consultante en el rol de experto al interior de su familia, configurando en consecuencia, dinámicas relacionales .que promueven la emergencia de malestar en la interacción.

Pregunta investigativa-interventiva

¿Cómo se organiza la experiencia de sufrimiento, se construyen y deconstruyen las historias narradas por familias con un miembro psicólogo, en las conversaciones psicoterapéuticas?

Objetivo general de investigación-intervención

Comprender cómo se organiza la experiencia de sufrimiento a partir de la construcción de historias narradas, en las conversaciones psicoterapéuticas con familias donde hay un miembro psicólogo, con el fin de favorecer la emergencia de ecologías narrativas para la transformación familiar asociada a la deconstrucción de la demanda de ayuda.

Objetivos específicos de investigación-intervención

Comprender cómo las narrativas organizan la experiencia de sufrimiento en las familias donde hay un miembro psicólogo, a fin de entender el sentido del motivo de consulta.

Conocer las historias narradas que organizan la experiencia de sufrimiento en las conversaciones psicoterapéuticas con familias de psicólogos, con el propósito de comprender cómo se configura el problema y la demanda de ayuda.

Propiciar la deconstrucción de los relatos asociados al sufrimiento con las familias participantes, para favorecer la co-construcción del cambio en la ecología narrativa de estos sistemas.

Hipótesis de investigación-intervención

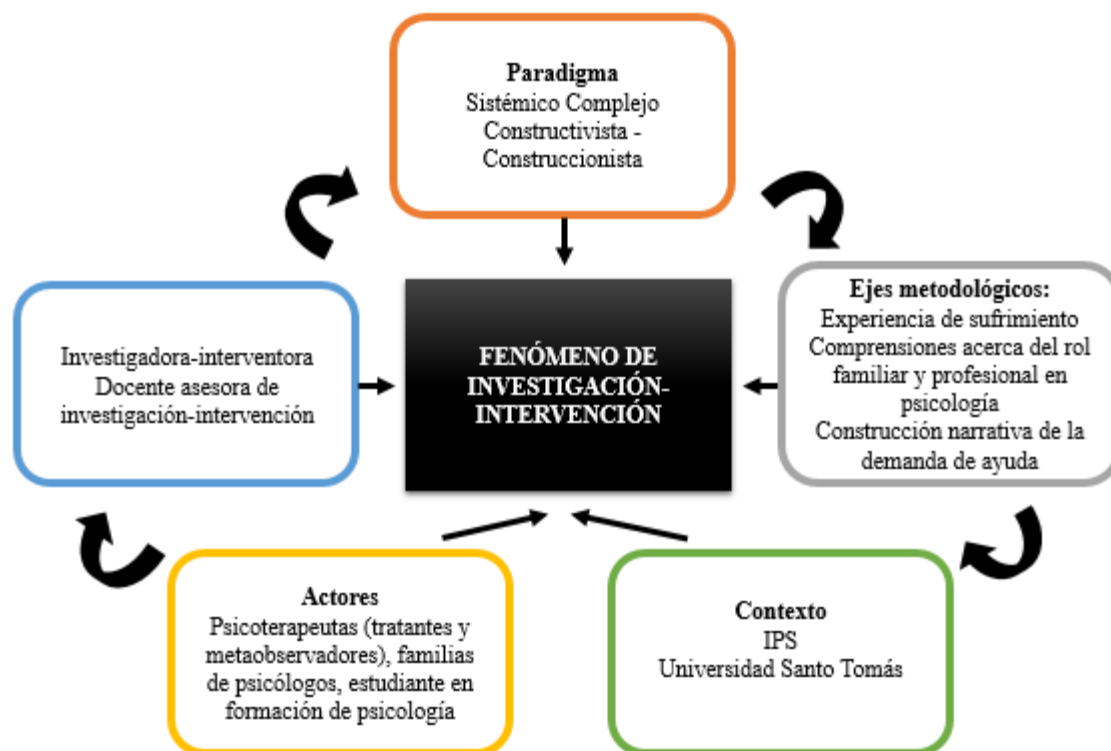
La experiencia de sufrimiento -en familias que integran un miembro psicólogo- se organiza narrativamente a partir de epistemes psicológicas que privilegian relatos de déficit y vulnerabilidad a nivel semántico, lo que promueve pragmáticamente el posicionamiento del psicólogo como profesional al interior de la familia. En consecuencia, se configura una dinámica relacional familiar que dificulta la resignificación narrativa del sufrimiento, imposibilitando la emergencia de relatos alternos que propicien el proceso de cambio en términos de bienestar, en el contexto terapéutico.

Desde este punto de vista, intervenir sobre la construcción narrativa de la experiencia de sufrimiento mediante la deconstrucción de las historias basadas en epistemes psicológicas, puede favorecer la apertura semántica de los relatos familiares y la complejidad pragmática de la manera en que se organizan los roles al interior de la familia, incluyendo al profesional en psicología como parte de la misma, más allá de su ejercicio disciplinar

Campo de investigación-intervención

Estupiñán, González y Serna (2006) hacen referencia al campo de investigación-intervención como “un espacio complejo de conocimiento y transformación de los fenómenos humanos” (p.18), el cual surge a partir de la dinámica interaccional entre paradigmas, teorías, contextos sociales, institucionales y actores sociales quienes participan al interior de los mismos. En este orden de ideas, la interrelación entre el paradigma sistémico constructivista-construccionista, los referentes metodológicos: *Experiencia de sufrimiento, comprensiones del*

rol familiar y profesional en psicología, y construcción narrativa de la demanda de ayuda que integran los ejes de indagación, la Institución Prestadora de Servicios de Atención Psicológica (IPS) de la Universidad Santo Tomás, y la participación de psicoterapeutas, familias que integran un miembro psicólogo, así como de la investigadora-interventora, constituyen el campo de la presente investigación-investigación en el cual emerge la transformación de la experiencia de sufrimiento, mediante el desarrollo de los escenarios narrativo-conversacionales realizados (ver figura 1).



Nota: Para la elaboración del campo de investigación-intervención se toma el esquema presentado por Estupiñán et al (2006, p.20).

Figura 1 Campo de investigación-intervención. Comprensión de la experiencia de sufrimiento desde el paradigma sistémico-complejo.

A continuación, se ilustra a través de la Tabla 1 el fenómeno de investigación-intervención, problema, pregunta, objetivos, hipótesis y los ejes para el sistema teórico.

Tabla 1

Matriz fenómeno, problema, pregunta, objetivos, hipótesis investigativas-interventivas

Fenómeno	Problema	Pregunta	Objetivo general	Hipótesis	Objetivos específicos	Ejes para el estado del arte y el sistema teórico
Construcción narrativa de la experiencia de sufrimiento en familias con un miembro psicólogo , que acuden a un proceso psicoterapéutico	El sistema narrador privilegia historias asociadas a epistemes psicológicas que organizan rígidamente la experiencia de sufrimiento e imposibilitan la actualización de la misma -en tanto buscan categorizar y explicar el malestar subjetivo, enmascarado a través de la narrativa profesional-, dificultando la emergencia de novedades adaptativas mediante relatos alternos que favorezcan el proceso de cambio en el contexto terapéutico .	¿Cómo se organiza la experiencia de sufrimiento , se construyen y deconstruyen las historias narradas por familias con un miembro psicólogo , en las conversaciones psicoterapéuticas ?	Comprender cómo se organiza la experiencia de sufrimiento a partir de la construcción de historias narradas, en las conversaciones psicoterapéuticas con familias donde hay un miembro psicólogo , con el fin de favorecer la emergencia de ecologías narrativas para la transformación familiar asociada a la deconstrucción de la demanda de ayuda .	La experiencia de sufrimiento -en familias que integran un miembro psicólogo- se organiza narrativamente a partir de epistemes psicológicas que privilegian relatos de déficit y vulnerabilidad a nivel semántico, lo que promueve pragmáticamente el posicionamiento del psicólogo como profesional al interior de la familia. En consecuencia, se configura una dinámica relacional familiar que dificulta la resignificación narrativa del sufrimiento , imposibilitando la emergencia de relatos alternos que propicien el proceso de cambio en términos de	Comprender cómo las narrativas organizan la experiencia de sufrimiento en las familias donde hay un miembro psicólogo , a fin de entender el sentido del motivo de consulta . Conocer las historias narradas que organizan la experiencia de sufrimiento en las conversaciones psicoterapéuticas con familias de psicólogos , con el propósito de comprender cómo se configura el problema y la demanda de ayuda. Propiciar la deconstrucción de los relatos asociados al sufrimiento con las familias participantes , para favorecer la co-construcción del cambio en la ecología narrativa de estos sistemas.	Del fenómeno psicopatológico al sufrimiento De la patologización conductual a la experiencia de sufrimiento Intervención psicoterapéutica Sobre el contexto terapéutico y el proceso de cambio Sobre el fenómeno de sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud. Comprensiones

bienestar, en el contexto terapéutico. Desde este punto de vista, **intervenir sobre la construcción narrativa de la experiencia de sufrimiento** mediante la **deconstrucción de las historias basadas en epistemes psicológicas**, puede favorecer la apertura semántica de los relatos familiares y la complejidad pragmática de la manera en que se **organizan los roles al interior de la familia, incluyendo al profesional en psicología** como parte de la misma, más allá de su ejercicio disciplinar

sobre el rol del profesional en psicología

Estados del arte documental y testimonial

En el presente capítulo se realiza una aproximación investigativa de carácter documental y contextual alrededor del campo de estudio mediante la elaboración de los estados del arte.

El estado del arte documental pretende retomar el desarrollo conceptual, epistemológico y paradigmático del fenómeno de investigación-intervención, a través de un proceso de indagación que contempla la revisión de estudios acerca del constructo psicopatológico, la comprensión del sufrimiento humano, y las construcciones acerca del rol del psicólogo, tomando en consideración autores, actores, e investigaciones que enfatizan su atención en los tópicos señalados.

El estado del arte testimonial integra y articula los discursos y relatos de los actores sociales más relevantes del campo narrativo, desde los cuales se explora la forma de comprender, explicar y abordar el problema y el fenómeno clínico propuesto. Se realizan escenarios conversacionales que favorecen la identificación y el reconocimiento de sistemas de creencias, ideologías y epistemologías de los participantes, así como prácticas sociales y modos de relación que organizan el contexto de investigación-intervención. En el presente trabajo se privilegian las voces de cuatro psicoterapeutas, quienes en su ejercicio profesional han ofrecido atención psicológica a psicólogos y/o familias que integran un miembro profesional en psicología.

Los estados del arte tienen como fin visibilizar posibilidades de innovación y cambio en el desarrollo del ejercicio investigativo-interventivo, a partir del estudio de las implicaciones del fenómeno y las consecuencias evidenciadas.

A fin de observar los hallazgos emergentes en el estado del arte testimonial Estupiñán y González (2008) proponen tres dominios de indagación: de orden teórico, investigativo y técnico terapéutico. En el primero se consideran conceptos y constructos teóricos para explicar el fenómeno, y en el segundo se exploran procesos investigados, diseños, resultados y conclusiones generadas entorno al problema de investigación-intervención. En éste orden, desde la perspectiva contextual se observan las técnicas inherentes a las prácticas desarrolladas por los sistemas sociales, y en el tercer dominio se exponen modelos de intervención propuestos por las investigaciones, considerando los mitos y los sistemas de ideas que explican el fenómeno de estudio y sus modificaciones.

Estado del arte documental

El estado del arte documental fue elaborado en principio con el objetivo de comprender el fenómeno psicopatológico, en tanto éste se estableció como el motivo que lleva a la familia -que integra un miembro psicólogo- a consultar los servicios de atención psicológica, e iniciar un proceso psicoterapéutico. Sin embargo, a lo largo de la revisión de la literatura científica se observó la transformación del fenómeno en mención por la *experiencia de sufrimiento*, razón por la cual se decidió focalizar el ejercicio investigativo sobre la categoría emergente y, en consecuencia, profundizar sobre su comprensión a la luz de diversos paradigmas y marcos epistemológicos.

El presente apartado da cuenta de la transición conceptual descrita, y posteriormente refiere los hallazgos investigativos en torno a la *intervención psicoterapéutica*, buscando explorar alternativas de bienestar desde el contexto interventivo, siendo simultáneamente aquel el escenario sobre el cual se pretende comprender y transformar el fenómeno de investigación-intervención, a partir de la narrativa conversacional. A renglón seguido se

precisan *los procesos de cambio a partir de la relación terapéutica* como subtema emergente.

Sumado a ello, se realizó una búsqueda que pretendió evidenciar los hallazgos investigativos alrededor de los profesionales en psicología y/o de la salud, con relación a la experiencia de sufrimiento desde diferentes enfoques (*Sobre el fenómeno de sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud*), especificando en último lugar *las construcciones sobre el rol del psicólogo y una aproximación al psicólogo desde la autorreferencia*, a fin de profundizar sobre la población específica.

Se realizó una revisión documental basada en artículos de investigación, revisión y trabajos de grado de la Universidad Santo Tomás y la Pontificia Universidad Javeriana – puesto que dichas instituciones contemplan dentro de su programa de formación académica la psicología clínica sistémica-, centrada en tres ejes principales: *Del fenómeno psicopatológico al sufrimiento, intervención psicoterapéutica y, sobre el fenómeno de sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud*, los cuales se aprecian en la figura 2 con sus principales exponentes teóricos.

Estado del arte documental



Figura 2 Estado del arte documental

A continuación, en la Tabla 2, se presentan los ejes del estado del arte documental y las subdivisiones correspondientes, en relación con los objetivos específicos de la investigación-intervención, a fin de evidenciar la coherencia entre los propósitos investigativos-interventivos y las exploraciones conceptuales desarrolladas posteriormente.

Tabla 2

Organización de los ejes del estado del arte documental en relación con los objetivos específicos de investigación-intervención

Objetivos específicos de investigación-intervención	Ejes del estado del arte documental	División temática por ejes
Comprender cómo las narrativas organizan la experiencia de sufrimiento en las familias donde hay un miembro psicólogo, a fin de entender el sentido del motivo de consulta.	Del fenómeno psicopatológico al sufrimiento	Comprensiones alrededor del sufrimiento
Conocer las historias narradas que organizan la experiencia de sufrimiento en las conversaciones psicoterapéuticas con familias de psicólogos, con el propósito de comprender cómo se configura el problema y la demanda de ayuda.	Intervención psicoterapéutica	Procesos de cambio a partir de la relación terapéutica.
Propiciar la deconstrucción de los relatos asociados al sufrimiento con las familias participantes, para favorecer la co-construcción del cambio en la ecología narrativa de estos sistemas.	Sobre el fenómeno de sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud.	Construcciones sobre el rol del psicólogo Una aproximación al psicólogo desde la autorreferencia

A partir de los hallazgos evidenciados en la revisión documental realizada, el primer eje titulado *del fenómeno psicopatológico al sufrimiento* pretende dar cuenta de la redefinición del fenómeno psicopatológico y la emergencia del sufrimiento como categoría conceptual. Del apartado previo se despliega el subtema denominado *comprensiones alrededor del sufrimiento*, que busca generar una aproximación a la construcción del sufrimiento, mediante la revisión del ejercicio investigativo desarrollado por diferentes disciplinas en múltiples contextos, propiciando un diálogo transdisciplinar que permite vislumbrar la transformación conceptual del mismo.

Posteriormente, se expone el segundo eje correspondiente a la *intervención psicoterapéutica*, que muestra los resultados de diversos estudios a través de los cuales se implementa la psicoterapia como herramienta de intervención y transformación del malestar manifiesto en individuos, familias y sistemas amplios; profundizando sobre diferentes niveles de abordaje que dan cuenta de la comprensión del fenómeno de investigación-intervención. A lo largo de la revisión documental se resalta la relación terapéutica como un componente significativo en la resignificación de la experiencia, por lo tanto se hace referencia a ésta, a través de la construcción del subtema *procesos de cambio a partir de la relación terapéutica*.

El tercer eje, *sobre el sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud*, tiene el propósito de explorar el desarrollo investigativo alrededor de las personas que se desempeñan profesionalmente en el ámbito de la salud, enfocando la mirada sobre la población de psicólogos, con el objetivo de involucrar los hallazgos revelados por estudios previos y guiar en consecuencia, el proceso investigativo. De este eje se desglosa el subtema *construcciones sobre el rol del psicólogo*, que busca abarcar las construcciones que configuran el rol del psicólogo y direccionan su posicionamiento dentro de sus sistemas de relación, como un primer acercamiento al estudio de las dinámicas interaccionales presentes al interior de la familia. En segundo lugar, se referencia el subtema *una aproximación al psicólogo desde la autorreferencia* en el que se pretende abordar al profesional en psicología a partir de una observación sobre sí mismo.

Del fenómeno psicopatológico al sufrimiento. A lo largo de la revisión documental se ilustrarán construcciones alrededor del fenómeno psicopatológico, en tanto constituyó el punto de partida del ejercicio investigativo. No obstante, a partir de los

hallazgos evidenciados en los diferentes estudios, se observa la transformación del fenómeno en mención, incorporando la *experiencia del sufrimiento* como categoría emergente, referente conceptual por el cual se sustituye la búsqueda inicial y posteriormente, se profundiza sobre su desarrollo investigativo.

En coherencia con lo anterior se inicia la revisión documental partiendo de la definición de psicopatología expuesta por Pereira (2013), desde la cual se hace referencia al campo que estudia los trastornos psíquicos, que precede a la psiquiatría (o psicología) clínica, y agrupa los síntomas en entidades que priorizan su relación etiopatogénica. En este sentido, se comprende el fenómeno psicopatológico a la luz del componente biológico, desde una perspectiva que vincula la manifestación clínica a la experiencia de enfermedad, proponiendo un sistema de clasificación, que si bien abarca la caracterización de la misma a través de la delimitación taxonómica, difumina el marco individual al privilegiar la generalidad.

Del mismo modo ocurre en el artículo “Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA (Trastornos de Conducta Alimentaria)”, expuesto por Carretero, Raich, Sánchez, Rusiñol y Sánchez (2009), en tanto se privilegia una postura patológica que busca categorizar el fenómeno clínico. En este caso se establece la correlación entre los factores de riesgo de consistencia, el antecedente de obesidad y el inicio del TCA en la adolescencia, ampliando la observación al dominio físico y su interacción con el plano psíquico. El estudio subraya que la mayoría de grupos observados presentan una duración prolongada de la enfermedad, dificultades en la imagen corporal, y el funcionamiento psicosocial, incluyendo características de personalidad.

Complementando el contenido señalado, Guízar, Saracco y Fresán (2012), a través de su estudio acerca de la correlación entre los rasgos de personalidad y pacientes con esquizofrenia, refieren que los rasgos de personalidad intervienen en el curso de la enfermedad. Los autores explican que los síntomas, la respuesta al tratamiento y la adaptación, puede modificarse en tanto algunos perfiles de personalidad, actúan como factores de vulnerabilidad. En síntesis, expresan que los síntomas negativos son menos variables, están asociados a factores genéticos y al temperamento, agregando que por el contrario, los síntomas positivos son menos estables, y se relacionan con aspectos socioculturales y factores del carácter.

Si bien la investigación referenciada sigue el modelo médico del que se comprende la psicopatología (inicialmente desde la interacción de factores genéticos), invita a considerar aspectos individuales –como la personalidad o la construcción de identidad- que juegan un papel fundamental en la expresión clínica, motivo por el cual se encamina el ejercicio investigativo a los aspectos que caracterizan la experiencia desde el fenómeno planteado.

García y Castro (2008), desde su perspectiva, precisan que para entender la psicopatología resulta pertinente tener presente que “(...) no hay experiencia y creación humana desligada de la total orientación de la persona en el mundo y de aquel valor y/o significado que ésta pretenda reafirmar o preservar” (p. 598). Con ello se define la enfermedad como la incapacidad para reconocer los deseos y sus significados, así como para reafirmarlos en la acción por medio de la voluntad. Es decir que cuando los deseos son evadidos, el individuo no desarrolla su potencial y en este sentido, recurre a medios evasivos -para compensar el vacío- caracterizados por la necesidad de olvidarse de la existencia concreta que se debe asumir, generando la aparición de trastornos y síntomas

neuróticos, producto del enmascaramiento de la existencia a partir de la relación con otro, con quien crea la enfermedad de acuerdo con las propias necesidades.

No obstante, es a través de la construcción con este otro que se permite dar sentido a los síntomas como soporte de la enfermedad, facilitando la movilización del individuo hacia su proyecto y la reafirmación como ser-en-el-mundo. Si bien los autores reconocen la psicopatología como un constructo que parte de la enfermedad, dinamizan la comprensión y transformación de este mediante el sentido y el significado otorgado por el individuo, haciendo énfasis en el interjuego de elementos personales que favorecen una mirada introspectiva y en consecuencia, la actualización de la experiencia vivida.

Lo anterior, invita a pensar en la naturaleza del síntoma desde la interacción del individuo y su contexto, así como en la transformación del mismo a través de la recursividad presente en la relación, lo cual amplía el marco de comprensión, en tanto trasciende la esfera individual, privilegiando el ámbito relacional y la co-construcción como un tercer elemento a considerar.

En este orden de ideas, se resalta el trabajo de grado de Arenas, Jaramillo, Riaño y González (2004), quienes profundizan sobre la “Descripción y comprensión contextual de la pauta relacional, y las narrativas del juego patológico en los contextos sociales significativos del jugador”. Al respecto los autores pretenden estudiar cómo se construye dicha pauta en la familia del jugador, y el papel que cumplen los entornos involucrados en la misma. Por lo tanto, se lleva a priorizar las relaciones en contexto como marco de puntuación del malestar subjetivo en el juego patológico.

Tomando en consideración la experiencia individual -la cual privilegia los significados emergentes en la relación con el otro y los contextos que señalan el propósito

de la interacción-, se redefine el fenómeno psicopatológico, entendiendo el diagnóstico como un elemento que le permite al individuo posicionarse, comprender y ser comprendido desde el déficit y la vulnerabilidad. Por ejemplo, Celis y Serna (2004), en la investigación titulada “La pauta adicta desde la comprensión de los mundos de vida: Una mirada desde la investigación de segundo orden”, refieren que la persona diagnosticada tiene la percepción de sí mismo como un ser inadecuado y poco capaz, lo cual le lleva a aislarse de la familia, debilitando a su vez los vínculos con los miembros de la misma. Los autores concluyen que la construcción de la realidad se da a partir de “lenguajear” con el otro, creando mundos de vida y narrando la existencia.

Entendiendo la emergencia del individuo en relación, específicamente en la interacción con el sistema familiar, Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich, Halley (2013), ilustran los resultados de un estudio que tuvo como propósito realizar una revisión de los factores familiares asociados a Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Los principales temas investigados fueron: funcionamiento familiar, estrés, psicopatología, experiencia respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal. El estudio finaliza resaltando la heterogeneidad de las familias con TCA y la relación de aspectos familiares con la patología alimentaria. Se observan las actitudes y el comportamiento relacionado a la alimentación, encontrando que las familias con TCA y su sintomatología, fijan su atención en la apariencia física manifestando el estereotipo de la delgadez.

Por otra parte, se percibe estrés en las personas con TCA, debido a situaciones traumáticas como abuso sexual o fallecimientos, actividades escolares/laborales, y problemas económicos, asociados a su vez a conductas alimentarias inadecuadas. En este orden de ideas, se observa que algunas de las personas con TCA que han estado en situaciones difíciles a lo largo de su vida, evocando emociones y pensamientos negativos

sobre su entorno (del cual no tienen control), sienten que se impacta fuertemente su integridad y valía, lo cual se encuentra posiblemente asociado, desde ésta perspectiva, a sus habilidades de afrontamiento y movilización frente al malestar percibido.

Si bien el estudio reconoce la presencia de aspectos individuales en la construcción de la experiencia psicopatológica, advierte -al igual que las investigaciones presentadas anteriormente-, la interacción de factores familiares y contextuales, como aspectos que interfieren en la construcción identitaria de la persona, lo que lleva a hipotetizar interventivamente la reconfiguración del self como camino alternativo en la resignificación de la experiencia, impactando indirectamente la manifestación sintomática.

Volviendo sobre la construcción de realidades a través del lenguaje, Linares (2012) trae de regreso el concepto de psicopatología, para hacer énfasis en el lenguaje utilizado por los profesionales que le estudian, recalcando en el vocabulario la precisión, el tiempo y el espacio como un aspecto favorable. En consecuencia, surge la propuesta de desarrollar una «psicopatología relacional», la cual sustituya las descripciones fenomenológicas de los signos y síntomas que componen la psicopatología tradicional, por las disfunciones, trastornos y conflictos relacionales, particularmente asociados a la familia de origen, ubicados en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos relacionales.

Si bien se reconoce la categorización que expone el fenómeno psicopatológico como aquello que posibilita la comunicación entre los profesionales -a partir de su definición-, el autor invita a traspasar los límites del lenguaje, permitiendo la comprensión de la psicopatología desde un abordaje transdisciplinar, que en su consideración, potencializa el impacto de la acción interventiva, como se sugiere a continuación.

En coherencia con lo anterior, Pereira (2013) ofrece una alternativa psico-relacional -desde una mirada postmodernista- para señalar que se incurrió en la negación del

diagnóstico y su legitimidad, proponiendo en consecuencia, la coexistencia de la lógica relacional y la lógica eventual como fuerzas constructoras del psiquismo humano. Al respecto, Linares (2012) explora la complejidad que viene representada por la familia, pues allí convergen aspectos sociales e individuales, relacionales y genéticos, lo cual invita a pensar la psicopatológica más allá de la constitución biológica, vinculando de manera compleja dimensiones que humanizan la experiencia a partir del intercambio del individuo consigo, el otro y los escenarios que convocan la interacción.

Ligando la humanización al uso del lenguaje señalado por Pereira (2013), se refiere la pertinencia del entendimiento común sobre aquello que le ocurre a los consultantes, precisando para ello la adaptación a los conceptos relacionales con apertura y flexibilidad, más allá de lo dogmático, haciendo comprensibles los problemas de las familias que buscan ayuda para resolver sus dificultades, lo cual si bien reconoce el malestar, trasciende la construcción patológica.

Con ello se introduce la apuesta teórica de Selvini (2013) quien en su artículo “Anclaje de la investigación sistémica a las psicopatologías, los diagnósticos de personalidad y a los ajustes postraumáticos”, hace una crítica al rechazo del diagnóstico o despatologización, en tanto se ha negado la capacidad de aceptar/acoger el sufrimiento de los pacientes y sus familias, sugiriendo un desarrollo futuro de la investigación en el diagnóstico de la personalidad más allá de la psicopatología.

En este orden de ideas, Selvini (2008) considera que es importante centrarse en los procesos evolutivos que llevan a desarrollar subtipos de apego y así mismo, diferentes tipos de personalidad, a fin de hacer una profundización relacional de la psicopatología. Se sugiere que el lenguaje de las «bases relacionales de la psicopatología» se sustituyera por el

de la complejidad del entrelazamiento entre factores de riesgo y factores de protección, desde diversos polos o niveles sistémicos.

En este punto se advierte la necesidad de reconocer el sufrimiento como un término que incluye la experiencia psicopatológica y a su vez la atraviesa, al reconocer el componente biológico desde el cual el individuo se posiciona, configurando pautas de déficit que le llevan a tomar un lugar pasivo en la asunción del malestar. Se resalta la importancia de volver la mirada hacia el sufrimiento desde una perspectiva que involucre la relación entre el individuo, la familia y sus contextos principales, así como la construcción de sentido y atribución de significado a la experiencia configurada.

En la investigación “Construcción narrativa conversacional del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) con la persona diagnosticada, su familia y los contextos de atención de salud mental”, llevada a cabo por Torres y Tumiña (2011), se precisa el interés por observar la configuración del TAB a través de los procesos narrativos conversacionales de las familias, los individuos diagnosticados y el contexto de ayuda, considerando las dinámicas relacionales asociadas a éste. Se resalta el diagnóstico como un relato privilegiado en el sistema familiar, en cuanto es significado como una perturbación de las emociones y por tanto, otorga el permiso de experimentar solo algunas de ellas, posibilitando la observación de construcciones narrativas de déficit que dan sentido a los acontecimientos vividos, como se ha resaltado en algunas investigaciones ya presentadas.

En el escenario narrativo conversacional se evidencia la construcción de significados a partir del discurso heredado del sistema de ayuda, lo cual facilita la configuración de dinámicas de relación que favorecen su evocación y realimentan la pauta diagnóstica. En este sentido, se reflexiona sobre el impacto de los sistemas amplios en la interacción con el sistema familiar, precisando el mantenimiento del síntoma a través del

posicionamiento asistencialista emergente en la interacción. Así mismo, se observa en la descentralización del síntoma una alternativa de movilización, en tanto se comprende la emergencia del mismo en la relación, lo que posibilita la redefinición de la experiencia mediante la intervención relacional.

Aguilar y Arévalo (2012) en su investigación “Patrones de interacción en familias con un miembro con esquizofrenia”, refieren dos patrones de interacción comunes a todos los casos, siendo éstos: invisibilización e impasse de pareja. Se evidenció el cambio que tienen los patrones de interacción en las diferentes etapas del trastorno, así como el impacto en toda la familia, no únicamente en la triada madre, padre e hijo diagnosticado. Adicional a ello, se refiere la importancia de trabajar con toda la familia sobre la fatiga experimentada por el cuidador, pues a raíz de ésta tienden a consolidarse interacciones que cristalizan aún más el problema.

A través de la investigación presentada se observa cómo estos patrones se entretajan y con el paso del tiempo se configuran dinámicas interaccionales complejas y dañinas para las familias, evidenciando la importancia de iniciar un proceso terapéutico para evitar que el sistema familiar se organice alrededor del sufrimiento. Desde la perspectiva interventiva se recomienda indagar y tener una visión amplia sobre la historia del problema, que además de considerar los patrones patologizantes, integre los diferentes elementos que favorezcan la experiencia de bienestar del sistema.

En conexión con la comprensión de sufrimiento, Augsburger (2004), en su artículo “La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología”, hace la distinción entre sufrimiento psíquico y patología mental, acuñando al primero la posibilidad de atender a los conflictos cotidianos presentados en las interrelaciones sociales, sin generar la patologización de los mismos. Se advierte que la emergencia del sufrimiento psíquico no

lleva necesariamente a la enfermedad, en tanto puede precederla como ser divergente de ella, por otra parte, se incorpora la dimensión subjetiva del padecimiento, así como los aspectos de carácter procesual e histórico, elementos que se encuentran ausentes en la nosografía clásica.

De acuerdo con lo anterior, la autora manifiesta interés por producir información epidemiológica de carácter situado en salud mental, en tanto posibilita la búsqueda hacia una taxonomía que no centra su análisis en entidades patológicas. Augsburger (2004) subraya que al considerar nociones más amplias, se permitiría la inclusión de situaciones de la vida familiar o social, la temporalidad del problema (activo o pasivo), recuperar la condición de proceso e identificar las facetas subjetivas u objetivas de los problemas correspondientes a la ubicación de quién lo evalúa (consultante o profesionales).

Por último, la autora resalta que la forma en cómo se clasifican los eventos no solo tiene una implicación sobre la forma en cómo se representan, sino también en la manera de intervenirlos. En este sentido, Augsburger (2004) invita a revisar la pertinencia de las narrativas asociadas al sufrimiento como foco de intervención, considerando la resignificación de la experiencia vivida por el sujeto “que sufre”.

En síntesis, se parte reconociendo el fenómeno psicopatológico a partir de una dimensión biológica que prioriza la construcción etiopatogénica de los desórdenes psíquicos, encuadrando la manifestación sintomática en un marco de clasificación diagnóstica, la cual toma en consideración la expresión conductual de la experiencia. No obstante, al propiciar la correlación del cuadro clínico psicopatológico con variables ajenas a su descripción, como lo son la personalidad, los factores ambientales, aspectos socio-culturales e interacción con contextos específicos, se amplía la comprensión del fenómeno

en mención, advirtiendo su impacto sobre la presentación, inicio y duración de lo que en principio se denomina enfermedad.

Volviendo sobre la caracterización de la experiencia psicopatológica, se propone en segundo lugar, la emergencia de la patología como resultado de la incapacidad para reconocer los deseos y significados, impidiendo a su vez la reafirmación de los mismos mediante la acción, comprensión que si bien abre las puertas a una dimensión individual que resalta aspectos concernientes a una dimensión cognitiva, introduce como campo de indagación y profundización la perspectiva relacional, concibiendo de otra parte el contexto como marco y escenario de puntuación del malestar subjetivo.

Lo anterior, constituye una apuesta teórica significativa para la presente investigación-intervención, en tanto sugiere el reencuentro del individuo con la enfermedad, como posibilidad de atribuir sentido y asumir la existencia -favoreciendo la disolución del enmascaramiento de la persona a través de la reafirmación de sí- mediante la aceptación de sus deseos, y desde otro punto de vista, promueve orienta el interés investigativo hacia la configuración identitaria como un elemento a profundizar posteriormente.

Incorporando lo anterior, se redefine el fenómeno psicopatológico -partiendo de la comprensión del diagnóstico- como una construcción que promueve el posicionamiento del individuo como portador del síntoma, lo que involucra la configuración de pautas de relación asistenciales entre los sistemas familiares y sistemas de ayuda principalmente, favoreciendo la asunción de un rol pasivo frente al malestar experimentado, que desresponsabiliza y desliga a la persona de su propia existencia.

Desde éste punto de vista, se trasciende la construcción psicopatológica desde la concepción diagnóstica, puesto que reduce la experiencia a un relato que privilegia la

condición biológica del sujeto. En este sentido, ir más allá de la enfermedad, permite la vinculación de los distintos órdenes de la experiencia, involucrando miradas que integren y amplíen comprensivamente el marco relacional y social en el que ésta emerge y se organiza. Partiendo de la referencia conceptual y la sugerencia proveniente de algunos autores, en la presente investigación-intervención se elige el sufrimiento como categoría que incluye el malestar en la experiencia humana y, en consecuencia, contempla el intercambio de los dominios señalados, permitiendo a través del lenguaje, la creación de mundos de vida en la interacción con el otro.

Comprensiones alrededor del sufrimiento. A continuación se profundiza sobre la noción de sufrimiento –construcción que de acuerdo a lo anterior atraviesa la experiencia y le otorga un sentido complejo al malestar que generalmente se organiza en el relato de lo psicopatológico- a partir de una mirada biológica, psicológica, filosófica, antropológica, teológica, artística y humanista-existencial, invitando al diálogo interdisciplinar entre sus principales exponentes, y favoreciendo a su vez la complejización del fenómeno de investigación-intervención.

Bayés (2010), en su artículo “Aproximación a la historia y perspectivas de la psicología del sufrimiento y de la muerte en España”, introduce la comprensión del sufrimiento mediante un recuento histórico que facilita observar su transformación desde una perspectiva temporal. El autor inicia referenciando a Cicely Saunders, quien en el año 1967 creó en Londres el Saint Christopher’s Hospice, como un servicio hospitalario cuyo propósito era atender y aliviar el “dolor total” de los enfermos al final de la vida.

Posteriormente, el autor incorpora el término “sentido de la vida”, propuesto -en principio- desde la aproximación a los cuidados paliativos, y tratado en un segundo momento por Viktor Frankl, a partir de una postura existencialista en 1946, dando apertura

a una dimensión ideológica y espiritual del sufrimiento. Bayés (2010) adiciona que, hacia el año 1977, la psiquiatra Jimmie Holland promueve un nuevo enfoque interdisciplinar para ampliar la intervención.

Más adelante surge la necesidad de llevar a cabo un estudio científico del proceso de morir desde la psicooncología, a partir del cual se entiende la enfermedad oncológica como un proceso paradigmático generador de sufrimiento. En este punto, los equipos de cuidados paliativos subrayan la importancia de considerar los aspectos psicológicos y sociales en el proceso de morir, lo que invita a la construcción de una mirada que involucra dichos aspectos en la lectura del sufrimiento (Bayés, 2010).

En coherencia con la dimensión biológica, Bermejo, Lozano, Villacieros y Carabias (2013), en su estudio “Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar”, -al igual que en el artículo presentado anteriormente- refieren la descripción del sufrimiento desde el lenguaje del dolor, advirtiendo la presencia de una cultura medicalizada. No obstante, puntualizan que el dolor puede ser causa de sufrimiento, aunque puede existir sufrimiento sin dolor.

A partir de allí, González (1999, citado en Villacieros y Carabias, 2013) define el dolor como “la experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial” (p.36), agregando con ello la importancia de realizar una evaluación cognitiva, desde la cual se observe el afrontamiento de sujeto, las creencias acerca del dolor, rasgos de personalidad, historia personal, apoyo social y nivel educativo.

Adicionalmente, González (1999, citado en Villacieros y Carabias, 2013) advierte que el sufrimiento es “la respuesta negativa inducida por el dolor y por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos afectivos y otros estados psicológicos” (p.36), definiéndole como un estado de malestar generado por la amenaza de pérdida de integridad

o desintegración de sí. Las personas que padecen dolor señalan experimentar sufrimiento cuando su origen es desconocido, cuando piensan que no puede ser remediado, o su significado es adverso o amenazante, desde una esfera afectiva y cognitiva. Se señala la presentación de un sentimiento de impotencia respecto al afrontamiento de la amenaza percibida, así como agotamiento de los recursos personales y psicosociales disponibles para hacer frente.

Considerar la naturaleza multidimensional del sufrimiento para los autores referidos, requiere de un modelo de intervención multifactorial que conlleve medidas farmacológicas, psicoterapéuticas, rehabilitadoras y espirituales, lo cual reafirma la necesidad de una comprensión transdisciplinar para abordar el fenómeno de estudio.

Bajo esta propuesta, Cardona (2015) en su artículo “La experiencia del sufrimiento y la medicina *mentis*”, retoma el modelo científico-técnico dominante para contextualizar la concepción de sufrimiento en nuestra cultura desde los inicios de la época moderna, señalando que el hombre a lo largo de los años se ha esforzado en desterrar de su mundo la experiencia del dolor. El autor agrega que disminuir el dolor o atribuirle un sentido, es el objetivo esencial de todo el conocimiento que se ha desarrollado en occidente, haciendo referencia a la religión cristiana y la filosofía griega.

Cardona (2015), subraya que tanto la medicina como la religión y la metafísica, son estrategias discursivas que permiten aminorar los efectos de la experiencia inevitable del sufrimiento. En este orden de ideas, indica que diagnosticar, descifrar e interpretar son a su vez estrategias que tienen el propósito de ayudar al individuo a sobrevivir de la angustia propia; siendo el proyecto de la cultura ofrecer un remedio a una enfermedad que, paradójicamente, ha sido creada por el ser humano. Adicionalmente, Cardona (2015) argumenta que explicar o combatir el dolor como sensación o mera señal nerviosa bajo una

teoría causal psicológica o neurofisiológica, amenaza con desnaturalizar cualquier alternativa de enfrentarse con su verdad.

En esta línea, Cardona (2015) resalta que el arte pone de manifiesto la ambivalencia del sufrimiento, indicando que “el dolor desgarrar y escinde, pero, al mismo tiempo, se impone como una presencia todopoderosa y creativa” (p.195). Así, el autor expone que a mayor voluntad de prevención, más dolor se presenta, señalando lo anterior como la *paradoja fundamental de la experiencia moderna del sufrimiento*.

Lo anterior plantea un dilema existencial frente al sufrimiento, el cual es abordado por Pinedo (2014), desde el artículo “Apropiación del sufrimiento y búsqueda de sentido”, retomando los postulados teóricos de Viktor Frankl y Karl Jaspers a través de una perspectiva antropológica. El autor hace referencia a las situaciones límite o extremas que evocan perturbación y angustia en la vida del ser humano, confrontándole con su mundo y generando cuestionamientos existenciales que llevan al vacío del sinsentido, como experiencia de sufrimiento.

Se plantea entonces, que cada persona puede encontrar un sentido positivo que trasciende los sentimientos negativos y que hacen parte de las vivencias señaladas, siendo las situaciones límite los eventos que activan procesos de lucha y elección del destino individual, y surgiendo con ello alternativas de sentido en medio del sufrimiento, lo que es coherente con Cardona (2015), al considerar el abordaje artístico desde un foco creativo.

En principio, Pinedo (2014) advierte que las situaciones límite son percibidas como negativas al contemplar la posibilidad de pérdida existencial, estancamiento en el fracaso o parálisis vital que lleva a la incertidumbre, la angustia y la desesperación. De este modo, el sufrimiento se comprende como un tránsito o anticipo de la propia muerte, en tanto ésta constituye la toma de conciencia completa de los límites de lo humano (trascendiendo la

perspectiva materialista de la muerte como destrucción del cuerpo físico). En este sentido, los sentimientos generados no son propiamente una experiencia de la propia muerte, sino los efectos que la muerte provoca en quien la observa. Mueren entonces, todo tipo de realidades en tanto dejan ser lo que eran y pasan a ser otra cosa.

Según los autores mencionados al inicio del artículo, las situaciones límites son, por consiguiente, experiencias concretas que llevan al escepticismo frente a las posibilidades de realización humana, dando lugar a la dureza de la existencia empírica y la contundencia del dolor. Al pasar de la vida, se genera en el ser humano la consciencia de la radical finitud y la condición de estar siempre de camino, sin claridad sobre el propósito de vida y el destino de la humanidad, emergiendo con ello la antinomia existencial que señala que el camino del hombre conduce tanto a la salvación como a la ruina (Pinedo, 2014).

Es así como desde una mirada positiva se presenta la realización existencial, la cual se enfrenta al problema de la decisión subjetiva, puesto que una vez se ha hecho consciente la situación, se invita a asumir una conducta que posibilita la existencia como la vida construida con pleno sentido. Se plantea la realidad del sufrimiento desde una perspectiva subjetiva, en tanto sugiere un llamado a la existencia personal según los autores, reconociendo que para apropiarse de la misma, es preciso mirarla de frente y atender a la lucha por llegar a ser Sí-mismo en medio del dolor, surgiendo a través de los límites del sufrimiento, la afirmación de la vida.

Frankl y Jaspers a través de la voz del autor (Pinedo, 2014), finalizan señalando que “el sufrimiento de la existencia empírica y el fracaso de la existencia como libertad son el movimiento necesario hacia la eternidad” (p.46).

Desde una visión filosófica, Torralba (2007) retoma la construcción del sufrimiento a partir de la propuesta teórica de Santo Tomás de Aquino, la cual inicia acuñando el

malestar al sujeto que lo padece y no a la noción en sí misma como era referido previamente desde la mirada del observador. En este sentido, al establecer contacto con quienes sufren, se pone de manifiesto el vacío que separa el discurso sobre el dolor, y los enfermos que lo sufren en propia carne.

Partiendo de allí, Torralba (2007) -volviendo sobre los postulados de Santo Tomás de Aquino- retoma la noción de “bien”, entendiendo tal concepto como la perfección del ser, siendo a su vez el “mal” la privación de esta perfección. Así pues, si no consigue gozar de este bien se contempla el sufrimiento desde la privación del mismo. Sin embargo, se afirma que no todo mal causa dolor, sino tan sólo el que recae sobre un sujeto capaz de percibirlo como tal. En síntesis, el hombre sufre en la medida en que percibe un mal: físico (corporal) y espiritual (ánmico), el cual puede ser producido de manera natural o voluntaria.

Según Torralba (2007) desde una mirada filosófica, el hombre busca su conservación y su perfección espiritual. El sufrimiento es inherente a la vida, no sólo por causa de las privaciones naturales, sino por causa del fin, es decir que ante un fin, el sufrimiento es inevitable. El hombre tiende a la unidad, la armonía y la plenitud, en este sentido, si consigue el bien y lo percibe así llega al estado de placer, pues según Santo Tomás de Aquino, alcanzar el bien y la percepción de este logro evoca placer.

Por el contrario, si no consigue llegar al bien, se percibe como privación del mismo generando el mal, es decir, la percepción de dolor. Así, el deseo de unidad y de paz es causa del dolor, de éste modo, si no se tuviera tal anhelo, tampoco se sentiría su ausencia. En consecuencia, vivir –según el autor- comporta sufrimiento por sí mismo. Ambos elementos, la perfección del ser y la imperfección del mal, se encuentran vinculados a la existencia, aunque cada uno interactúa desde su *status* ontológico.

El autor (Torralba, 2007) presenta al hombre como un animal histórico, lo que posibilita conciencia de su pasado, presente y futuro. Sin embargo, la capacidad de avanzar mentalmente hacia adelante, favorece la construcción de un futuro que causa dolor interior. Así, se presenta la muerte como acontecimiento inevitable y universal que espera el porvenir, provocando excesiva preocupación, es decir, se concibe morir como la privación definitiva y total de la vida y del bien, lo cual causa profunda tristeza, en tanto la acción es significada como el aniquilamiento integral de todo bien, naturaleza y vida.

Según el autor, el sufrimiento acapara integralmente al sujeto, y deja huella en el alma de la persona que lo ha vivido, evocando una alteración tanto a nivel interior como exterior, en el ámbito intrapersonal como en el espacio interpersonal, modificando a las personas, sus comportamientos, hábitos, sentimientos y la concepción del mundo y de la vida, tanto así, que se resalta que nadie permanece igual después de haber sufrido gravemente.

Desde el punto de vista de Torralba (2007), Santo Tomás de Aquino destaca que quien sufre, paraliza su dinámica vital, la comprensión de la realidad, de sí mismo y de los otros, así como la capacidad de aprender cosas nuevas, pues el espíritu queda focalizado frente al dolor. Se advierte la existencia de una relación entre el dolor espiritual y el funcionamiento del cuerpo, señalando que la tristeza afecta también a la corporalidad de la persona, impactando la dinámica del cuerpo. En un primer momento, la persona considera que aquel mal que le afecta será eliminado a través de los fármacos, (cuando se expresa un dolor físico), o a partir de la amistad (frente al dolor espiritual).

En este punto, se da cuenta de la transformación del sufrimiento como categoría, comprendida no solo bajo preceptos presentados por un único dominio, sino desde la integración de las dimensiones: física, mental y espiritual, en tanto se hace hincapié en la

interacción de las mismas ante la experiencia, privilegiando al individuo como creador de su realidad.

Retomando a Santo Tomás de Aquino en la voz de Torralba (2007), si la causa del mal es el bien, el mal está causado por el bien. El mal no puede ser el primer principio ya que depende ontológicamente del bien. Así, desde el punto de vista metafísico, el individuo tiene la posibilidad de vencer al dolor y sobreponerlo, en tanto el ser es superior al mal, dado que el mal depende del ser, es decir, donde hay mal, también existe el ser, porque el mal arraiga en el bien y, el bien en el ser. Por tanto, una persona puede sufrir un determinado dolor (corporal o interior), pero en la medida en que tiene ser, entonces tiene más bien (perfección) que mal (imperfección), lo que le lleva evocar caminos hacia el bienestar.

Siguiendo este orden de ideas, Herrera (2013) en su artículo “El sufrimiento humano como posibilidad para la fe en la realidad del VIH/SIDA”, observa en el sufrimiento un nuevo significado para quien padece el virus, subrayando la consideración de variables como: la convivencia pasiva y prolongada con el mismo, y la fuerte connotación social que se ha otorgado -asociada a “lo malo” o a la presentación de conductas inadecuadas-.

El autor refiere que dicho sufrimiento se caracteriza por albergar una esperanza particular, en tanto se transforma en la oportunidad de ser y hacer lo que siempre se ha querido, aun cuando se concibe un periodo de tiempo corto. En este sentido, emerge la capacidad humana de sobrepasar los obstáculos cotidianos, a partir de las motivaciones interiores que llevan a la persona a salir adelante.

Herrera (2013) retoma el interés de la antropología teológica por entrelazar el alma y el cuerpo como dos experiencias humanas, enfatizando sobre la imposibilidad de sentir

dolor sin sufrir, así como sufrir sin somatizar lo que se siente, reconociendo el sufrimiento como una realidad compleja. Por consiguiente, al hablar de dolor se advierte la unidad frente a aquello que se siente desde la objetividad de un dolor físico, y aquello que se experimenta desde la vivencia interior.

Desde la comprensión del autor, cuando el ser humano busca las causas de sus sufrimientos no vuelve su mirada propiamente a su historia médica, sino sobre la realidad subjetiva y personal, la cual trasciende las respuestas que evocan el ámbito físico. El ser humano espiritualiza y trasciende todo lo que le sucede, lo cual le permite poner su vida en perspectiva y privilegiar las motivaciones esenciales en la vida ante el sufrimiento. Del mismo modo, se advierte que las personas que padecen el VIH/SIDA, vuelven su mirada hacia su interior con la aceptación de una realidad que no se manifiesta, pero que conocen y saben que vive con ellas.

El aporte que propone el autor es ver el sufrimiento como una posibilidad para la fe asociada a la esperanza de vida. En este sentido, es redefinido hacia la confianza y la modificación de la actitud ante la vida. Considerando que el sufrimiento es una experiencia común a todo ser humano, el autor resalta la importancia de tener en cuenta el aspecto social, colectivo y comunitario del mismo, pues la descripción de lo que se padece involucra a los demás.

Ampliando la lectura del sufrimiento al contexto con el cual el individuo, los grupos y las comunidades se relacionan, Luna (2008) en la población de Cuauhtemoc, Colima, México, a través de su estudio, pretende profundizar sobre el cambio socioeconómico y la cultura, a partir de una aproximación etnográfica y biográfica realizada a tres decenas de individuos (hombres y mujeres), de diferentes edades y estratos sociales. A lo largo de la

investigación se observa el sufrimiento como producto de las prescripciones sociales y los valores culturales, desde el lente del construccionismo social.

Luna (2008) refiere “lo irremediable” como la perspectiva dominante en el análisis del sufrimiento, ocasionado por la pérdida de otro o el dolor producido por la enfermedad, lo cual es coherente con el punto de partida en la comprensión del constructo en los estudios previos. Lo anterior, se encuentra vinculado a la consideración de vulnerabilidad de la naturaleza del ser humano, frente a las situaciones inevitables que provienen de “afuera”, de las cuales -desde una visión fatalista-, no se puede escapar.

En coherencia con esto se subraya una mirada religiosa (católica), a partir de la cual se define la vida a través del dolor, se requiere la redención y la purificación para alcanzar la felicidad posible en la “otra vida” (después de la muerte). Se hace hincapié en la evitación de los deseos de la carne o la no concepción de éstos, como la realización última de la existencia, llevando a considerar el sufrimiento como algo inevitable para disponer del paraíso celestial.

Desde otro punto de vista, se destaca una perspectiva humanista y psicológica del sufrimiento, mirada que lo concibe como un regalo para redimir las limitaciones y alcanzar otros niveles de experiencia y sabiduría, aceptando el dolor y la muerte para entrar en contacto consigo mismo y los otros a través de la compasión.

Luna (2008) advierte que cada sociedad o cultura evoca una tipología propia de episodios, situaciones y emociones de sufrimiento, basadas en un orden social y normativo que lo organizan. En este sentido se destaca que la sociedad a través de diferentes períodos históricos permite que sus miembros experimenten sufrimiento, de acuerdo a la “fuerza” estructurante de modelos psicosociales predominantes que atraviesan las actividades desarrolladas por los mismos. Se afirma que la estructura social está expuesta al cambio

continuo sociocultural y económico, generando modificaciones en la perspectiva subjetiva de los individuos.

Retomando y profundizando sobre la comprensión de sufrimiento desde una mirada humanista-existencialista, Miramontes (2013) retoma la teoría del sentido del sufrimiento, a partir de las construcciones teóricas de los autores Scheler y Frankl.

El autor inicia su artículo señalando que asegurar que el sufrimiento tiene un sentido, corresponde a la contestación de un para qué, justificación, o acomodo en la existencia humana. Desde su perspectiva, el ser humano es visto a través de su capacidad de encontrar sentido a sus sufrimientos y afrontarlos humanamente, lo cual implica hacer frente y decir no al mundo, a sus condiciones, imposiciones y limitaciones, incluyendo su propia condición humana finita y accionar equivocado a su sensación de frustración existencial.

Se concibe el sufrimiento humano como un factor fundamental al observar a la persona en relación con su mundo, consigo misma y con su existencia. Miramontes (2013) retomando la voz de Frankl, afirma que la vida tiene sentido, y que el sufrimiento al contrario de lo que se piensa, lo hace relucir mejor. Desde un enfoque Scheleriano se propone una aproximación al sufrimiento a partir del descubrimiento del sentido profundo y ejercitación sistemática de una técnica como la autoreflexión, contemplación y meditación, que permita el desarrollo de la persona desde su unificación respecto a la esfera espiritual. En este sentido, Miramontes (2013) discrimina tres estratos (modos de ser) del ser humano: el biológico, el psicológico y el espiritual, a partir de los cuales actúan las instancias: el organismo, el yo y la persona, respectivamente.

Miraflores (2013), al referenciar a Frankl, señala una diferencia dimensional cuando habla de la persona y su confrontación con el sufrimiento. Se identifica al individuo como

un ser tridimensional y unidad antropológica en la diversidad ontológica, desde los diversos modos de ser del ser humano (biológico, psicológico y espiritual). Según el autor, el sentido puede encontrarse a través de la realización de valores que llevan a la persona al encuentro del mismo, distinguiendo valores de creación (la persona se da al mundo realizando una acción productiva) y de experiencia (la persona otorga sentido a partir de lo que recibe del mundo, de los encuentros existenciales y del amor).

Desde esta perspectiva, cuando no es posible la realización de valores creativos y vivenciales, sólo queda la realización de los valores de actitud, desde los cuales el hombre es capaz de sufrir dignamente, en tanto puede encontrar caminos plenos de sentido aun en situaciones de fracaso. Miramontes (2013) señala que esta ética permite vislumbrar al ser humano integral, quien se vive a pesar de la falta de éxito.

Siguiendo con ésta perspectiva, Velásquez (2009), en su artículo “Logoterapia con personas que experimentan dolor, sufrimiento y pérdida del sentido de la vida”, subraya que existen diversas circunstancias que pueden colocar al ser humano de cara al sufrimiento, haciendo de éste una realidad que logra agrietar el sentido de la vida. No obstante, indica que la actitud de la persona frente al dolor hace la diferencia entre la posibilidad de otorgarle sentido al sufrimiento, o permanecer carente de éste. Como es mencionado por Frankl (1992) en varias de sus obras: “Quien dispone de un porqué para vivir es capaz de soportar casi cualquier cómo” (p.97).

Las experiencias de dolor o sufrimiento según Velásquez (2009), generan sentimientos de frustración en la persona que las vive, sin que ello conlleve obligatoriamente la pérdida del sentido de la vida. Sin embargo, cuando éstas frustraciones se presentan reiterativamente, o aumenta su intensidad, es posible experimentar dicha

pérdida, lo que en ocasiones extremas puede conducir al intento de suicidio o a la consumación del mismo.

Respecto a lo anterior, Gevaert (2003 citado en Velásquez, 2009) menciona que “el motivo del sufrimiento no es solamente el mal individual que afecta a alguien, sino también el sufrimiento y el mal que afligen a otras personas, sobre todo a las más queridas” (p.261), lo cual atribuye un peso considerable a la afectividad en la vida humana y la relación que tiene ésta con el sufrimiento, puntualmente cuando se establece un vínculo estrecho entre las personas.

Vidal (2010) por su parte, en su estudio “Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico”, afirma que las personas sufren más cuando tratan de controlar su sufrimiento, negando e ignorando la inexorabilidad de éste. El autor refiere que lo anterior está sujeto al precepto: bienestar y sentirse bien, es igual a normal, así como sufrimiento es equivalente a sentirse mal y anormal; entendiendo que es necesario buscar sentirse bien y evitar el sufrimiento.

En esta línea, sentirse bien significa dar la espalda a las sensaciones, pensamientos y otros eventos privados que se entienden como negativos, rechazando toda incomodidad y en consecuencia, pensando equivocadamente que el bienestar es esencial y el sufrimiento un problema que debe ser erradicado.

Vidal (2010) resalta que pretender evitar todo sufrimiento significa sustraerse de una parte fundamental de la vida misma, por lo tanto, la intolerancia hacia el desagrado ha permitido que se pierda la capacidad para invertir tiempo y esfuerzo en tareas que puedan aportar a largo plazo, pues tal impaciencia lleva a exigir acciones de satisfacción en presente y de manera inmediata.

El análisis de la mayoría de los malestares psicológicos contemporáneos, muestra una desproporción entre lo que se cree que se debe ser, sentir y poseer y lo que en realidad se puede ser, sentir y poseer. Lo anterior es atribuido por Vidal (2010), a los cambios emergentes con la globalización, en tanto se han homogenizado los gustos y las preferencias personales, generando las mismas ambiciones para todas las personas como herencia de la construcción de una cultura de las masas.

La asimetría entre las expectativas y los logros, según Vidal (2010), da lugar a la manifestación de desequilibrio psicológico frente a la sensación de fracaso. Es así como la asociación entre el sufrimiento y el fenómeno de la percepción de control provoca un círculo vicioso dañino, pues favorece el desarrollo de un patrón destructivo de no aceptación del sufrimiento socioverbal.

En coherencia con el interés de control y ligado al sufrimiento desde una lectura contextual, Navarro (2014), en su estudio “Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar”, hace énfasis en la situación social que vive la persona que migra, y el estrés, como posibles desencadenantes de problemáticas de salud mental. Se refiere el Síndrome de Ulises (síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple) para subrayar el estrés con las condiciones de vida en las que se desenvuelven las personas (soledad, fracaso migratorio, lucha por la supervivencia y miedo), lo cual es potenciado por la cronicidad y la intensidad de éste, así como la ausencia de red de apoyo social y necesidad de control, como variables que potencializan el sufrimiento.

En este sentido, resulta pertinente vislumbrar la comprensión Bayés (2009), en su artículo “Sobre la felicidad y el sufrimiento”, en torno a la consideración de la persona, más allá de su construcción biopsicosocial, destacándole como resultado final de su historia interactiva, individual, elaborada en contextos físicos, culturales, sociales y afectivos a

través del lenguaje. Desde esta perspectiva, el autor refiere que si el organismo enferma o pierde alguna función esto repercute en la persona, modificando sus comportamientos, pensamientos y emociones, lo cual influye en el funcionamiento del mismo. En este sentido y bajo el supuesto del autor, la persona es una realidad esencialmente relacional.

Según Cassell (1999, citado en Bayés, 2009), “se produce sufrimiento cuando la persona se siente amenazada en su integridad biológica o psicológica” (p.14), consideración que lleva al autor a complejizar el sufrimiento como resultado de la interacción, entre la experiencia de amenaza y de los recursos disponibles, organizado por el estado de ánimo; agregando que los seres humanos no se relacionan únicamente con cuerpos, sino con personas reales que sufren y luchan porque tienen un deseo continuo de felicidad y plenitud.

La revisión documental contribuye al fenómeno de investigación-intervención, en tanto vislumbra una comprensión multidimensional del sufrimiento, lo cual invita a comprender la configuración de la experiencia desde la integración y articulación del amplio espectro de perspectivas epistemológicas examinadas, privilegiando la intersubjetividad como el escenario de construcción de realidades que involucran el sufrimiento. En este sentido, se propone desvincular la generalización de su lectura a través de la apreciación diagnóstica, como fue planteado en el apartado previo.

En coherencia con lo anterior, se contempla el sufrimiento desde una dimensión biológica que privilegia la experiencia de enfermedad sustentada a partir del dolor como manifestación física, precisando una observación atravesada por una cultura “medicalizada”. En este punto, y volviendo sobre un aspecto hasta ahora señalado de manera superficial, el ámbito socio-cultural juega un papel fundamental en la

transformación del fenómeno, puesto que se presenta como el marco de significación del sufrimiento. Es así como desde posturas que enfatizan la necesidad de disminuir el malestar, intervienen en ocasiones desde el tratamiento farmacológico, ya que el contexto sobre el cual se construye dicha premisa privilegia el continuo entre salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, excluyendo al individuo de su capacidad generadora de bienestar.

Por otra parte, al profundizar sobre la experiencia dolorosa desde una dimensión psicológica, se consideran factores de tipo cognitivo, emocional y afectivo que sugieren la aproximación al individuo desde su funcionamiento “interno”, lo cual da apertura a la exploración de pensamientos, creencias, sentimientos en relación con un contexto social (como es expuesto anteriormente) que en síntesis -a través de los relatos que la persona evoca sobre sí misma- da cuenta de la construcción identitaria.

Al ligar los aspectos intra e inter subjetivos cobran especial sentido los elementos referenciados de la filosofía, en tanto permiten comprender la herencia del pensamiento occidental, subrayando la búsqueda de placer, paz y unidad como el fin último del ser humano, lo que invita a seguir el bien entendido desde la perfección y evitar el mal, visto desde la experiencia de dolor.

Adicionalmente, se integra la visión temporal apropiada por el individuo que considera de modo lineal el pasado, el presente y el futuro, llevando a la configuración de una experiencia de parálisis ante la percepción de “no poder ir hacia adelante”, y cargando implícitamente la concepción de muerte y pérdida desde la “privación de vida”.

Sin embargo, en tanto el ser humano interpreta y significa su vivencia, la posibilidad de cambio se encuentra arraigada a la redefinición de las polaridades planteadas. En este sentido, se comprende el sufrimiento como una realidad compleja que se experimenta a partir del interjuego de las dimensiones expuestas, y se reconfigura constantemente en la *praxis del vivir* (Maturana, 1996).

Retomando el problema planteado en la presente investigación-intervención, se hipotetiza que los relatos narrados -por familias que integran un miembro psicólogo- en el contexto terapéutico-, a partir de la experiencia de sufrimiento, privilegian versiones rígidas y dicotómicas alrededor de las epistemes psicológicas que invitan a la eliminación del malestar experimentado, excluyendo desde el posicionamiento profesional la inclusión del sufrimiento como posibilidad.

En conexión con lo anterior, los estudios revisados desde una perspectiva humanista-existencial, que incluyen la mirada biológica y psicológica e integran una visión espiritual desde la cual se sugiere el encuentro del individuo consigo mismo, permiten otorgar un sentido al sufrimiento a pesar del fracaso, entendido éste último como la sensación de pérdida de control y desproporción entre el “deber ser, sentir y poseer”, acuñado a la homogenización de la cultura.

En conclusión, y articulando el contenido previo, la experiencia de sufrimiento emerge de la historia interactiva del individuo con sus contextos –físicos, sociales, culturales, afectivos-, lo cual si bien integra las dimensiones del ser humano exploradas anteriormente -biológica, psicológica y social- las trasciende, incorporando la resignificación mediante la búsqueda del sentido a partir del marco relacional. Éste, a través

del lenguaje, favorece una dinámica en constante cambio en la interacción entre el ser humano y los entornos donde se desenvuelve.

En coherencia con lo anterior se genera una inquietud frente al ámbito interventivo, puntualmente cuando el sufrimiento constituye un criterio de aproximación al contexto terapéutico, lo que introduce el eje propuesto a continuación.

Intervención psicoterapéutica. A continuación se presentarán algunos estudios que buscan dar cuenta del impacto de la intervención psicoterapéutica sobre la experiencia de sufrimiento, partiendo de la reconfiguración del fenómeno psicopatológico.

Retomando el lugar del sufrimiento en el ámbito relacional y la intervención del mismo a partir de la manera en como éste es narrado, Makowski (2013), en su estudio “Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México”, manifiesta que la Radio Abierta tiene un alto potencial en la construcción y reconfiguración de los vínculos sociales. En el caso de sufrimiento psíquico es bastante común que los vínculos entre las personas que lo padecen se encuentren rotos, debido a situaciones de aislamiento y, abandono familiar y social.

Makowski (2013) afirma que ante las tramas vinculares destruidas, el espacio grupal de Radio Abierta favorecieron el contacto físico, la convivencia, el intercambio de ideas y saberes, posibilitando el acercamiento entre los participantes. Ésta herramienta posibilitó re-tejer los vínculos perforados al permitir articular los sentidos sociales, puntualmente a través de los diálogos se otorgó el reconocimiento del individuo y se produjeron resonancias con otros discursos. En este orden de ideas, la palabra tiene un destino en tanto es enunciada para otros y es alojada en ellos, tejiendo el lazo social y constituyendo un sentido de pertenencia y comunidad entre los miembros del grupo.

En este trabajo se observa que a medida que transcurrieron las intervenciones, los participantes asumieron un rol más activo, convirtiéndose en sujetos de su propia enunciación y biografía, atravesando los encapsulamientos que esconden singularidades y subjetividades. Según Makowski (2013):

La inclusión de las voces de la locura en la esfera pública es una operación comunicativa y política que se enfrenta a tres modalidades instituidas de silencio: el social, que con un conjunto de discursos, prácticas e instituciones, confinan a la locura a lo indecible, a lo innombrable, a la violencia de lo no dicho y la exilian a los parajes de la muerte; el institucional, que constituye formas de perpetuación del des-vínculo social y genera violaciones a los derechos humanos, maltrato, e indiferencia; y el individual, que acerca la palabra del loco y la arroja al mutismo y a la vacuidad del sentido. (p.302)

Siguiendo esta línea y correspondiendo a la producción de sentido a partir de la creación de espacios de escucha social, Correa, Silva, Belloc y Martínez (2006), a través de su estudio, señalan que la experiencia del Taller de Expresión, así como de la Radio Nikosia, permitió la conformación de territorios de escucha e interacción social, posibilitando que el sujeto diagnosticado se concibiera a sí mismo al margen de la anomalía, transformando su vivencia en una experiencia narrada fuera de los sistemas expertos.

Para Correa et al. (2006), el sufrimiento dista del sentido de error o patología y se constituye en “un proceso interpretativo que se reelabora en el juego social, a partir de una simetría entre percepciones del mundo” (p.65). La voz de los individuos recobra el protagonismo con sus apelaciones frente a la cotidianidad y la evidencia social del sufrimiento, lo cual les posiciona desde un rol activo dentro del juego de hegemonías,

dejando de lado la noción de enfermo y permitiendo la asunción del papel del artista - asociado a una nueva identidad social-, en tanto “se ofrece un escenario de recuperación de identidades perdidas o dañadas” (p.65), así como la invención de otras.

Se concluye que si se facilita una relación dialógica entre los saberes expertos (clínicos) y populares (afectados) se posibilita la deconstrucción de interpretaciones monológicas que privilegian discursos de certeza profesional o experta, lo que facilita una resocialización del mundo desde diversas vivencias, a partir de una relación dialógica que empodera a los actores sociales (Correa, Silva, Belloc y Martínez, 2006). Lo anterior sugiere la resignificación del sufrimiento a partir de las experiencias de los individuos, y que son reconstruidos a diario en los territorios de escucha e interacción social.

Desde otra perspectiva, Cuevas y López (2012) en su investigación “Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad”, sugieren la terapia dialéctico-conductual como alternativa terapéutica eficaz sobre la reducción de los intentos de autolisis y el consumo de sustancias. Se observa que las intervenciones farmacológicas incrementan los efectos psicoterapéuticos en estos pacientes, lo que privilegia el factor biológico como un componente significativo en el abordaje terapéutico.

Por otra parte Ramos (2012), a través del texto “Autoestima y trastornos de personalidad de lo lineal a lo complejo”, plantea que cuando la autoestima se complejiza y se integra al contexto, aumenta la capacidad para intervenir en la conducta humana, señalando que “la autoestima cae bajo la espiral de complejidad” (p.134) al ser observada en la persona con Trastorno de Personalidad. Se redefine la relación lineal entre autoestima y bienestar, motivando a una comprensión sistémica compleja de la experiencia del sufrimiento.

Volviendo sobre una mirada relacional-contextual, Ardila y Durán (2013), a través del estudio titulado “La Terapia Sistémica en jóvenes con síntomas depresivos, hacia la comprensión y cambios de las relaciones consigo mismos y con sus sistemas significativos”, profundizan sobre la relación de tres jóvenes (con depresión) consigo mismos, sus padres, parejas y pares, además y cómo a través de una intervención sistémica, construyen nuevas identidades impactando sus interacciones significativas.

A través de las reacomodaciones emergentes en los sistemas significativos de relación de estos jóvenes, se reconfiguraron elementos identitarios que limitaban la autonomía y la emergencia de novedades narrativas acerca de sí mismos en el presente, posicionándose como escritores de su propia vida. El estudio precisa que el surgimiento del síntoma depresivo ante el silencio del joven y la dificultad de expresar y comunicar la insatisfacción e incomodidad, se asocia a pautas de relación familiar organizadas en la sobreprotección y la desconfianza.

En la investigación denominada “Psicoterapia de la psicosis: De la persona en riesgo al paciente crónico”, llevada a cabo por Esteve, Román, González, Fraile y García (2010), se revisan las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en pacientes psicóticos. Se destacan aquellas desarrolladas al inicio de la enfermedad, las estrategias clásicas en períodos estables y por último, las de rehabilitación psicosocial paciente identificado.

Se hace hincapié en la importancia del carácter integrativo de las intervenciones dirigidas a las necesidades de cada consultante, describiendo posteriormente aquellas intervenciones psicosociales que han sido eficaces en: “tratamiento comunitario asertivo, entrenamiento en habilidades sociales y programas de apoyo al empleo” (Esteve et al, 2010, p.291). Dicha investigación hace énfasis en la lectura contextual desde la cual se enmarca la

sintomatología, en tanto los macrosistemas impactan la unidad social básica desde la comprensión transversal de sufrimiento.

Si bien se destaca la eficacia de la intervención cuando se observa al individuo en relación con sus sistemas significativos, se resalta el ámbito contextual desde la interacción con sistemas amplios, favoreciendo la resignificación de la experiencia narrada desde diversos niveles de abordaje.

Profundizando sobre el nivel de intervención familiar, Marcos y Garrido (2009), en el artículo titulado “La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones”, encontraron que la intervención basada en la familia, con jóvenes drogodependientes, tiene mayor éxito en comprometer a las familias en el tratamiento e intervenciones estándar, del mismo modo que en la adherencia y permanencia. En conclusión, los abordajes familiares permiten disminuir el nivel de consumo de drogas postratamiento y muestran mayor eficacia que la terapia individual, la terapia de grupo de adolescentes y la psicoeducación familiar.

Específicamente, las intervenciones focalizadas en la familia se perciben igualmente efectivas que los grupos de padres o la terapia familiar con una persona. Considerando la revisión de cinco estudios que incluyeron la evaluación de comorbilidad psiquiátrica pre y postratamiento, se encontró reducción de síntomas psiquiátricos en los adolescentes asistidos y mejora significativa en el funcionamiento familiar (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, entre otros).

En esta línea, Nieves, Beyebach, Torres y González (2009) investigan sobre la “Terapia Familiar Breve en un caso de trastorno somatomorfo”, intervención desde la cual se pretende abordar a cada familia desde su unicidad, y parte de la premisa de que los clientes que acuden a terapia disponen de los recursos personales necesarios para superar sus problemas, escenario donde el sufrimiento es significado desde una mirada generativa

que posiciona a los miembros de la familia como participantes activos en el proceso. Los resultados dan cuenta de una disminución de la sintomatología y recuperación de la competencia personal para funcionar autónomamente, involucrando la co-responsabilidad en el proceso de cambio como elemento fundamental en el contexto interventivo.

En coherencia con lo anterior, Rodríguez y Peláez (2013) en la “Terapia Familiar y los Trastornos de Personalidad”, indican que la familia juega un papel relevante en el proceso generador de la enfermedad así como en el de rehabilitación. Los autores advierten que las terapias familiares de tipo psicoeducativo mejoran el pronóstico de la enfermedad, evitando con ello, la emergencia de trastornos en otros familiares. Dicha intervención favorece el restablecimiento de una relación “sana” entre el paciente y su familia, el mejoramiento de la comunicación intrafamiliar, y el establecimiento de límites y relaciones con la red social extensa.

En el caso de los trastornos de personalidad, puntualmente en el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), las intervenciones mixtas, individuales y familiares han demostrado ser útiles, en tanto se plantea como objetivo que el paciente lleve una vida estable, considerando sus recursos personales y el apoyo de la familia. Se resalta que si bien existen características comunes entre quienes padecen una enfermedad, el tratamiento debe ser individualizado, teniendo en cuenta la construcción de realidades diversas en términos de sufrimiento. Sin embargo, a partir del proceso terapéutico desarrollado en la investigación se sugiere el abordaje familiar como una alternativa que favorece la transformación del malestar experimentado.

Volviendo sobre el postulado anterior y adentrando la mirada sobre la narrativa conversacional, Silva y Cardozo (2010) desarrollan la investigación “Abordaje psicoterapéutico sistémico individual con jóvenes diagnosticados con trastorno de somatización”, buscando entender el cambio narrativo en el paciente con el diagnóstico señalado.

Se concluye que al entender la somatización desde una visión relacional, que da cuenta de la posibilidad de abordar los vínculos establecidos por el consultante y observar la manera en cómo influyen en el contexto de la conducta sintomática, permite descentralizar el problema sobre el joven, poniendo de manifiesto la importancia de acompañarle en la reconfiguración vincular y el posicionamiento en el mundo a través de sus relaciones.

En síntesis, se da apertura a un espacio de independencia que alimenta un contexto relacional alternativo donde los jóvenes se permiten comenzar un proceso de desvinculación y, en consecuencia, tiene lugar un ejercicio de toma de decisiones y construcción de identidad. A partir del estudio se generan reflexiones sobre la emergencia de dinámicas de relación al interior de la familia, considerando el posicionamiento del “paciente sintomático” al interior de ésta, lo que invita a contemplar la organización de la experiencia de sufrimiento desde la configuración relacional. Si bien no plantea un abordaje familiar, se generan comprensiones desde una lectura relacional que favorece la complejización del fenómeno. En este sentido, emerge el cuestionamiento sobre la población sujeto de estudio, es decir, alrededor del rol del psicólogo y su posicionamiento desde el rol profesional en la familia.

Sumado a lo anterior, la investigación que se expone a continuación lleva a considerar la emergencia del sufrimiento a partir de la asunción de roles configurados

socialmente, desde los cuales el individuo se posiciona y se narra a sí mismo, incorporando la profundización sobre el relato identitario a través de la construcción social.

Para ilustrar lo anterior, Cruzat, Aspillaga, Torres, Rodríguez, Díaz, Haemmerli (2010) señalan la importancia del dominio emocional en la comprensión de la experiencia de las pacientes. El peso y el cuerpo constituyen el eje de los pensamientos y toman el rol de regular las emociones, investidos de significados para ellas. Se observa la evitación de situaciones sociales para no ser cuestionadas por las conductas alimentarias, así “la delgadez representaría el polo de la felicidad, el éxito y la seguridad; la gordura sería el polo de la infelicidad, lo indeseado y lo desagradable” (p.14).

Como lo plantea Pereira (2013) en su artículo “Psicopatología y Terapia Familiar (TF): Una relación compleja”, el diagnóstico clínico formaba parte del lenguaje fundador en la construcción psicopatológica, el cual pretendía buscar respuestas al enigma de la esquizofrenia, nuevas maneras de abordar el problema de la salud mental -por su gravedad y por las discapacidades generadas-. Los diagnósticos psicopatológicos o psiquiátricos, centrados hasta ese momento en los pacientes -según el autor-, se amplían a la familia, llevándoles a la construcción de una única realidad ante la postura del déficit. No obstante, Pereira (2013) menciona que la evolución de la TF ha permitido que algunos terapeutas familiares rechacen esa vinculación y con ello, dejen de lado la psicopatología de los textos y del lenguaje propio de la TF.

Si bien se reconoce la pertinencia del diagnóstico como punto de referencia en la consideración del fenómeno psicopatológico, se amplía la comprensión de la experiencia del sistema consultante desde la construcción del sufrimiento resaltada por algunos autores, en tanto favorece la lectura relacional e interaccional entre el individuo y los sistemas donde participa, permitiendo la complejización del fenómeno de investigación-intervención

y su transformación, mediante la vinculación del proceso recursivo propiciado por la narrativa conversacional en el contexto interventivo.

A partir de la revisión documental realizada, es posible vislumbrar la multiplicidad de abordajes interventivos, que si bien enfatizan y promueven la aplicación de técnicas e implementación de herramientas terapéuticas, desintegran la experiencia del sufrimiento desde su naturaleza comprensiva, al desarticular las dimensiones -biológica, psicológica, familiar, relacional, social, cultural, entre otras- que atraviesan al individuo en su afán de privilegiar marcos de referencia paradigmáticos y conceptuales que respalden el cambio.

En este sentido, se configuran propuestas terapéuticas que buscan responder al proceso de indagación planteado desde una dimensión particular. Se percibe nuevamente el abordaje de la manifestación sintomática a través de tratamientos farmacológicos que favorecen su disminución o eliminación desde una mirada biológica. Sin embargo, al generarse un impacto intersistémico -producto de los cambios evidenciados-, se contempla el dominio psicológico que caracteriza la experiencia mediante el constructo de personalidad, a su vez transformado y modificado por la interacción del individuo con el contexto, propiciando una espiral compleja.

En coherencia con lo anterior, se amplía la comprensión del síntoma a partir de una lectura relacional, que en primera instancia compromete a la familia en el campo interaccional. En tanto se concibe al individuo “paciente identificado” como el portador del síntoma, emergen dinámicas de relación al interior de la familia que mantienen su posicionamiento pasivo frente al malestar experimentado –a través de la validación de discursos deficitarios-, lo cual lleva a contemplar -en la reacomodación de pautas de

interacción- la posibilidad de crear nuevas formas de verse y narrarse, favoreciendo la reconfiguración identitaria.

Al generarse un diálogo interdisciplinar alrededor del fenómeno de investigación-intervención, se evidencia la necesidad de considerar intervenciones integradoras orientadas al individuo desde la construcción de su experiencia particular, motivo por el cual se resalta el abordaje sistémico y la terapia familiar como una alternativa que favorece la resignificación del sufrimiento, a través de la creación de un contexto relacional alternativo donde el individuo es protagonista del cambio -en términos de la reconfiguración de la experiencia- mediante una postura autónoma que promueve la co-evolución familiar.

Así, la transformación de la experiencia permanece fuera de los sistemas expertos, al configurarse una relación simétrica entre los saberes profesionales y populares, facilitando con ello la recuperación de una identidad que convoca el campo social, lugar desde el cual se articulan sentidos que permiten el reconocimiento de sí y del otro, la reconstrucción de los lazos sociales y el sentido de pertenencia a través de territorios de escucha e interacción social.

En conclusión y retomando el proceso recursivo que lleva a articular las diferentes comprensiones terapéuticas presentadas, se destaca paradójicamente la importancia de generar un aproximación detallada al fenómeno de estudio desde un marco general. Es decir, la pertinencia de abordar la construcción de la experiencia de sufrimiento integrando las dimensiones que la impactan, a partir de un acercamiento interventivo que privilegie la particularidad a través de los significados co-construidos en su contexto local.

Procesos de cambio a partir de la relación terapéutica. A partir de la revisión documental realizada en el apartado anterior, se evidencia el impacto de la relación terapéutica en los procesos de cambio, por lo cual se profundiza sobre la misma a través de los estudios presentados a continuación.

En la investigación denominada “Funcionamiento de la Terapia Cognitivo-Interpersonal (TCI) en los Trastornos de la Personalidad: Estudio de dos casos”, desarrollada por Prado, García y Sánchez (2013), se resalta que la intervención realizada, centrada en el rol del vínculo terapéutico y la naturaleza de la relación entre procesos cognitivos e interpersonales, es efectiva en la modificación de la sintomatología que se presenta en las primeras fases de los tratamientos de los Trastornos de Personalidad.

La Rotta (2012) por su parte, investiga sobre las “Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con psicopatología severa”, puntualmente en esquizofrenia paranoide y farmacodependencia. Al finalizar el proceso, se observó la capacidad creativa, de logro, imaginaria y simbólica de los pacientes mediante la representación artística. Se evidenciaron logros a nivel de las relaciones, autoestima y la autonomía, las funciones neuropsicológicas, la intervención farmacológica disminuyó y hubo mayor participación actividades grupales. En el estudio se destacó particularmente el vínculo entre paciente y terapeuta, la duración el trabajo, la continuidad y las técnicas empleadas.

Siguiendo esta línea, Becerra y Novoa (2010), en la investigación titulada “Análisis funcional de la relación terapéutica con una paciente con trastorno límite de la personalidad”, pretenden explorar y comprender bajo algunas estrategias de la Psicoterapia Analítica Funcional, cómo la dinámica de la interacción psicoterapeuta y consultante influye en la posibilidad de cambio conductual en el Trastorno Límite de la Personalidad, al identificar las conductas clínicamente relevantes y extender las dimensiones del análisis

conductual, desde una perspectiva inductiva. Se concluye que el centrarse en la modificación de conductas problema en el contexto extra-terapéutico y no haber tenido en cuenta la relación terapéutica, mantiene las conductas problema y posibilita el posterior abandono del tratamiento por parte de la consultante.

Las investigaciones referenciadas permiten resaltar el impacto de la relación terapéutica en el cambio emergente al interior del contexto psicoterapéutico, vinculándole como un factor que si bien no constituye en sí mismo la acción interventiva, es esencial en el proceso terapéutico de manera transversal para favorecer la movilización del sistema consultante hacia los objetivos planteados.

Sin embargo, no se profundiza sobre el intercambio de variables que potencializan su manifestación en el marco interventivo, lo cual invita a cuestionarse acerca de la construcción del vínculo terapéutico entre colegas profesionales en psicología, cuando el entorno objeto de estudio propone posicionamientos diversos (consultante-psicoterapeuta), privilegiando el cambio como un propósito común.

Sobre el fenómeno de sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud. En el año 2009, la investigación titulada “Efectos de una intervención Cognitivo-Conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del Estrés Traumático Secundario (ETS) en Psicólogos Clínicos” (Guerra, Fuenzalida y Hernández, 2009), evaluó la efectividad de un taller de autocuidado de orientación cognitivo conductual, con psicólogos clínicos con altos niveles de estrés traumático secundario. Los resultados indicaron que a través del taller cognitivo-conductual implementado, se disminuyó el desgaste laboral y los niveles de ETS, aumentando el autocuidado.

Por otra parte, Isaac, García, Bosch, Méndez, Mercedes (2013), en su estudio denominado “Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas”, describieron las características laborales asociadas a la aparición del síndrome en psicólogos clínicos que laboran en el área médico-hospitalaria de dos hospitales de la ciudad de México. No se encontraron diferencias respecto a las características laborales asociadas al burnout.

Desde otro punto de vista, Granada, Morales y López (2012), en su artículo “Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia”, evaluaron la prevalencia de trastornos psíquicos a lo largo de todo el período de formación médica, y los factores de riesgo que lo condicionaban. En los resultados se observó la prevalencia alta de trastornos psíquicos (49%), trastornos poco severos asociados al deseo de abandonar la profesión, y falta de tiempo para la relación sociofamiliar. Igualmente, predominaron síntomas de ansiedad como tensión e irritabilidad y trastornos del sueño, y así mismo se produjo deterioro en la actividad social, más que en la esfera laboral o familiar.

En el análisis discriminante se asoció a la psicopatología los rasgos de «neuroticismo», conductas de «autorreproche» y «distanciamiento», antecedentes psíquicos personales y nivel de estrés procedente, en gran medida relacionados a aspectos de la propia formación. Se concluyó que la asunción de ambos factores, individuales y contextuales, es relevante para la salud mental y el desarrollo profesional durante la etapa de residencia dentro de la formación médica.

A partir de los estudios revisados se evidencia un escaso número de investigaciones en la población de profesionales de la salud, siendo la correlación con escenarios concernientes al contexto laboral, el marco de interés principal en términos investigativos. Si bien se destaca la experiencia de malestar precisando los efectos evidenciados en el

individuo -resultado de la interacción subrayada-, no se abordan los dilemas humanos emergentes en espacios diversos.

En tanto se privilegia una perspectiva diagnóstica para evidenciar la manifestación clínica del sufrimiento, no se permite explorar la construcción de sentido y configuración de significado alrededor de la experiencia particular. A partir de la revisión realizada, no se registran investigaciones que profundicen sobre las implicaciones que tiene el afrontamiento del sufrimiento para los psicólogos, lo cual se constituye como foco de observación y punto de innovación en la presente investigación-intervención.

Construcciones sobre el rol del psicólogo. Para profundizar sobre la construcción del rol propiamente dicho, Myers (2005, citado en González, González y Vicencio, 2014), propone el lugar o papel ocupado como “un conjunto de normas que definen la forma en que las personas de una posición social específica deben comportarse” (p.143). Partiendo de allí, se destaca la diferenciación entre el “rol percibido” y el “rol ejecutado”, señalando respectivamente un patrón de conductas esperadas/realizadas por una persona que ocupa una posición determinada.

Se concibe el rol del psicólogo desde la promoción de bienestar –dirigida a otros-, destacando la habilidad de escucha y empatía como competencias que caracterizan al profesional en psicología. Adicionalmente, se resaltan tareas y funciones predominantes como lo son: la evaluación, diagnóstico, diseño y ejecución en sus diferentes campos de acción.

Integrando a las consideraciones previas la perspectiva de la psicología de la salud, - frente al diagnóstico de necesidades individuales y/o comunitarias-, el profesional de la salud se posiciona desde el rol de experto, así como lo hace el usuario en el lugar de

informado, dinámica que promueve una alteración en la estructura donde lo asistencial favorece la dependencia e imposibilita el desarrollo de la autonomía en las personas respecto a su propio cuidado.

Al respecto y vinculando la reconceptualización del sistema de salud realizada en diferentes países, surge el modelo de la Promoción de la Salud, el cual privilegia la posibilidad de que cada individuo sea responsable de este aspecto en su vida. De este modo, los psicólogos han participado activamente en el diseño de programas y políticas relacionados con dicha temática, siendo reconocidos por la comunidad científica desde la experticia profesional e investigativa.

Ampliando lo anterior, Redondo (2013) señala que los problemas en salud actuales tienen un estrecho vínculo con la conducta humana, por lo cual a lo largo del tiempo, la influencia del comportamiento ha tomado mayor relevancia. De este modo, con la incorporación de la visión preventiva, la acción del psicólogo se ha descrito en tres niveles de intervención básicos sobre la prevención de las enfermedades, desde el ámbito de la salud. No obstante, se busca involucrar al psicólogo en los procesos de mejoramiento de los sistemas de salud, lo que trasciende la intervención clínica según Londoño, Valencia y Vinaccia (2006, citado en Redondo, 2013).

El abordaje en psicología de la salud, según Klefbeck (1994, citado por Redondo, 2013), puede seguir una lógica reticular como comprensión holística de los contextos de una persona, entendida como sujeto participante en diversidad de comunidades y redes simultáneamente.

En este sentido, Redondo (2013), concluye que incorporar una definición de salud que involucre lo político, social, biológico, ambiental y económico, podrá contribuir a la psicología de la salud recíprocamente, puesto que se valida la complejidad inmersa en el

entramado social de la salud. Bajo esta propuesta, las redes se conectan y se integran agrupándose en niveles de complejidad creciente.

A partir del contenido revisado, se sugiere una definición del *rol* más allá de la concepción estática en un sentido estructural, trascendiendo incluso el lugar o espacio rígidamente ocupado, replanteándose como una construcción dinámica, sujeta a la resignificación del individuo, el contexto donde está inmerso y la red de relaciones que coexisten entre sí.

Siguiendo con la voz de los autores, González, González y Vicencio (2014), en su artículo “Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado”, retoman a Moyano y Julia (2013) para resaltar que el posicionamiento y valoración social de la psicología, es un proceso dinámico y constante, producto de los cambios que experimenta la sociedad y sus problemáticas, demandas y desafíos. Los autores hacen referencia a la efectividad y claridad con que la ciencia y profesión responden a los mismos, favoreciendo a su vez que la sociedad diferencie el aporte del psicólogo de otros profesionales. No obstante, mencionan que la diversidad de tratamientos no fundamentados científicamente, permiten la ambigüedad de la percepción social del rol.

Volviendo sobre el rol del psicólogo, Montezuma del Castillo (2003) en su estudio “El rol del psicólogo en el síndrome de Tourette” (ST), coincide en que la labor del psicólogo posee diversas áreas, etapas y formas de acción, participando activamente en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento e integración de la persona con ST, destacando por otra parte su función investigativa. No obstante, Cabrera (2010, citado en González, González y Vicencio, 2014) manifiesta que el psicólogo “no está definido por su

capacidad técnica, sino por la dinámica de pensamiento que está detrás de la comprensión de la experiencia del sujeto” (p.213-214).

Aunque el ST tiene una etiología primaria neurobiológica, los factores psicosociales pueden influenciar en el curso del desarrollo, intensidad y manifestación del trastorno. Montezuma del Castillo (2003) resalta que hay factores individuales, familiares y culturales que moldean la manera en que las personas con ST, su familia y sus contextos perciben, dan significado y responden a los síntomas, lo cual modifica en ocasiones el tipo de intervención (abordaje individual, grupal, familiar, entorno social, escolar y/o laboral).

Piña (2010), desde su punto de vista, indica que el profesional de la psicología es competente cuando dispone de los recursos teóricos, metodológicos y tecnológicos (conocimientos, habilidades y destrezas) pertinentes para influir en los problemas sociales en el contexto del quehacer interdisciplinario (con profesionales del área de la salud).

Revisando la percepción que se tiene del psicólogo desde diferentes campos de acción, De la Vega, Román, Ruiz, Hernández (2014) en su investigación “¿Cómo perciben los entrenadores de fútbol el rol del psicólogo del deporte?: Un estudio comparativo”, señalan algunos estudios sobre la percepción del papel del psicólogo en contextos deportivos, encontrando creencias asociadas a que dicho profesional en el campo del deporte, podía debilitar o influir negativamente en su relación con el deportista disminuyendo su autoridad y liderazgo.

Por otra parte, se observa la consideración del psicólogo deportivo como un psicólogo clínico, es decir, aquel profesional que soluciona problemas clínicos de los deportistas, excluyéndolo del equipo técnico, que se encarga de entrenar habilidades psicológicas. A partir de otros estudios, se reveló que los entrenadores consideraban que el rendimiento de sus atletas aumentaba con un entrenamiento de habilidades psicológicas.

Sierra (2013), por su parte, en su estudio “El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica”, resalta la importancia de la inclusión del psicólogo en el equipo interdisciplinario para el tratamiento de la obesidad y del paciente bariátrico, en tanto se encuentra correlación con la presentación de psicopatología. Puntualmente, el rol del psicólogo en dicho contexto consiste en desarrollar una la evaluación inicial de los pacientes, con el objetivo de determinar su capacidad para adaptarse a los cambios en el estilo de vida que se necesitan antes y después de la cirugía, y prepararlo para tomar una decisión informada sobre la realización de la misma. En dicha preparación se ayuda al paciente a construir expectativas realistas sobre los resultados del procedimiento, y a disminuir la ansiedad producto de la incertidumbre. Por esa razón, la labor del psicólogo favorece la aproximación del paciente con el equipo interdisciplinario, que a su vez involucra una mejor adhesión terapéutica.

Gómez y Martos (2005) en su investigación la “Implantación de programas de formación e intervención en las asociaciones de familiares de Alzheimer en España: Análisis del rol del profesional de la Psicología”, subrayan que en las disciplinas profesionales que participan en los programas desarrollados, se destaca el papel del psicólogo en tanto se encuentra presente en el 100% de los mismos, seguido del médico en un 52%, en el manejo de los aspectos psico-emocionales que la demencia implica en los familiares de dichos pacientes.

Del mismo modo lo refiere Greenfeld (1997, citado en Cases, 2014) al señalar la importancia de ofrecer apoyo psicológico en el campo de la reproducción humana asistida, subrayando que cuando las Técnicas de Reproducción Asistida no tienen éxito o las gestaciones fracasan, los servicios de asistentes sociales perinatales son requeridos para proporcionar el apoyo emocional a estos pacientes.

Al respecto, Roa (2008, citado en Cases, 2014) indicó que el psicólogo como investigador de la infertilidad tiene un rol fundamental, en tanto debe investigar las consecuencias que produce el diagnóstico en la vida anímica del paciente, así como el tratamiento de la infertilidad. La intervención psicológica según el autor, podría aportar a los individuos con problemas de fertilidad equilibrio emocional y afrontamiento positivo de los tratamientos, lo cual permite obtener mejores resultados y en este sentido, facilitar calidad de vida y bienestar.

Retomando el contenido presentado en las investigaciones revisadas, se entiende el rol del psicólogo como una construcción emergente del objeto de estudio y el quehacer de la psicología, privilegiando el foco interés propuesto por el modelo médico –salud y enfermedad- como marco de referencia para situar el posicionamiento del profesional, sus funciones y la interacción con el contexto.

En este sentido, el profesional de la salud se ubica desde el rol de experto, asistiendo al paciente quien asume el rol de usuario en la relación configurada, favoreciendo la construcción de una dinámica interaccional basada en el poder y por tanto, en la carencia de autonomía.

Al redefinir el contexto considerando la reconceptualización del sistema de salud, se da apertura a la transformación de la relación entre el profesional y quien consulta sus servicios, en tanto se reconoce el último como individuo responsable, capaz, participativo y activo frente a la construcción de su bienestar, modificando en consecuencia el rol de experto, y en este sentido, permitiendo su reconfiguración como co-constructor en el proceso de cambio.

En coherencia con ello, se comprende el rol como un conjunto de normas que definen la forma en que las personas de una posición social determinada deben comportarse, lo cual invita a la definición constante del mismo de acuerdo a la construcción del contexto y la interacción con éste. En este sentido, la construcción de narrativas del Self, se convierten en versiones contextuales y por tanto, actualizadas de la experiencia.

Desde una perspectiva funcional, se resalta el rol desempeñado por el psicólogo desde la acción preventiva, lo cual, si bien se sugiere un conjunto de responsabilidades profesionales – predominantemente promoción del bienestar, evaluación diseño y diagnóstico-, lleva consigo una función transversal que integra aspectos de tipo social, político, biológico, económico, ambiental, mediante el trabajo en red que involucra, favoreciendo una lectura y abordaje complejo desde el ejercicio profesional .

Aunque lo anterior constituye una apuesta significativa en el campo interventivo, expone el riesgo de caer en la trampa de “hacer todo en todos los campos”, difuminando paradójicamente el rol del psicólogo en los contextos donde se desenvuelve.

Al reflexionar sobre ello surge el interés por conocer a nivel social qué se está comprendiendo por la psicología y, por lo tanto, comprender qué se espera de quien ejerce profesionalmente desde allí, puesto que al considerar el contenido previo, las construcciones al respecto determinan la demanda realizada y en este sentido, el posicionamiento asumido por el psicólogo. Paralelamente, emerge el cuestionamiento orientado al profesional en psicología sobre la comprensión que éste realiza acerca de sí mismo y su lugar en los escenarios donde se desenvuelve, lo que lleva a cuestionar la coherencia y la correspondencia entre su construcción y aquello que otros esperan de sí.

Desde otro punto de vista, se propone el dilema del psicólogo y su realidad humana, puesto que si bien se distingue en su nominación, se articula desde la experiencia ¿Qué implica para el individuo y profesional en psicología ser, desear ser, y encarnar la expectativa del ser? ¿Constituye la ciencia una posibilidad de existencia desde la validación social? ¿Se asume el psicólogo a sí mismo desde lo humano, a través de la experticia, o se reinventa en el encuentro con el otro? Lo anterior cobra especial sentido frente al objetivo de la presente investigación-intervención, en tanto se pretenden conocer los relatos que configuran la práctica narrativa del sistema consultante –integrado por un miembro psicólogo-, hipotetizando la posibilidad o dificultad de propiciar procesos de cambio en el contexto interventivo.

De nuevo se evidencia un escaso número de estudios que profundizan sobre la construcción del rol del psicólogo que trasciendan las funciones desempeñadas en los diferentes campos de acción, lo cual permite hipotetizar el interés del profesional en psicología en definir una posición determinada –posiblemente ante el temor de no ser o pertenecer desde el gremio que integra al psicólogo-, circunstancia que llevaría implícita la limitación de su reinención como profesional que atraviesa la esfera humana. Puesto que no se encuentran investigaciones que permitan profundizar en ello –siendo un foco de interés en el presente trabajo- se propone explorar la construcción del rol del psicólogo en el escenario psicoterapéutico en el marco de la investigación-intervención, desatacando la aproximación y observación correspondiente como un punto de innovación.

Una aproximación al psicólogo desde la autorreferencia. Se realiza una revisión documental que involucra principalmente la presentación de artículos de reflexión, buscando comprender el rol del psicólogo desde la observación de sí. En coherencia con el

fenómeno de investigación-intervención y a partir de la comprensión conceptual, se propone observar el impacto de la autorreferencia en la emergencia del sufrimiento, cuando el sistema consultante y el sistema de ayuda, convocan la relación psicólogo-psicoterapeuta en el proceso interventivo.

Sánchez (2013), en el artículo “Auto- y heterorreferencia: intervención, supervisión”, retoma el concepto de autorreferencia propuesto por Luhmann (1998) abordando su definición desde la observación de sí mismo, la capacidad de reflexión y de abandono de convicciones propias que limitan la vida (pensamientos, sentimientos y acciones), enfatizando en la capacidad de búsqueda y poner en acto las potencialidades, fortalezas y recursos de la persona.

A partir de las comprensiones expuestas por Luhmann (1998), Sánchez (2013) precisa tres elementos que configuran la construcción de autorreferencia, señalando en primer lugar la autocrítica como la capacidad de los seres humanos para verse a sí mismos y asumir la responsabilidad de sus acciones. En segundo lugar, el insight como la posibilidad de significar la comprensión del individuo sobre sus procesos internos, y en tercer lugar, la iluminación como elemento que permite ilustrar una perspectiva de desarrollo espiritual.

A fin de complejizar la relación existente entre el individuo, sí mismo y otros, Sánchez (2013) define la heterorreferencia como la observación que se hace del otro integralmente, con el objetivo de ayudarlo a reconocer sus aciertos y desaciertos, así como de fortalecer sus habilidades a través de la identificación de los recursos personales. Se destaca el deseo de acompañar al otro en el proceso de asumir responsabilidades, corregir y desprenderse de convicciones que limitan.

Sánchez (2013) precisa la importancia de discriminar lo que pertenece a sí mismo, de lo que le corresponde al entorno, indicando la necesidad de cuestionar las creencias, deseos y preferencias propias, lo que en su consideración, constituye una tarea difícil en tanto se percibe la tendencia a “buscar un error afuera”. Así, cuando se genera disonancia por la presencia simultánea de dos cogniciones contradictorias acerca de la definición del yo, se minimiza el malestar experimentado a través de la justificación o la alteración del sistema de creencias, con el objetivo de tomar una idea nueva y volver a la consistencia interna.

En este orden de ideas, es pertinente que el terapeuta se permita ser flexible para utilizarse como instrumento en el proceso terapéutico, lo cual significa moverse en diferentes posiciones emocionales en su relación con los consultantes, y tener claras sus necesidades emocionales. En tanto el cambio se encuentra constituido por procesos cognitivos, afectivos y pragmáticos, el papel del terapeuta, según Sánchez (2013), consiste en acoplarse con la postura del otro, ayudarlo a observar aquello que no le es posible ver y escuchar, así mismo es responsabilidad del interventor crear un ambiente relacional de confianza que facilite promover el cambio, lo que implica que el consultante se sienta tratado humanamente, sin juicios y con respeto.

Brandão (2008) por su parte retoma a Luhmann (1998, citado en Brandão, 2008) indicando que:

La autorreferencia es un correlato de la presión de la complejidad universal. En ninguna parte del mundo su complejidad puede ser reproducida, reelaborada, controlada adecuadamente, porque entonces aumentaría en la misma proporción. En su lugar se crea la autorreferencia que puede ser reespecificada para enfrentarse a la complejidad. (p.396)

En este sentido, para el autor en mención, la autorreferencia constituye una herramienta esencial en la producción de informaciones al respecto de la complejidad social. Si bien Garzón (2008) hace referencia al marco social, involucra diferentes dimensiones en la comprensión de la autorreferencia. Así pues, define dicho concepto como el principio organizador del conocimiento experiencial, el cual es construido conjuntamente en la terapia. Sumado a ello, subraya la autorreferencia como “estrategia de generación de recursividades entre dominios emocionales, experienciales y cognitivos, asociados a dinámicas relacionales de terapeutas y consultantes” (p.160).

Para Garzón (2008), el terapeuta es un ser humano, más allá de la experticia que involucra el “arte de vivir”, lo que implica el reconocimiento de sí mismo y del otro en sus posibilidades, brindando las condiciones para generar el cambio con base en los recursos de los sistemas sociales, a partir del discernimiento de los supuestos y valores que dan lugar a las teorías y a las técnicas que hacen parte de sus propios sistemas de referencia y de acción.

En este sentido, se propone al terapeuta la tarea de disponerse en el encuentro humano emocional e intelectualmente con el otro mediante la conversación, la reflexión y la recreación de actividades complejas, que implican el proceso recursivo de observar las observaciones, dando cuenta de “la reflexividad en contexto para adquirir conciencia de sí mismo, del otro, y del nosotros que surge en los encuentros humanos” (Garzón, 2008, p.162).

En coherencia con lo anterior, Garzón (2008) afirma que el terapeuta se posiciona como agente de coevolución en la relación con el consultante, “coordinando ritmos emocionales, cognitivos y relacionales que permiten su accionar como gestores activos de las propias búsquedas y de las transformaciones mutuas en la incertidumbre que integra lo

complejo” (p.162). Abordar lo relacionado con el “ser” del terapeuta, según Garzón (2008), incluye su forma de ver el mundo, su cultura, su marco de creencias, así como los dilemas inherentes a su propia vida y a la práctica de la psicoterapia.

Adicionalmente, Garzón (2008) considera que todo proceso autorreferencial es situado y por lo tanto, tiene un potencial comunicativo, en tiempos particulares que involucran la participación de actores sociales, sus historias, y los fines de las mismas al interior de dinámicas relacionales, lo que a su vez implica las reglas del contexto y aquellas que surgen producto del ejercicio conversacional. Así, dichas circunstancias ecológicas (con referencia a momentos relacionales psico-socio-antropológicos), organizan la práctica de conversar, reflexionar y metaobservar la emergencia de significados en el proceso autorreferencial de la terapia.

A partir de las interacciones entre los aspectos teóricos, acontecimientos de la clínica y las modificaciones a nivel personal y profesional del terapeuta, se precisa la construcción de un estilo terapéutico, el cual se dinamiza en relación con la identidad profesional desde los procesos autorreferenciales.

Vinculando autorreferencialmente la experiencia de sufrimiento, Morales, Pérez, Menares (2003), señalan un estudio realizado con profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Los autores destacan que en la acción de ayuda frente al sufrimiento, la angustia y el miedo son emociones predominantes. No obstante, a nivel secundario se resalta la impotencia relacionada con la posibilidad de experimentar tristeza ante el sufrimiento del otro, o rabia ante el interés de disminuir el mismo, lo que permite que los profesionales se aíslen o promuevan la pertenencia grupal de acuerdo al contexto. En este sentido, la conversación apelaría al valor de verbalizar las sensaciones, emociones y conflictos.

La investigación da cuenta del desgaste emocional por parte de los profesionales, siendo el “burnout” la categoría más clásica. Por otra parte, se refiere la manifestación del agotamiento físico y psicológico, una actitud relacional de aislamiento y experiencia de inadecuación en las tareas ejecutadas. Se observan mecanismos de protección y/o defensa de la angustia, lo cual genera dinámicas de riesgo para el sistema de relaciones en general.

Volviendo sobre la reflexión emergente en el apartado anterior e integrando el contenido revisado mediante la aproximación documental, se presenta el cuestionamiento alrededor del rol esperado del profesional en psicología y el posicionamiento asumido por el psicoterapeuta –partiendo de la comprensión previa acerca del psicólogo integrante del sistema consultante-.

La contestación al interrogante planteado cobra particular importancia cuando los autores sugieren el abandono de cogniciones, emociones y acciones que limitan la vida del terapeuta, como menester para intervenir a partir de los recursos y potencialidades del individuo consultante; puesto que se propone una dificultad en ello si previamente el psicólogo interventor no ha profundizado sobre las historias asociadas al rol profesional, siendo su posicionamiento en el contexto terapéutico un riesgo para el proceso de cambio, la escasa correspondencia o contradicción de lo esperado y desarrollado por sí mismo.

Es posible que el psicoterapeuta -como lo destacan los teóricos- sea autocrítico al generar una mirada hacia sí mismo, y utilice el insight para significar la comprensión del otro alrededor de sus procesos internos. No obstante, al preguntarse sobre aquello que parece estar definido por la disciplina (rol profesional) -instancia que a su vez proporciona discursos sociales que validan su comprensión-, se hipotetiza que favorecería el reconocimiento de sí mismo en la experiencia de “ser psicólogo”, promoviendo un

posicionamiento que no se determina por la configuración preconcebida del rol, sino por la necesidad que expone el sufrimiento para el sistema terapéutico.

Lo anterior se asemeja a la disonancia señalada por algunos autores, cuando se presentan dos cogniciones contradictorias de manera simultánea, sobre la definición del yo, en este caso desde la vivencia del terapeuta. Desde éste lugar se hace hincapié en el abordaje del “ser” del terapeuta -como se expone teóricamente-, lo cual implica la forma de ver el mundo, la cultura, las creencias, los dilemas propios de la vida humana y la práctica psicoterapéutica.

Para la presente investigación-intervención, el planteamiento expuesto anteriormente es de total pertinencia, en tanto propone una visión –desde la postura del psicoterapeuta – que si bien no constituye el foco de observación en términos de la manifestación sintomática, sí impacta considerablemente la apertura hacia un proceso de cambio más allá de la intervención psicológica, puesto que involucra la revisión de los dominios cognitivos, afectivos y pragmáticos para construir un ambiente relacional de confianza que posibilite la movilización.

A propósito de la observación integradora y la intervención multidimensional que involucra la aproximación a fenómenos complejos – como se sugiere previamente-, se introduce el estado del arte testimonial desde el cual se vislumbra –a través de cuatro escenarios narrativo-conversacionales- el contexto interventivo y el lugar del psicoterapeuta en el mismo, a la luz de su experiencia clínica con familias compuestas por un miembro psicólogo.

Estado del arte testimonial

Con el objetivo de desarrollar un ajuste contextual respecto a las investigaciones indagadas en el estado del arte documental y establecer la pertinencia del fenómeno de

investigación en torno al sufrimiento en familias con un miembro psicólogo, se consideró conveniente hacer uso de escenarios conversacionales como técnica de recogida de información, sobre las observaciones de psicoterapeutas que operan bajo diferentes paradigmas y marcos epistemológicos, desde la experiencia clínica con psicólogos consultantes o familias de los mismos. Se contó con la participación de un médico psicoterapeuta, un médico psiquiatra y dos psicólogos clínicos en contextos de atención psicológica privada.

Método. A continuación se realiza una descripción de los actores sociales participantes en el estado del arte testimonial, el diseño de los escenarios narrativo-conversacionales desarrollados, y procedimiento concerniente a la organización y transcripción de las conversaciones, así como el análisis de los relatos.

Participantes. Se realizaron cuatro escenarios narrativo-conversacionales con psicoterapeutas que han tenido experiencia en atención psicológica con estudiantes en formación de psicología, psicólogos y familias que integran los actores previamente mencionados. El primer escenario se llevó a cabo con un médico psicoterapeuta cognitivo-conductual, Master en Psicología Cultural (énfasis en los significados y las construcciones de sentido) y Doctor en Ética Aplicada. El segundo escenario contempló la participación de una psicóloga clínica con Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de orientación sistémico-relacional. El tercer encuentro se desarrolló en compañía de una psiquiatra psicoterapeuta con formación en psicoanálisis y por último, se efectuó el cuarto escenario con un psicólogo clínico de orientación humanista – transpersonal.

Se diseñaron cuatro escenarios narrativo-conversacionales (ver figura 3) con el propósito de conocer y comprender a través de la voz de los psicoterapeutas, la

aproximación al sufrimiento mediante el fenómeno psicopatológico, en relación a la población de psicólogos consultantes y/o sus familias. Se buscó comprender las construcciones de sentido alrededor del mismo y dar cuenta de las posturas profesionales alrededor del sufrimiento en colegas y sus familias. En el marco conversacional, se profundizó sobre los motivos de consulta en atención psicológica recurrentes, y las narrativas de construcción de sentido en torno al sufrimiento, expuestas en el contexto interventivo por la población señalada anteriormente.

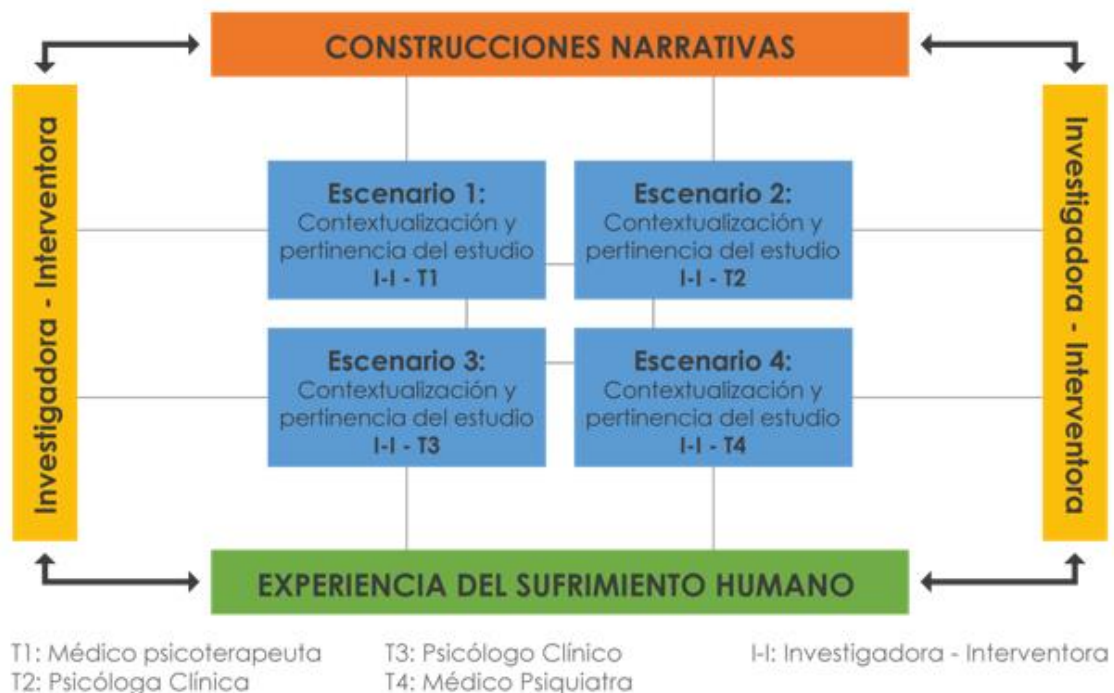


Figura 3 Estado del arte testimonial - Escenarios narrativo-conversacionales

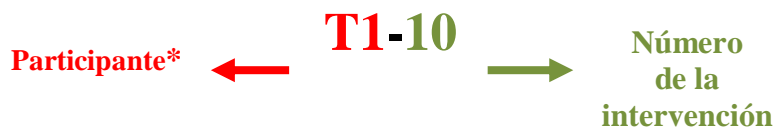
A continuación se precisa en la Tabla 3 los objetivos, focos, estrategias, preguntas orientadoras y guiones que organizaron el diseño de los diferentes escenarios.

Tabla 3

Estado del arte testimonial - Escenarios narrativo-conversacionales

ACTORES	Médico psicoterapeuta, psicóloga clínica, médico psiquiatra y psicólogo clínico.
OBJETIVOS	<p>Conocer y comprender la postura frente al fenómeno del sufrimiento en relación a la población de psicólogos y/o sus familias.</p> <p>Comprender las construcciones de sentido en torno al fenómeno de investigación, del psicólogo y su familia a partir de la mirada del psicoterapeuta.</p> <p>Posibilitar un escenario conversacional en el cual se dé cuenta de las posturas profesionales alrededor del sufrimiento en psicólogos o sus familias consultantes.</p>
FOCOS	<p>Motivos de consulta en atención psicológica recurrentes en psicólogos y sus familias.</p> <p>Narrativas de construcción de sentido evocadas por los psicólogos y sus familias en torno al sufrimiento.</p>
ESTRATEGIA	Escenario narrativo-conversacional
GUIONES	<p>¿Qué experiencias ha tenido usted con psicopatología en psicólogos/familias donde hay un miembro psicólogo?</p> <p>¿Qué cree usted que motiva al psicólogo/familias de psicólogos a buscar atención psicológica?</p> <p>¿Cuáles son los motivos de consulta recurrentes en los psicólogos / familias de psicólogos consultantes?</p> <p>¿Cómo construyen o presentan la problemática motivo de consulta?</p> <p>¿Encuentra usted alguna relación entre la profesión y las problemáticas presentadas por los psicólogos / familias de psicólogos consultantes?</p> <p>¿Cómo comprende la psicopatología?</p> <p>¿Cómo se configura la relación terapéutica entre el psicólogo / familias de psicólogos consultante y el terapeuta clínico?</p> <p>Como colega ¿cuál ha sido el impacto que le ha generado la atención de psicólogos clínicos / familias de psicólogos?</p>

Organización y transcripción de las conversaciones. Las conversaciones fueron grabadas en audio, posteriormente se realizaron las transcripciones codificadas a continuación, considerando los actores sociales participantes (ver figura 4).



*T1: Médico psicoterapeuta, T2: Psicóloga clínica, T3: Psicólogo clínico, T4: Médico psiquiatra, I-I: Investigadora - Interventora

Figura 4 Codificación de las intervenciones del estado del arte testimonial

Las conversaciones transcritas se analizaron a través de la construcción de una matriz permitió dar cuenta de los dominios de indagación explicativo (paradigmas y epistemologías), ideológico/simbólico y técnico/interventivo propuestos por Estupiñán y González (2008) –descritos más adelante- (ver Tabla 4).

Tabla 4

Estado del arte testimonial - Matrices de análisis de escenarios narrativo-conversacionales

Categorías de Análisis	Textualidad	Interpretación Investigadora Interventora
Domino de orden explicativo		
Dominio de orden ideológico y simbólico		
Dominio de orden técnico/interventivo		

Análisis de los relatos. A través de las transcripciones de los escenarios narrativo-conversacionales, se identificaron y categorizaron los elementos concernientes a los

diferentes dominios de indagación testimonial de los estados del arte. De este modo, los relatos que privilegiaron hipótesis, constructos explicativos y metáforas para comprender el fenómeno de investigación-intervención, fueron considerados en la fila correspondiente al *dominio explicativo*. Cuando en los relatos se describieron mitos, sistemas de ideas e intereses humanos que favorecieron la explicación del fenómeno así como su transformación, fueron ubicados en el *dominio ideológico simbólico*. Por último, aquellos relatos que desde otra perspectiva explicitaron los modos de proceder en la intervención o el manejo de las situaciones que los sistemas sociales participantes practican, se categorizaron en el *dominio técnico/interventivo*.

Resultados. A continuación se presentan los resultados obtenidos a la luz de los dominios de orden explicativo (paradigmas y epistemologías), ideológico y simbólico, y técnico-interventivo descritos por Estupiñán y González (2008), profundizando sobre los modos de acción e ideologías que explican el fenómeno de investigación-intervención, las teorías, creencias y mitos de los actores sociales participantes sobre el objeto de estudio, y los modos de proceder técnicos implementados por estos en su ejercicio clínico.

De otra parte, se pretende evaluar las implicaciones del contenido emergente en la comprensión del fenómeno de estudio favoreciendo su actualización, y sus consecuencias para la implementación de la acción investigativa.

Dominio del orden explicativo. Este dominio ilustra los constructos explicativos, las hipótesis y metáforas usadas para comprender el fenómeno clínico en estudio y su intervención –en un principio orientado al proceso de construcción de realidades psicopatológicas-, a partir de los relatos de los psicoterapeutas participantes.

Los actores sociales participantes refieren que los sistemas consultantes –con un miembro psicólogo- narran el motivo de consulta y el malestar experimentado, a través de la categorización del comportamiento humano mediante el uso de criterios diagnósticos - buscando explicar su funcionamiento-, contenido que centraliza la problemática en el síntoma manifiesto. Al respecto, los psicoterapeutas señalan la limitación que contempla considerar únicamente ésta comprensión en el proceso interventivo, puesto que se privilegia el continuo salud-enfermedad, lo que en la voz del psicoterapeuta 2 (T2) se advierte como un reduccionismo categorial respecto a los principios paradigmáticos de la disciplina (Apéndice A, escenario 1, T1-26) – pues si bien integra la dimensión biológica, la manifestación clínica bajo la visión psicológica sugiere variables individuales, relacionales y contextuales-.

Trascendiendo el modelo médico –el cual señala la presentación del síntoma desde el marco biológico- a través de la voz de los psicoterapeutas participantes, emerge la noción de sufrimiento como “la crisis desencadenada por el desequilibrio y la alteración en los sistemas de ordenamiento interno en relación con los contextos” (Apéndice A, escenario 3, T3-22), resaltando la visión gestáltica frente a la comprensión del funcionamiento psíquico. Por otra parte y retomando la voz de los psicoterapeutas, se destaca el uso del argumento científico –por el sistema consultante- para describir y explicar la afectación en la dinámica relacional entre padres psicólogos e hijos, haciendo referencia a la capacidad crítica desarrollada en los adolescentes (hijos) para manifestar sus observaciones sobre la conducta mediante la expresión de un lenguaje “elaborado” (Apéndice A, escenario 1, T1-10).

De acuerdo al relato de los psicoterapeutas, el psicólogo consultante narra el sufrimiento a través de epistemes psicológicas, lo que plantea la construcción de hipótesis

explicativas alrededor de conjunto de signos auto-observados, dando cuenta de la presencia de categorías psicológicas que a su vez, exponen el marco de referencia del consultante desde su rol profesional (Apéndice A, escenario 3, T3-16).

Las voces de los psicoterapeutas hacen hincapié en que el psicólogo consultante evoca un discurso “explicativo”, el cual busca dar cuenta de su experticia -asumiendo un doble rol en el contexto familiar- lo que posibilita la emergencia de dificultades a nivel relacional (Apéndice A, escenario 1, T1-8, T1-10, T1-11, T1-12, T1-36). Al hacer la diferenciación entre los roles asumidos en contextos particulares, se reconoce la limitación de la competencia profesional para el estudio del caso propio, lo cual determina en cierta medida la motivación para acudir a la atención psicológica (Apéndice A, escenario 1, T1-14, T1-18, T1-22, T1-24).

Los psicoterapeutas participantes identifican en el psicólogo consultante el uso de un lenguaje “estructurado y elaborado” en la exposición del discurso, por lo cual se contemplan -desde el lugar del interventor- los marcos de referencia para conversar desde epistemes psicológicas en términos de contenido, buscando la deconstrucción narrativa y el reposicionamiento humano que vislumbra caminos posibles (Apéndice A, escenario 2, T2-26).

Los actores sociales refieren que en la interacción con el psicólogo consultante hacen uso del marco epistemológico desde el cual emerge la comprensión explícita en la conversación, a fin de identificar las narrativas dominantes que dificultan la actualización de la experiencia y que, por tanto, interfieren en el proceso psicoterapéutico. Al respecto se destaca la importancia de clarificar el rol del psicólogo consultante en el contexto terapéutico, en tanto se observa incongruencia entre el posicionamiento profesional

asumido y el rol de consultante, parte e integrante del sistema familiar (Apéndice A, escenario 1, T1-21).

En relación con lo anterior, el psicoterapeuta 1 (T1) precisa que el uso de rituales basados en la normativa de la ética profesional –consentimiento informado-, constituye un pretexto formal que permite encuadrar el contexto interventivo, siendo menester convocar al colega consultante desde el rol que le compete (Apéndice A, escenario 1, T1-16).

Las comprensiones que surgen en este dominio, a partir de las voces de los psicoterapeutas participantes, constituyen un punto de intersección fundamental entre los diferentes elementos que integran el objeto de estudio, lo cual contribuye a la articulación de los demás órdenes de indagación en un sentido semiótico y pragmático, y transforma significativamente el fenómeno de investigación-intervención, mediante la exposición del tránsito emergente de la construcción psicopatológica y al sufrimiento humano.

En éste sentido, se favorece el paso de la explicación del comportamiento humano a través de categorías diagnósticas que soportan su funcionamiento, centrando la problemática –precisada en los motivos de consulta- en el síntoma y la realidad psicopatológica, a una visión gestática que no solo involucra la biología como dimensión, sino integra miradas que privilegian el carácter, individual, relacional y social, siendo el sufrimiento una categoría conceptual que ubica en primer plano una lectura interaccional y contextual.

Desde otro punto de vista y volviendo sobre las implicaciones del modelo médico - en el dominio explicativo-, a través de la voz de los actores sociales, se precisa la influencia del argumento científico en el lenguaje mediante el cual se comunican los motivos de consulta, describiéndose como relatos “estructurados y elaborados” (Apéndice A, escenario

1, T1-10) –en términos de contenido-, lo que si bien da cuenta de la manera en cómo los sujetos construyen su realidad –y se sirve como un instrumento para expresar-, construyen sentido en la relación terapéutica, interviniendo consecuentemente desde la ontología de quien se posiciona desde el rol de psicólogo.

Es así como se introduce el rol del profesional en psicología como un concepto que permite identificar los relatos asociados al que hacer, y que simultáneamente configuran el lugar desde el cual se ubica el psicólogo en las relaciones que establece con la familia, el psicoterapeuta y el mundo. Aunque se reconocen dichas interconexiones, no se profundiza sobre las implicaciones en el contexto terapéutico, convirtiéndose en un foco de análisis posterior para la investigación-intervención.

Dominio de orden ideológico y simbólico. Este dominio describe los sistemas de creencias e intereses humanos en relación con el fenómeno psicopatológico desde la voz de los psicoterapeutas participantes, así como las construcciones asociadas a su redefinición.

Los actores participantes refieren en principio el uso del modelo médico para comprender el sufrimiento desde el constructo de enfermedad, el cual propone un abordaje desde el diagnóstico. Al respecto se precisa que el fenómeno psicopatológico desconoce la conducta en términos interaccionales, lo cual lleva a responder al sufrimiento únicamente desde el tratamiento farmacológico (Apéndice A, escenario 1, T1-26, T1-36).

Considerando lo anterior, los psicoterapeutas definen la psicopatología como una perspectiva que limita o estanca los procesos de desarrollo humano, en tanto el término es concebido desde la vulnerabilidad. Se afirma que las categorías diagnósticas constituyen únicamente una guía en la observación del funcionamiento de la conducta, así como de las

áreas de desarrollo impactadas para favorecer su potencialización (Apéndice A, escenario 2, T2-04).

Según los psicoterapeutas participantes, en ocasiones el psicólogo y su familia puntúan el sufrimiento como oportunidad de desarrollo humano, destacando el contexto terapéutico como un espacio favorecedor de cambio, en tanto se reconoce el dominio de las relaciones y su participación activa en las mismas, trascendiendo la postura ligada al síntoma (Apéndice A, escenario 3, T3-12). En este sentido, el psicoterapeuta 3 (T3) advierte que los sistemas consultantes –con un miembro psicólogo- deciden asistir al escenario interventivo bajo el interés de promoverla salud mental (Apéndice A, escenario 3, T3-6), buscando profundizar sobre sus órdenes de significado y sentido de trascendencia, desvirtuando en este sentido la función sintomática en la psicoterapia (Apéndice A, escenario 3, T3-24).

Los actores sociales resaltan creencias predominantes en los psicólogos y sus familias respecto a la decisión de la asistencia a contexto terapéutico, se destacan relatos dominantes en el sistema narrador acerca del temor a la pérdida de control frente al cambio y procesos de movilización (Apéndice A, escenario 2, T2-10). Así mismo, se manifiesta inquietud del psicólogo consultante al considerar la probabilidad de que su colega psicoterapeuta -desde el rol profesional- emita juicios frente al rol paterno ejercido por su parte –cuando se trabaja con sistemas parentales y el miembro psicólogo se posiciona como madre/padre en la estructura familiar-, al interior de la familia.

De acuerdo con las voces de los psicoterapeutas participantes, la familia concibe al psicólogo como “un símbolo de salud mental y funcionamiento psíquico” (Apéndice A,

escenario 3, T3-8), una persona con mayor “capacidad de síntesis, integración y equilibrio relacional” (Apéndice A, escenario 3, T3-10), acudiendo desde dichas atribuciones a su ejercicio profesional en múltiples contextos. Sumado a ello y siguiendo el relato de los psicoterapeutas, el psicólogo es percibido desde la “racionalidad”, lo cual lleva a privilegiar comprensiones asociadas a la competencia profesional en la interacción con su colega o familia, mediante el cuestionamiento subyacente sobre la experticia profesional” (Apéndice A, escenario 3, T3-12). Sin embargo, lo anterior se enmarca dentro de la redefinición del problema que trasciende el motivo de consulta.

Por su parte –de acuerdo con el relato de los psicoterapeutas- el psicólogo consultante tiene a puntuar ciertas experiencias como “inapropiadas”, en coherencia con el marco propio de su formación y el imaginario configurado sobre el perfil profesional, precisando en ocasiones la presentación de acciones emitidas de su parte, que se encuentran en contradicción con ello –como hipótesis sugeridas frente al malestar experimentado-.

Respecto al lugar desde el cual los psicoterapeutas narran su praxis en el contexto clínico, se refiere que el acercamiento al psicólogo consultante y su familia mediante una posición empática privilegia el factor humano más allá del rol del profesional, lo que favorece de acuerdo a su experiencia el reposicionamiento del profesional en psicología desde el rol de consultante.

Por otra parte, los actores sociales advierten que a mayor nivel de formación académica del psicólogo consultante, mayor sutileza en el manejo de la comunicación, relacionamiento y convocatoria de miembros significativos al contexto terapéutico (Apéndice A, escenario 2, T2-26). Al respecto, los participantes resaltan que al conversar

con el profesional en psicología –consultante- desde sus referentes epistemológicos se favorece el proceso de cambio, tomando el lenguaje como herramienta principal en el proceso de deconstrucción de narrativas dominantes, dando lugar a la emergencia de relatos alternos (Apéndice A, escenario 2, T2-18, T2-20, T2-22). Al profundizar sobre la construcción identitaria desde el rótulo diagnóstico o explicativo, los psicoterapeutas dan cuenta de una deconstrucción basada en la humanización de la experiencia, posibilitando con ello el abordaje terapéutico orientado al cambio (Apéndice A, escenario 1, T1-8, T1-18).

Retomando la discusión explicativa, este dominio ofrece a la investigación-intervención una distinción esencial frente al marco de posibilidades que emergen al partir del fenómeno psicopatológico o el sufrimiento como noción articuladora y objeto de estudio, a partir de las narrativas privilegiadas alrededor de dichas construcciones.

Respecto a las realidades psicopatológicas, a través de las voces de los psicoterapeutas participantes, se precisa la relación directa de tratamientos farmacológicos, frente al carácter estático de la enfermedad como diagnóstico, y este a su vez como totalizador de la experiencia –limitando y estancando las posibilidades de emergencia del sujeto desde un rol activo-. De otra parte, se atribuye al sufrimiento una construcción conceptual que observa en el malestar una oportunidad de potencialización.

De acuerdo con las distinciones trazadas, se destacan creencias asociadas contexto terapéutico como espacio de intervención, destacando el temor frente a la pérdida del control ante el cambio y la movilización, o la posibilidad de promover la salud mental y el desarrollo humano respectivamente –ante las perspectivas resaltadas en el párrafo anterior-.

Por otra parte y retomando la participación de los actores sociales, se evidencian los relatos dominantes asociados al rol del psicólogo desde la construcción social –el psicólogo como “símbolo de salud mental (...) equilibrio relacional” (Apéndice A, escenario 3, T3-8, T3-10) que conlleva el ejercicio profesional presente en los diferentes contextos-, aspecto que ilumina y enfoca el interés investigativo, puesto que de acuerdo a las apreciaciones obtenidas constituye el marco de creación de realidades que conecta la interacción dentro y fuera del escenario terapéutico, dejando en la oscuridad las posibilidades interventivas favorecedoras del cambio.

Dominio de orden técnico/interventivo. Este dominio destaca las técnicas asociadas a los modos de proceder de los psicoterapeutas –actores sociales-, en la intervención de los motivos de consulta presentados por los sistemas consultantes en el contexto terapéutico.

Los psicoterapeutas mediante su relato caracterizan al gremio de psicólogos como un grupo fragmentado, en tanto se observa un cuestionamiento frecuente alrededor de la competencia profesional entre colegas, creando lazos de desconfianza entre sí (Apéndice A, escenario 1, T1-16). En coherencia con ello, se precisa la pertinencia en la creación de relaciones de confianza entre los psicólogos, sus familias y el psicoterapeuta, como pretexto para dar inicio a un proceso psicoterapéutico.

En este sentido, los actores sociales realzan la importancia de la alianza terapéutica como componente fundamental en el ámbito interventivo, haciendo énfasis en el ritual de elección del terapeuta, evidenciado previo a recepción de atención psicológica, basado en la confianza. Los psicoterapeutas manifiestan que al buscar establecer la relación terapéutica

en su ejercicio clínico, tienden a focalizar la atención en los integrantes de la familia convocados procurando neutralidad (Apéndice A, escenario 2, T2-26).

Los psicoterapeutas participantes advierten que -desde el posicionamiento de experticia-, el psicólogo y su familia ocasionalmente ubican el ritual correspondiente al marco ético y legal sobre el manejo de la información en segundo plano –dando por hecho el conocimiento compartido desde la disciplina-. No obstante y de manera paradójica, el sistema consultante hace énfasis en la aplicación de la normativa correspondiente al secreto profesional, comunicando un doble mensaje a su colega psicoterapeuta a través del doble posicionamiento en el contexto terapéutico. Bajo la consideración del doble rol asumido por el psicólogo en el proceso interventivo, los psicoterapeutas advierten la pertinencia de mantener con firmeza los rituales que enmarcan el contexto para facilitar la configuración del rol del profesional en psicología como consultante (Apéndice A, escenario 1, T1-4, T1-6, T1-30).

Aunque se acude al conocimiento propio de la disciplina para identificar, a partir de los síntomas, la prioridad en la búsqueda de atención psicológica, como lo menciona el psicoterapeuta 3 (T3), se observa la resistencia del sistema consultante frente al contexto terapéutico como escenario de intervención, pues se atribuye al psicólogo consultante la responsabilidad de dar resolución al problema emergente, volviendo nuevamente sobre su posicionamiento profesional al interior de la familia (Apéndice A, escenario 3, T3-12).

Desde la voz de los participantes, en el marco de las conversaciones terapéuticas, se destaca la agudeza en la comunicación con el psicólogo consultante -haciendo referencia a la manifestación del discurso-, puesto que éste se ubica desde el conocimiento propio de la disciplina, exponiendo en ocasiones un juego de competencia con el psicoterapeuta. Sin

embargo, se retoma la alianza terapéutica como recurso –pues se resalta la confianza en el colega como un elemento que impacta positivamente la motivación y el compromiso del sistema consultante frente al proceso interventivo- al consolidarse la relación definida en el contexto correspondiente (Apéndice A, escenario 3, T3-16).

Los resultados obtenidos mediante el análisis de las narrativas concernientes al dominio de orden técnico/interventivo, permiten vislumbrar la importancia de la construcción el rol del psicólogo en la pragmática que favorece el sistema de interacciones que se organiza en alrededor del problema, el cual lleva a la configuración de un motivo de consulta y por con este, al contexto interventivo.

Desde este marco de indagación, se destaca principalmente mediante la voz de los actores sociales, el ritual que organiza la experiencia del psicólogo consultante en la aproximación al escenario terapéutico, iniciando por el cuestionamiento que expone sobre la competencia profesional de sus colegas y por tanto, la efectividad en los procesos de cambio. De este modo, se generan aproximaciones previas a diferentes profesionales buscando garantizar el ejercicio clínico del colega elegido como psicoterapeuta.

Una vez situado en el contexto terapéutico, se evidencia de nuevo el posicionamiento del profesional en psicología –consultante- como “experto”, emergiendo con ello modos de accionar que pretenden controlar el manejo de la información –desde la omisión del ritual correspondiente al consentimiento informado, o por el contrario, la insistente demanda por salvaguardar el contenido confidencial bajo el secreto profesional.

En consecuencia, los psicoterapeutas participantes advierten la formalidad en los rituales e encuadre clínico como herramienta para incrementar la percepción de confianza

con el terapeuta tratante y a su vez, como estrategia que permita reposicionar al psicólogo como consultante. No obstante, partiendo de la concepción del escenario terapéutico como una segunda alternativa, posterior a los intentos fallidos de resolución del problema por parte del profesional en psicología al interior de la familia, en ocasiones se plantea un juego de competencia que busca reafirmar el rol del psicólogo en el proceso interventivo.

De otra parte, se sugiere la construcción de la alianza terapéutica por parte de los psicoterapeutas y del uso de marcos epistemológicos del consultante -mediante el lenguaje utilizado en el discurso-, como vía que invita e incita al posicionamiento desde el rol consultante.

Lo anterior, constituye un componente clave en la presente investigación-intervención puesto que si bien el estado del arte contextual permite vislumbrar la manifestación sucinta de un doble rol –del psicólogo consultante-, no profundiza sobre las implicaciones particulares en la familia y el escenario interventivo, planteando así un foco de observación e innovación en el ejercicio investigativo.

Discusión entre los estados del arte documental y testimonial

A lo largo de la revisión documental es posible apreciar un número significativo de investigaciones que abordan y entienden la experiencia del sufrimiento desde diferentes miradas y perspectivas epistemológicas, lo cual invita a configurar una visión integradora que posibilite la comprensión del individuo a través de una postura compleja. No obstante, se evidencian escasos estudios sobre el fenómeno de investigación-intervención, en relación a la población de psicólogos y sus familias.

Al respecto, únicamente se exponen investigaciones que muestran la correlación e interacción entre el fenómeno psicopatológico y los profesionales de la salud –asociadas principalmente al contexto laboral-, destacando narrativas que privilegian el modelo médico en su comprensión e intervención.

Al profundizar sobre el fenómeno psicopatológico en el estado del arte testimonial, los actores participantes (psicoterapeutas) quienes mediante su relato convocaron la voz de estudiantes en formación de psicología, psicólogos y/o sus familias consultante desde su experiencia clínica, inicialmente destacan que el malestar subjetivo expuesto como motivo de consulta, es evidenciado en las conversaciones psicoterapéuticas en términos categóricos, precisando la emergencia de narrativas dominantes que priorizan la postura diagnóstica del modelo médico, la cual subraya la exposición de criterios que enmarcan la conducta en un conjunto de síntomas, que si bien corresponden a la experiencia individual, son generalizados en la población humana.

En consecuencia, a partir de configuración de los relatos privilegiados que sostienen el problema, síntoma o malestar se determina el dominio pragmático, pues el sistema consultante asume un posicionamiento pasivo frente a la posibilidad de cambio en términos de acción, al narrarse a sí mismo desde el déficit, la incapacidad y la vulnerabilidad, manteniendo la función sintomática y rígida en la construcción identitaria.

Lo anterior es coherente con Bermejo, Lozano, Villacieros y Carabias (2013), quienes describen el sufrimiento mediante el dolor físico, vinculado al proceso de enfermedad y de muerte, desde la apreciación de una cultura medicalizada. En este sentido, las voces participantes concuerdan con los autores revisados, al reconocer que la

patologización de la conducta ha favorecido un abordaje paliativo del síntoma en términos interventivos.

Tal comprensión invita a considerar una mirada contextual, en tanto se enmarca la farmacología como intervención que pretende aliviar lo que es entendido por la cultura occidental como amenaza patológica. Profundizando sobre lo anterior, se retoma a Luna (2008) para subrayar que cada sociedad o cultura evoca una tipología propia de episodios, situaciones de sufrimiento y emociones, de acuerdo a la forma en que está estructurado el orden social y las normas que lo regulan. Es decir que cada sociedad en sus diferentes periodos históricos, favorece la manifestación de sufrimiento en los individuos que la integran, teniendo en cuenta la “fuerza” estructurante de sus modelos psicosociales predominantes.

Esta lectura permite observar el sufrimiento como producto de las prescripciones sociales y los valores culturales, lo que para el fenómeno de investigación-intervención constituye la base contextual, para comprender los sentidos y significados que intervienen en la experiencia del sistema consultante.

No obstante y volviendo sobre los relatos dominantes, como lo referencia Cardona (2015), diagnosticar, descifrar e interpretar son acciones emergentes ante la “angustia de sobrevivir” al malestar experimentado. Partiendo de ello, considerando la transformación conceptual manifiesta en la revisión documental, y las voces de los actores participantes desde el contexto interventivo, se inicia la exploración hacia el sufrimiento como construcción multifactorial, noción que si bien integra la dimensión biológica, constituye y trasciende diversas perspectivas paradigmáticas y conceptuales que facilitan -como lo

pretende la presente investigación-intervención- la comprensión acerca de cómo se organiza la experiencia de sufrimiento.

Al interior del contexto terapéutico se subraya la manifestación de relatos dominantes por parte del psicólogo consultante y su sistema familiar, al evocar epistemes psicológicas para explicar el motivo de consulta e intentar vislumbrar a través de una lógica causal, las variables que favorecen la emergencia de la experiencia de sufrimiento. Lo anterior da cuenta del posicionamiento experto del psicólogo consultante en el escenario interventivo, lo que promueve cuestionamientos acerca de la constitución del rol que éste ocupa y desempeña al interior de la familia, extendiéndose incluso hasta su lugar en la sociedad.

Al respecto, los escenarios conversacionales permiten dar cuenta del posicionamiento profesional asumido por el psicólogo en el sistema familiar -al cual pertenece- ante el surgimiento de problemas que involucran la dinámica relacional. En este sentido se advierte el agotamiento, desbordamiento emocional y sensación de pérdida del profesional en psicología como pretexto en la configuración del motivo de consulta, frente a la dificultad de atender de manera efectiva las demandas de su entorno primario, y dar resolución al malestar experimentado. Este punto lleva a contemplar la pertinencia de explorar y profundizar en la investigación-intervención sobre la configuración de la demanda de ayuda que concierne al sistema consultante respecto al síntoma manifiesto o malestar subjetivo, y aquella encubierta por el profesional en psicología -consultante- como preámbulo a la búsqueda del contexto terapéutico; y su relación con la construcción de sufrimiento.

El planteamiento en mención es evidenciado por Redondo (2013) al referir que el profesional se posiciona en el rol de experto en su ejercicio profesional, haciendo hincapié fundamentalmente en el diagnóstico de necesidades individuales y/o comunitarias, lo que invita al usuario ocupar el rol de informado, generando una relación de dependencia que dificulta el desarrollo de la autonomía. Si bien este postulado ofrece una mirada que contribuye a la comprensión del fenómeno resaltado por los actores sociales del estado del arte testimonial, se dejan de lado elementos que articulan y amplían la experiencia del profesional.

Volviendo sobre la comprensión del sufrimiento, si bien Bermejo, Lozano, Villaceros y Carabias (2013) subrayan el dolor como respuesta al mismo, integran por otra parte la experiencia de miedo, ansiedad, estrés, pérdida de objetos afectivos y otros estados psicológicos. Al respecto, los actores participantes concuerdan al definir el sufrimiento como un estado de malestar, generado por una amenaza de pérdida de integridad o desintegración de sí, como lo mencionan Viktor Frankl y Karl Jaspers, a través de la voz de Pinedo (2014), pues desde allí, las situaciones límite generan angustia en la vida del ser humano al confrontarle con la realidad construida, provocando cuestionamientos existenciales que desembocan en el vacío del sinsentido, describiendo de este modo la experiencia de sufrimiento.

Retomando el contexto interventivo sobre el cual se enmarca la investigación-intervención, esto lleva a redefinir el sufrimiento no como aquello que configura un motivo de consulta, sino como un fenómeno inherente a la existencia humana, el cual va más allá de la expresión sintomática y de cualquier rol profesional.

No obstante, desde el ejercicio clínico se puede señalar que, si bien el sufrimiento no constituye la puerta de entrada hacia el abordaje interventivo, se encuentra presente a lo largo del proceso terapéutico, quizá con un mayor nivel de presencialidad en la redefinición del problema emergente en el sistema terapéutico, lo cual invita a pensar el proceso de cambio, no desde su disminución sino a través de la reconfiguración de la experiencia. Como lo menciona Correa, Silva, Belloc y Martínez (2006), el contenido subrayado no advierte la desaparición del sufrimiento sino su resignificación, a partir de códigos que son reconstruidos diariamente en los territorios de escucha e interacción social.

En coherencia con el propósito planteado, Pinedo (2014) asocia el sufrimiento a la experiencia de muerte en quien se encuentra observando, lo que es puntuado del mismo modo por Santo Tomás de Aquino desde una postura filosófica. En este sentido, mueren todo tipo de realidades en tanto dejan ser lo que eran y pasan a ser otra cosa, comprensión que permite considerar la reconstrucción de la realidad y con ella, el renacimiento del self como un proceso continuo y en constante actualización, modificando la experiencia.

Al desvincular el fenómeno psicopatológico de la expresión sintomática, los psicoterapeutas exponen el sufrimiento desde la noción de crisis, definida a su vez a partir del desequilibrio, la desintegración, la fragmentación y la predominancia de las partes sobre el todo, posibilitando la “alteración de los procesos de orden establecidos”. Aunque no se evidencia un escenario de bienestar, la comprensión del sufrimiento en los términos presentados permite contemplar la generación de posibilidades de creación, articulación e integración, mediante la exploración de los significados presentados por los sistemas consultantes, a través de la trama narrativa y, en consecuencia, la deconstrucción de los mismos así como la resignificación de la experiencia a través del proceso conversacional.

De esta manera, se propone una aproximación al sufrimiento desde una mirada intra e interpersonal, en tanto se propicia una alteración a nivel interior como exterior (Pinedo, 2014). En este sentido y retomando el contexto de la investigación, se sugiere en la voz de los actores participantes la interacción del psicoterapeuta con el sistema consultante como aquella que puede facilitar recursivamente la movilización del individuo, a través de la co-construcción desde la naturaleza de la relación.

Como se expone anteriormente, al transformar la etiqueta diagnóstica -como una manera de hacer visible el malestar subjetivo-, los psicoterapeutas observan posibilidades de desarrollo humano a partir de la ampliación de los referentes epistemológicos, pues señalan la tendencia a desvincularse del fenómeno psicopatológico, destacando el sufrimiento como la posibilidad de profundizar sobre el sentido de trascendencia del ser humano en relación a la función sintomática, a partir de un enfoque centrado en el bienestar a través de posibilidades de acción. Como lo menciona Velásquez (2009), la actitud de la persona frente al dolor hace la diferencia entre la posibilidad de otorgarle o no sentido al sufrimiento.

Al interior del contexto interventivo, la consolidación de la relación terapéutica adquiere un sentido fundamental, al favorecer la expresión del malestar experimentado por el psicólogo consultante y su familia. Como lo expone Sánchez (2013), dicho encuentro consiste en acoplarse con la postura del otro, ayudarlo a observar aquello que se dificulta ver y escuchar, creando un ambiente relacional de confianza que facilita la promoción del cambio, a partir de un trato humano, sin juicios y con respeto.

En este sentido, se contempla la alianza terapéutica como un recurso que permite el establecimiento del equilibrio entre el sistema de ayuda y el sistema consultante, puesto que se observa el posicionamiento del último, desde un rol doble que le otorga poder a través de la narración de epistemes psicológicas, en tanto se toma como una posibilidad de organizar la experiencia de sufrimiento. Desde este punto de vista, a través del abordaje hermenéutico, el psicoterapeuta conversa con el sistema consultante alrededor de la problemática, favoreciendo la deconstrucción narrativa de los relatos dominantes.

Se identifica entonces que al conversar sobre la experiencia vivida desde lo humano, descentrando la competencia profesional, es posible construir comprensiones alternas que facilitan la apertura hacia el bienestar, a través del proceso de cambio emergente en el contexto terapéutico.

En concordancia con Bermejo, Lozano, Villacieros y Carabias (2013), resulta pertinente considerar el sufrimiento desde una perspectiva multidimensional –lo que implica y no desliga la competencia profesional-, planteando a su vez la necesidad de implementar un modelo de intervención multifactorial que involucre una comprensión transdisciplinar para abordar el fenómeno. Como lo expone Torralba (2007), al reconocer la relación entre el dolor espiritual y el funcionamiento del cuerpo, es necesario atender la tristeza tanto como la corporalidad de la persona.

Sin embargo, aunque los actores participantes reconocen la importancia de dicha propuesta comprensiva, no se identifican elementos que den cuenta de la transformación del cuerpo más allá del tránsito de la enfermedad a la ausencia de la misma. En este sentido, Torralba (2007) propone el sufrimiento como un constructo que comprende la

integración e interacción de las dimensiones: física, mental y espiritual, privilegiando al individuo como creador de su realidad.

A partir del contenido abordado en los estados del arte, se reafirma el sufrimiento como eje transversal en el ejercicio investigativo-interventivo, en tanto amplía la comprensión psicopatológica desde la cual se inicia la revisión documental y testimonial. Si bien se incluye la perspectiva biológica como elemento fundamental en la experiencia de sufrimiento, se convocan fuentes y voces que integran diversos modelos de comprensión que favorecen la emergencia de una mirada integradora que permite la redefinición conceptual del fenómeno de investigación-intervención mediante el diálogo transdisciplinar.

Respecto a la aproximación conceptual y social de las familias que integran un miembro psicólogo y acuden a un proceso psicoterapéutico, se resalta la exposición de relatos dominantes basados en epistemes psicológicas expuestas en el contexto terapéutico, las cuales buscan explicar y comprender la experiencia de sufrimiento; lo que constituye un obstáculo en un primer momento, al consolidar la relación terapéutica. En este punto se observan juegos de poder entre el lugar ocupado por el psicólogo consultante y el psicoterapeuta, lo que interfiere en el posicionamiento asumido en el escenario interventivo y por consiguiente, la movilización del sistema consultante.

No obstante, se resalta el abordaje narrativo del interventor hacia su colega consultante, a través del uso de elementos epistemológicos en el proceso conversacional, lo que al inicio posibilita la consolidación de la alianza terapéutica y, posteriormente, favorece la deconstrucción de relatos dominantes alrededor de la manifestación sintomática.

Si bien se reconoce la pauta interaccional referida al interior del sistema terapéutico, los estados del arte no abordan a profundidad los elementos narrativos que permiten comprender el reposicionamiento del psicólogo consultante en el contexto terapéutico y el sistema familiar, lo cual resulta relevante frente a la construcción y deconstrucción narrativa de los relatos que organizan la experiencia de sufrimiento, en tanto impacta la movilización del sistema consultante hacia el proceso de cambio.

Al respecto surge el cuestionamiento sobre la correlación entre la configuración de la relación terapéutica y la autorreferencia como recurso interventivo en el encuentro entre el psicólogo consultante y su colega psicoterapeuta, puesto que como lo menciona Garzón (2008), considerando la caracterización del sistema consultante, se pretende generar la construcción de un escenario interventivo que le permita también al terapeuta ser humano, más allá de la experticia, involucrando el “arte de vivir”; facilitando con ello las condiciones para configurar el cambio, a partir de los recursos y potencialidades de todos, del reconocimiento de sí mismo y del otro en sus posibilidades, siendo agente de coevolución desde su doble posicionamiento.

En coherencia con los hallazgos evidenciados, se redefine el fenómeno de investigación-intervención de la siguiente manera: Construcción narrativa de la experiencia de sufrimiento en familias con un miembro psicólogo, que acuden a un proceso psicoterapéutico. En este sentido, la pregunta de investigación precisa ¿Cómo se organiza la experiencia de sufrimiento, se construyen y deconstruyen las historias narradas por familias con un miembro psicólogo, en las conversaciones psicoterapéuticas?

En consecuencia, el objetivo general de la investigación-intervención se plantea de éste modo: Comprender cómo se organiza la experiencia de sufrimiento a partir de la

construcción de historias narradas, en las conversaciones psicoterapéuticas con familias donde hay un miembro psicólogo, con el fin de favorecer la emergencia de ecologías narrativas para la transformación familiar asociada a la deconstrucción de la demanda de ayuda.

De allí, se desprenden a su vez los objetivos específicos correspondientes:

Comprender cómo las narrativas organizan la experiencia de sufrimiento en las familias donde hay un miembro psicólogo, a fin de entender el sentido del motivo de consulta, conocer las historias narradas que organizan la experiencia de sufrimiento en las conversaciones psicoterapéuticas con familias de psicólogos, con el propósito de comprender cómo se configura el problema y la demanda de ayuda, y propiciar la deconstrucción de los relatos asociados al sufrimiento con las familias participantes, para favorecer la co-construcción del cambio en la ecología narrativa de estos sistemas.

Partiendo del contenido registrado en los estados del arte documental y testimonial, en el siguiente capítulo se busca profundizar en las aproximaciones teóricas realizadas sobre el tránsito emergente entre el fenómeno psicopatológico y la experiencia de sufrimiento. Adicionalmente, se pretende indagar a nivel conceptual acerca de la construcción del contexto terapéutico y la concepción del cambio al interior de este, finalizando con las comprensiones del rol del profesional en psicología desde diversos marcos de puntuación. Lo anterior a la luz del paradigma sistémico constructivista-construccionista complejo.

Sistema teórico

En el presente capítulo se exponen los recursos esenciales que el enfoque sistémico constructivista-construccionista complejo ofrece al fenómeno de estudio, y el problema de investigación-intervención para ser redefinidos, mediante la fundamentación paradigmática y conceptual como ejes articuladores. En la figura 5 se refieren los principales autores que sostienen el contenido teórico sobre el cual se argumentan.

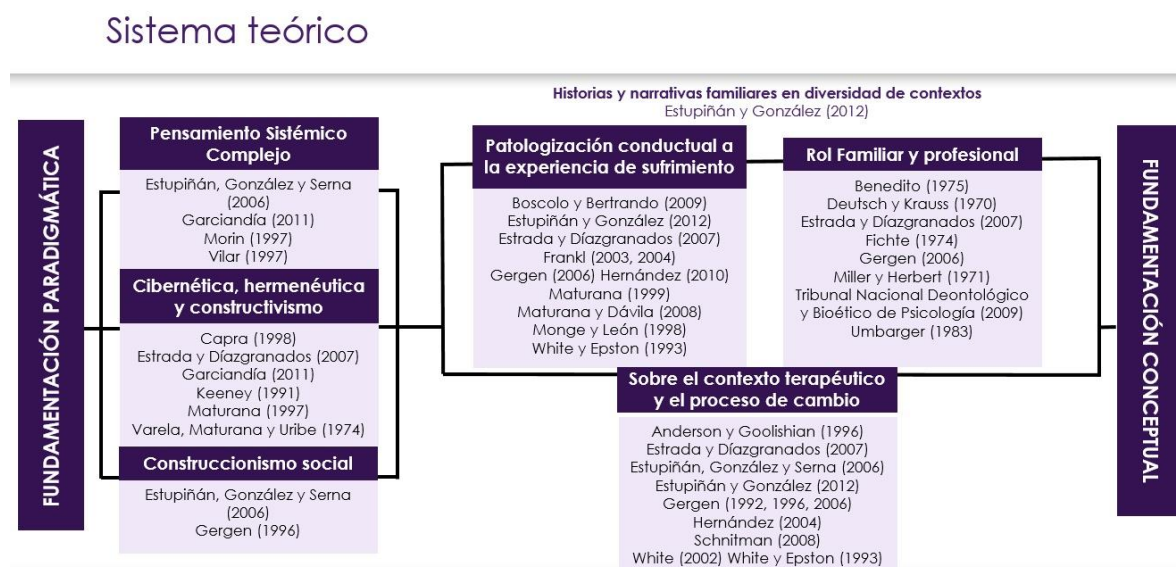


Figura 5 Sistema teórico

Fundamentación paradigmática y epistemológica

A continuación se profundiza sobre el paradigma sistémico complejo constructivista-construccionista, a fin de comprender el abordaje de la presente investigación-intervención.

En el ejercicio investigativo la sistémica emerge como una propuesta frente al acto de conocer, en tanto se contempla como el arte de ver, averiguar, y especialmente reconocer conexiones entre las entidades observadas (Von Foester, 1994) -ante la necesidad

de explorar cómo el objeto de estudio se conecta con su contexto-, convirtiéndose en una forma de aproximación a aquellas unidades que están completas. Como lo mencionan Méndez, Coddou y Maturana (1986, citado en Estupiñán, González y Serna, 2006) “desde el momento en que buscamos una explicación, estamos en la reflexión, ya que toda explicación es una reformulación del suceder del vivir que es dada desde el observador” (p.21).

A propósito de una comprensión sistémica. El pensamiento sistémico-teórico surge sobre los años treinta, a través de diferentes disciplinas científicas y enfoques, que involucran la investigación de conexiones complejas y dinámicas. Se define un “sistema” como el “conjunto de elementos, acciones o individuos que conforman una unidad global como consecuencia de la organización que surge de las interrelaciones regulares, estables, constantes y persistentes entre los mismos” (Garciandía, 2011, p.107).

Desde esta perspectiva, Garciandía (2011) afirma que las interacciones constituyen el punto de partida del sistema y la organización, sin embargo, advierte que profundizar sobre las mismas implica señalar lo inespecífico del movimiento de los elementos, puesto que todo interactúa con todo y no existe una direccionalidad concreta respecto a los contextos más allá de lo azaroso. Se trata entonces de una relación que se da en un sentido y que se finaliza en el contacto, “muriendo en el instante mismo del encuentro” (p.107). No obstante, se precisa la posibilidad de que las interacciones se repitan, se regulen y alcancen la reciprocidad, persistiendo y estabilizándose.

En este sentido, el grado de mayor complejidad causal de la interrelación transforma los contactos en relaciones de circularidad, cuya finalidad es la estabilización de una conexión. Es decir, que las relaciones generan una organización que invita a los

participantes interrelacionados en ella, a constituir el sistema como una unidad global a través de un proceso de morfogénesis apoyado en la estabilidad, recurrencia y retroacción circular (Garciandía, 2011).

Desde éste punto de vista, el autor subraya que la interrelación aporta la posibilidad de entender los tipos o formas de vinculación que se pueden dar entre los elementos y el todo. Por lo tanto, el concepto de sistema informa acerca del fenómeno de una unidad compleja, emergente como producto de interrelaciones u organización, incorporando a su vez las características e identidad que surgen como aspectos del todo. Explorar la complejidad implica entonces, sumergir el conocimiento en la búsqueda de asociaciones entre unidad y diversidad.

Dicho marco epistemológico en la práctica investigativa permite ampliar la comprensión de los problemas humanos, en tanto trasciende su configuración causal y ubica en el plano de la interacción, la interconexión que propicia su emergencia. De este modo, el abordaje del fenómeno de estudio favorece el conocimiento de los sistemas humanos desde una dimensión ecológica, mediante la captación de pautas relacionales que mantienen su funcionamiento.

En coherencia con lo anterior, se define la emergencia como una cualidad, propiedad, o fenómeno en un sistema que se presenta como novedoso, resultado de la actividad integradora de las partes en un todo organizado. Dicha acción se sustenta a partir de tres aspectos: el intercambio, la acomodación y la retroacción, siendo el primero correspondiente a las funciones, el segundo, a la estabilidad de las conexiones, y el último a la persistencia respecto a la estabilidad del funcionamiento global del sistema (Garciandía, 2011).

La emergencia, como consecuencia de la integración, se convierte entonces en un producto ligado al todo, el cual retroactúa circularmente sobre las partes transformándolas en un fenómeno novedoso (Garciandía, 2011), siendo el acto de conocer un ejercicio que invita a la reformulación continua, la transformación y el cambio.

Desde éste punto de vista, el sufrimiento se comprende como construcción emergente en la familia, producto de la integración de sus miembros, ubicando a su vez la acción investigativa como herramienta de actualización de la experiencia que se organiza alrededor de éste, puesto que al generarse una aproximación al fenómeno de estudio simultáneamente lo interviene, haciendo parte de las retroacciones del todo y con ello, parte del acto co-creador de cambio.

Hacia el pensamiento complejo. Siguiendo el enfoque epistemológico y paradigmático de la investigación-intervención, se involucra la complejidad como concepto que privilegia la importancia de las conexiones, el establecimiento de redes entre las ideas, y la visión del universo conectada.

Según Garcíandía (2011), el pensamiento sistémico establece una cosmovisión que involucra una actitud frente al mundo, la naturaleza y el conocimiento mismo, a partir de la mirada de un observador que pretende ver relaciones en lo observado. Ampliando esta comprensión, Vilar (1997) señala que un fenómeno complejo es:

El compuesto por una gran variedad de elementos que mantienen entre sí una gran variedad de relaciones, con interacciones lineales y no-lineales, sincrónicas y diacrónicas, la evolución de cuyo conjunto es imprevisible, incluso cuando su auto-organización se orienta por acciones teleológicas, finalitarias (p.18).

Por su parte, Morin (1997) refiere el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares, que constituyen el mundo fenoménico. Se trata de la unión de la simplicidad y la complejidad, los procesos de simplificación que implican selección, jerarquización, separación, reducción, con aquellos que involucran la comunicación y articulación de aquello que está disociado; escapando del “pensamiento reductor que no ve más que los elementos y el pensamiento globalista que no ve más que el todo” (p.92). Es claro en tanto su relación es a la vez antagonista y complementaria, incluyendo la imperfección, puesto que lleva consigo la incertidumbre y el reconocimiento de lo irreductible.

El paradigma de complejidad emerge del conjunto de nuevos conceptos, descubrimientos, perspectivas y reflexiones que van a reunirse, predominando la conjunción compleja. Es decir que en cuanto más complejidad existe, más diversidad e interacciones, no obstante, advierte el riesgo de desembocar en el límite y la desintegración, lo que invita a promover la capacidad para crear soluciones a los problemas, sin considerar que lo que sucede ahora continúa indefinidamente, pues como lo menciona Morin (1997), es necesario abandonar las alternativas que solucionaban las viejas crisis y elaborar soluciones novedosas. De este modo, se entiende la práctica investigativa como una acción que lleva consigo la premisa de creación, planteando en consecuencia el carácter emergente de la intervención.

La complejidad de la relación orden/desorden/organización emerge al constatar de manera empírica que los fenómenos caóticos son necesarios para la producción de fenómenos organizados, en tanto éstos propician el incremento del orden. Desde esta perspectiva, los procesos auto-organizadores cobran especial relevancia, puesto que cada

sistema puede crear sus propios determinantes y finalidades, lo que permite comprender su autonomía (Morin, 1997).

En este sentido, ser sujeto implica ser autónomo siendo simultáneamente dependiente, pues la autonomía humana se presenta desde una realidad compleja, al depender de condiciones culturales y sociales.

Según Morín (1997) podría señalarse que el sujeto emerge (en términos sistémicos y cibernéticos) al mismo tiempo que el mundo a partir de la auto-organización, cuando la autonomía, la individualidad, la complejidad, la incertidumbre y la ambigüedad se presentan como características propias del objeto, llevando consigo la raíz de la subjetividad, propia del abordaje investigativo.

El sujeto y el objeto aparecen entonces como las dos emergencias últimas, inseparables de la relación sistema autoorganizador-ecosistema. Es decir que como lo plantea Morin (1997) no hay objeto si no es con respecto a un sujeto (que observa y piensa), y del mismo modo, no hay sujeto sin un ambiente objetivo (que le permite reconocerse, definirse, pensarse y existir) como se presenta en el plano de la investigación-intervención.

En conclusión, el investigador-interventor y el fenómeno de estudio son constitutivos uno del otro, lo que implica a nivel investigativo que el observador perturbe al objeto, y éste a su vez afecte su percepción. Por consiguiente, el sujeto permanece abierto y desprovisto de un principio de decidibilidad en sí mismo; así como el objeto sobre el sujeto y su ambiente, contexto que indefinidamente se abre más allá de los límites del entendimiento (Morin, 1997).

Respecto al investigador y el objeto de su conocimiento, Morin (1997) subraya que al involucrar la incertidumbre y la autorreferencia, se integra un principio auto crítico y autoreflexivo en el sujeto cognoscente, el cual lleva en sí mismo la posibilidad epistemológica al encontrar un punto de vista que pueda considerar el conocimiento propio como objeto de conocimiento, reconociendo la subjetividad como se mencionaba anteriormente.

Morin (1997) expone tres principios fundamentales en la complejidad que -de acuerdo con la posición paradigmática y epistemológica asumida en el presente trabajo- se evidencian transversalmente en el ejercicio investigativo-interventivo.

En primer lugar el principio dialógico, el cual permite mantener la dualidad desde la comprensión de unidad, asociando dos términos complementarios y a su vez antagonistas como representa el caso del orden y el desorden, conceptos que colaboran y producen la organización y la complejidad.

En segundo lugar se destaca la recursividad organizacional, proceso desde el que los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los genera. Es así como todo lo que es producido reingresa sobre aquello que lo ha producido en un ciclo autoconstitutivo, autoorganizador, y autoprodutor.

Por último, el principio hologramático hace referencia a que el todo está en la parte y la parte está en el todo, subrayando que el meta-punto de vista es posible sólo si el observador-conceptualizador se integra en la observación y en la concepción -como se subrayó previamente-, recalcando desde la complejidad la importancia de integrar al investigador-interventor en su observación y su conceptualización.

En síntesis, conocer a través del paradigma sistémico constructivista-construccionista complejo, implica producir una traducción de las realidades del mundo exterior, en tanto el investigador-interventor es coproductor del objeto que conoce y, a su vez, coproductor de la objetividad.

A propósito de la investigación-intervención, esto implica reconocer el sufrimiento como un fenómeno complejo, lo cual le confiere un carácter dinámico –no estático y determinado- y en constante transformación, favoreciendo su continua redefinición. Para este efecto, se entiende la psicoterapia como escenario donde emergen construcciones conjuntas producto de la reflexividad, ejercicio desde el cual el investigador-interventor se convierte en co-creador de realidades con el sistema observado (consultante), quien a su vez se reconfigura y redefine en el proceso recursivo de las conversaciones terapéuticas.

Entre la cibernética, la hermenéutica y el constructivismo. Siguiendo ésta línea se retoman a continuación los fundamentos de la sistémica descritos por Von Foester, a fin de ampliar la comprensión de la definición anterior. A través la voz de Garcíandía (2011) se subraya que es propio del campo de la cibernética todo fenómeno en el que la causa no se agota en el efecto que genera, sino que continúa con una retroacción que dirige de nuevo la acción del efecto hacia la causa. En este sentido, los procesos en los cuales operan mecanismos de control, información, comunicación, equilibrios dinámicos, fenómenos de autoorganización, autopoiesis, y ecológicos son susceptibles a explicaciones causales cibernéticas.

Desde luego, la cibernética indica que la causalidad circular se encuentra inscrita en los mecanismos y funciones de control, procesamiento de información e intercambio de ésta en máquinas, organismos vivos y organizaciones sociales; enfatiza en la interacción observada entre elementos, partes o individuos que se relacionan, precisa patrones de

conexión, circuitos informacionales, redes complejas de contacto o dinamismos en equilibrio constante, e involucra el desarrollo de conceptos como: retroalimentación, autorregulación y autoorganización (Garciandía, 2011).

La cibernética en síntesis, se contempla como una forma de captar, discernir y reconocer las pautas que organizan sucesos, siendo el proceso circular el eje central de ésta. Al respecto, el autor precisa que diferentes elementos, partes o aspectos de un sistema mantienen una influencia mutua, correlativa y recíprocamente contingente en sus comportamientos a partir de una relación compleja. Si bien allí se precisa la circularidad como proceso fundamental en la comprensión del fenómeno, no se integra al investigador como un participante activo en el estudio del mismo.

En la cibernética de segundo orden (causalidad circular), el observador se incluye activamente en la observación que hace de las pautas organizadoras de los procesos, en tanto sus actos trascienden el desarrollo del circuito causal. De este modo, el pensamiento circular propone observar cómo se articulan los fenómenos, qué relaciones mantienen y cómo se presentan los acontecimientos de retroacción en su manifestación, generándose un movimiento autorreferencial, redundante, auto reflexivo entre el investigador-interventor y el objeto de estudio.

En conclusión, la cibernética aborda el estudio de los sentidos, sin considerar los propósitos de los propósitos, puesto que esto le corresponde a la cibernética de segundo orden, desde la cual la circularidad y la secuencia no se agota en el efecto final, sino que retroactúa sobre la causa inicial, favoreciendo un movimiento circular donde se fusiona el inicio y el final.

Volviendo sobre los fundamentos de la sistémica, se propone en segundo lugar, el lenguaje como el medio para conocer, organizar la experiencia, proveer un aparato simbólico y ser el vínculo primordial con la sociedad. Se advierte entonces que la hermenéutica solo es posible en el lenguaje que la vehiculiza, constituyendo una traducción o interpretación entre los interlocutores. La mediación hermenéutica del lenguaje permite, en consecuencia, la construcción de conocimientos provenientes de la experiencia, la cual se delimita en las palabras.

Según Garcíandía (2011) sin el lenguaje “sería muy difícil la intersubjetividad dado que sin el aparato simbólico, no podría superarse el plano concreto de los hechos para abordarlos desde la abstracción que supone pasar del hecho concreto a la escena de lo universal” (p.30). En este sentido, el lenguaje articula el mundo de los significados particulares favoreciendo la intersubjetividad, pues es el lenguaje el sustrato fundamental de lo social, constituyendo como lo menciona Maturana (1997) “una coordinación de coordinaciones de acciones consensuadas” (p.52).

Desde ésta perspectiva, el autor en mención expone que el hombre “lenguajeando” - una coordinación del orden superior-, sintoniza su comportamiento con el otro y de este modo surge el acoplamiento típico de su manera de ser que sustenta su individualidad social. De este modo, es a través de las conversaciones emergentes en el campo de investigación-intervención donde se comprenden los problemas humanos, a partir de su construcción hermenéutica. En este sentido, el intercambio dialógico se convierte en la herramienta que favorece su intervención.

Desde el enfoque biológico de Maturana (1996) se piensa que los hombres forman sistemas sociales en virtud de su estructura biológica, es decir, que los individuos

pertenecen a estos en la medida en que participan del acoplamiento estructural recíproco y conllevan el entramado relacional. Cada persona puede hacer parte mediante operaciones diferentes a sistemas diversos, dimensiones que interfieren únicamente en su estructura orgánica.

Retomando lo anterior, Varela, Maturana y Uribe (1974) introducen la definición de autopoiesis como la capacidad que tienen los seres vivos para desarrollar, conservar y producir su propia organización. Desde su consideración, un organismo autopoietico es un sistema homeostático que es capaz de autoorganizarse cuando se presentan alteraciones o cambios en su medio.

Como lo expone Keeney (1991) “la autonomía se refiere al mantenimiento de la totalidad de un sistema. En biología, esto es una condición de lo que mantiene a la variable denominada viviente” (p.101). El sistema autopoietico se compone de interacciones de retroalimentación, recursivas y homeostáticas, que no requieren del entorno para llevarse a cabo, lo que le caracteriza como un sistema autónomo autolimitado y organizacionalmente cerrado pues “si bien la organización de un sistema autónomo es cerrada, podemos interactuar con su totalidad de diversas maneras” (p.102), es decir, que “se trata de una red de procesos de producción, en la que la función de cada componente es participar en la producción o transformación de otros componentes de la red” (Capra, 1998, p.116).

En resumen, el constructivismo pretende dar a conocer el mundo externo a partir de los sentidos como fuente de comprobación. Su función esencial consiste en traducir lo percibido a través de las experiencias, como lo menciona Von Foester (1994; citado en Garcíandía, 2011), “el constructivismo nos invita a pensar en términos de los objetos como

nombres para el comportamiento, es decir los objetos como símbolos del comportamiento” (p.29).

Desde esta perspectiva, se denomina realidad al producto de una construcción del sujeto, es decir el resultado de su creación, constituyéndose como la única referencia válida de mundo. En coherencia con ello, Von Glasersfeld (1988, citado en Estrada y Díazgranados, 2007) menciona que “el conocimiento no se recibe pasivamente ni a través de los sentidos ni a través de una vía de comunicación, sino que es activamente construido por el sujeto cognoscente” (p. 83). Es así como la investigación-intervención invita a explorar la autorreferencia y la heterorreferencia como lentes que permiten la aproximación al sufrimiento, desde la construcción de quienes están inmersos en el acto de conocer – familias con un miembro psicólogo, psicoterapeutas e investigadora-interventora-, siendo la conversación reflexiva el instrumento de observación y transformación de la realidad.

Una mirada desde el construccionismo social. A finales de los años ochenta, las teorías del construccionismo social se fortalecieron en los Estados Unidos a través de Kenneth Gergen, su principal representante.

Gergen (1996) plantea que las literaturas constructivistas se acercan al construccionismo social en primer lugar, respecto a la naturaleza del conocimiento, los dos movimientos se enfrentan al enfoque de la mente individual, critican la comprensión del conocimiento como algo “edificado” a través de la observación, así como la autoridad otorgada a la “ciencia del comportamiento”, y los métodos implementados que dejan de lado la aproximación a su propio efecto en el modelado del conocimiento.

El autor agrega que desde una perspectiva construccionista, los conceptos con los que se construye el mundo están basados en prácticas discursivas, en tanto se encuentran

integrados en el lenguaje y, en este sentido, están socialmente objetados y sujetos a negociación.

Gergen (1996) afirma que el construccionismo social remite a las relaciones y al intercambio comunitario, postulando que el centro de interés del construccionismo es el proceso microsocia. En este sentido, la explicación de la acción humana se sitúa en el ámbito relacional.

A través de la obra de Foucault (1978, 1979, citado en Gergen, 1996) se pone de manifiesto la relación entre lenguaje (todas las formas de texto) y el proceso social (en términos de relaciones de poder), ejemplificando cómo las diversas profesiones, desarrollan lenguajes que justifican su existencia y a su vez, articulan el mundo social a través de los discursos.

Foucault (1977, citado en Gergen, 1996) hace referencia a la subjetividad individual como la postura desde la cual muchas instituciones contemporáneas, se ubican en la vida social y extienden su dominio afirmando que “la mente es la superficie de inscripción para el poder, cuyo instrumento es la semiología” (p.102).

Gergen (1996), en su obra *Realidades y relaciones*, señala que el constructivismo está ligado a la tradición occidental del individualismo, en tanto precisa la construcción del saber a partir de procesos intrínsecos al individuo, subrayando por el contrario que el construccionismo social comprende la acción humana con base en las relaciones sociales, como fue mencionado anteriormente. En coherencia con ello, el autor refiere que “la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador, sino en el interior de diferentes formas de relación” (p.212). En este sentido, el construccionismo

focaliza su atención en la relación existente entre el lenguaje descriptivo y el mundo que proyecta representar.

Gergen (1996) por su parte menciona cinco supuestos esenciales para dar cuenta del conocimiento característico del construccionismo social, los cuales son presentados a continuación dada la pertinencia y coherencia del enfoque narrativo propio de la investigación-intervención.

En primera instancia, el autor señala que “los términos con los que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos no están dictados por los objetos estipulados de este tipo de exposiciones” (p.45). Al respecto, se advierte sobre la dificultad de los especialistas para generar correspondencias entre el lenguaje y la inducción, mediante la cual se puedan derivar proposiciones generales a través de la observación.

En segunda instancia, Gergen (1996) indica que “los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambio situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas” (p.45), lo que propone que las descripciones y explicaciones son producto de la coordinación humana de la acción, advirtiendo que las palabras adquieren significado únicamente en el contexto de las relaciones vigentes, como resultado no de la acción y la reacción individual, sino de la acción conjunta (Shotter, 1984, citado en Gergen, 1996).

En tercera instancia, el autor propone que “El grado en el que dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo no depende de la validez objetiva de la exposición sino de las vicisitudes del proceso social” (p.47), lo cual equivale a que las exposiciones del mundo y del yo pueden permanecer independientemente de las perturbaciones del mundo

que tienen su finalidad en la descripción o explicación. Es decir, que los lenguajes pueden cambiar sin hacer referencia a lo que se denomina fenómeno, que a su vez es libre de cambiar, sin que ello signifique consecuencias para las exposiciones teóricas.

En cuarta instancia, Gergen (1996) subraya que “la significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación” (p.48), haciendo énfasis sobre las posibilidades semánticas de la significación de la palabra, a partir de las prácticas referenciales situadas histórica y socialmente. El autor menciona a Wittgenstein (1953, citado en Gergen, 1996) para adicionar que las palabras adquieren su significado dentro de lo que se denomina “juegos del lenguaje”, es decir, a partir de los sentidos con que se usan en las pautas de intercambio existente.

Por último, Gergen (1996) destaca que “estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural; tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales” (p.49), resaltando que es posible practicar la validez empírica en las comunidades donde las palabras y las acciones se relacionan de manera fiable, a partir de sus propias construcciones de mundo, en tanto se observa la asociación que estas guardan con las formas de vida cultural más amplias.

Este contenido epistemológico adquiere especial sentido en el presente trabajo de investigación-intervención, en tanto parte de sus postulados teóricos para explicar el fenómeno de estudio, advirtiendo, como lo expone su principal representante, que las narraciones del yo son producto del intercambio social y, por tanto, las pautas de relación instauradas en los marcos contextuales, constituyen el foco de análisis e intervención a lo largo del ejercicio investigativo.

A partir de dicha consideración, los principios organizadores desde los cuales se orienta la construcción de conocimiento y el desarrollo de los escenarios de la investigación-intervención, desde el *Macroproyecto Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos*, son: transdisciplinariedad e interdisciplinariedad, contextualidad y lenguaje, procesos conversacionales, autorreferencia y reflexividad, y recursividad y construcción compleja de narrativas.

La transdisciplinariedad hace referencia a la integración de múltiples perspectivas que permiten dar cuenta de los diferentes dominios presentes en la configuración del fenómeno y los problemas que en él se articulan. En consecuencia, busca generar modelos explicativos e interventivos que faciliten el abordaje colaborativo de los actores, problemas y contextos sociales participantes.

La transdisciplinariedad, según Estupiñán, González y Serna (2006) lleva a contextualizar y globalizar la comprensión de las realidades familiares, a partir de la construcción narrativa emergente en la conversación como proceso social, identificando tanto lo concreto como lo singular de la experiencia. De otra parte, permite una apertura frente a lo relativo y lo imprevisible de los conocimientos, lo que favorece la novedad en la investigación-intervención.

La interdisciplinariedad recoge la contribución de diversas disciplinas de acuerdo a los diferentes dominios implicados, propiciando la comprensión compleja del fenómeno objeto de estudio. También integra métodos y estrategias de investigación provenientes de otras tradiciones, pero articuladas coherentemente con el paradigma y las necesidades cognoscitivas y pragmáticas del caso (Estupiñán, González y Serna, 2006).

El principio de contextualidad y lenguaje plantea que el significado depende de la inteligibilidad contextual, la cual se caracteriza por ser lingüística y, en este sentido, relacional. De este modo, el significado otorgado a una interacción o experiencia es el resultado del posicionamiento relativo de los contextos de sentido, lo que implica que el significado dependa del lenguaje, en tanto se concibe como el origen mismo del proceso de establecer distinciones que constituyen una realidad social.

Por otra parte, Estupiñán, González y Serna (2006) advierten que en los procesos conversacionales se construyen relatos que organizan la experiencia, los acontecimientos y las acciones, posibilitando -a través de los procesos dialógicos- abrir construcciones narrativas mediante la deconstrucción y resignificación. Por otra parte permiten ampliar -a través de nuevos argumentos- visiones, recursos, experiencias y patrones de acción e interacción, que definen los problemas familiares y sus soluciones.

Los procesos conversacionales entonces favorecen la emergencia de relatos dominantes y la estructuración de otros alternos, a través de la presentación de acoples lingüísticos emocionales entre los dialogantes, puesto que validan experiencias y saberes de los actores sociales, generando en el relato, conexiones entre los dominios espacio-temporales. Desde este punto de vista, los procesos de investigación-intervención se entienden como una coordinación de espacios y procesos de conversación entre autores, con roles y saberes diferenciados.

De acuerdo con Estupiñán, González y Serna (2006), la autorreferencia como principio, precisa la postura asumida que posibilita el reconocimiento de narrativas propias, creencias, prejuicios, acciones, valores y emociones, lo que implica para el investigador-

interventor emerger a través de ésta narrativamente y de modo reflexivo en los procesos conversacionales. En este sentido, la autorreferencia promueve la reflexividad en las construcciones narrativas de la experiencia y la acción contextual de los actores sociales, posicionándolos como autores de su vida.

Finalmente, respecto a la recursividad y la construcción compleja de narrativas, los autores invitan a conectar permanentemente diversos dominios de información, a fin de plantear comprensiones contextuales y complejas de los fenómenos, operando de manera reflexiva en los escenarios de investigación-intervención, desde los cuales se crean bucles de poli-auto-eco-organización (Estupiñán, González y Serna, 2006).

Fundamentación conceptual

En el presente apartado se desarrolla la discusión teórica de las concepciones particulares desde las cuales se aborda el problema y el fenómeno de investigación-intervención, a partir de los siguientes subejos temáticos: De la patologización conductual a la experiencia de sufrimiento, sobre el contexto terapéutico y el proceso de cambio, y comprensiones sobre el rol del profesional en psicología.

De la patologización conductual a la experiencia de sufrimiento. Hernández (2010), desde una perspectiva constructivista, comprende el fenómeno psicopatológico a través de las cualidades presentes en la vinculación de casos por intento de suicidio, depresión, inimputabilidad por trastorno psicótico, maltrato, abuso y desprotección, refiriendo la fragilidad, la intermitencia y la inconsistencia como características relevantes; adicionalmente, resalta el empobrecimiento en las funciones generativas, creativas y de supervivencia. A partir de ello, la autora se cuestiona sobre las medidas institucionales en torno a la cristalización de los vínculos, ante la emergencia de patologías que evocan

circunstancias de intenso y prolongado sufrimiento, subrayando de este modo el papel que juega el diagnóstico como ritual de inclusión.

Como lo afirma Foucault (1999; citado en Hernández, 2010), “lo que rige la sociedad ya no son los códigos sino la distinción permanente entre lo normal y lo anormal, la tarea perpetua de restituir el sistema de la normalidad” (p.253), esto no necesariamente por demanda de los individuos sino por delegación de autoridad. Lo anterior permite focalizar la mirada alrededor de las prácticas ritualizadas -como lo son los protocolos de atención- que generan modos de comunicación jerarquizada y son validados por epistemes legales y normativas, que pueden resultar contradictorias con el desarrollo de la autonomía ecodependiente.

En este sentido las personas que ingresan al espacio de atención, lo hacen desde la asunción del rol de “paciente”, “víctima”, “victimario”, calificándose como “personas problema”, lo que implica actuar bajo las reglas de una sintaxis que permite enunciar los signos elegidos por la ciencia. Desde éste punto de vista, el profesional puede tomar *la objetividad* como escudo, evaluando y diagnosticando a partir de la creencia de que el diagnóstico es garante de curación. Dicho ritual advierte la ausencia de una interacción dialógica entre los sujetos reales, de modo que el problema ubica al ser humano en la búsqueda de alguna “patología” legitimada y “patentada” desde los sistemas de clasificación.

Teniendo en cuenta que la atención de los síntomas psicológicos y relacionales ha sido atravesada por la intervención psiquiátrica y otras profesiones que han adoptado el modelo médico, se convierte en una forma de vinculación que intenta fijar el individuo a la

identidad de paciente o de persona problema, invitándole a reconocerse en el tiempo pasado y acontecimientos puntuales de su vida (Hernández, 2010).

Según Hernández (2010), las instituciones no favorecen:

(...) un diálogo deliberado para deconstruir los sistemas de significación que daban sentido a sus antiguos roles y para construir su nueva identidad en esta sociedad que ofrece inciertas oportunidades, (...) lo que mantiene el riesgo de resquebrajamiento de la subjetividad y de degradación de la humanización (p.287).

La autora hace énfasis en el contexto de la subjetividad como aquel espacio donde emerge el sufrimiento, a partir de la experimentación de sentimientos vistos como síntomas (ansiedad, depresión). Por otra parte, resalta la implementación de operadores y cualidades de vinculación como criterios de comprensión que permiten profundizar sobre configuraciones relacionales que surgen junto con problemas clínicos y sociales, ampliando el escenario interventivo y otorgando relevancia a los sistemas de ayuda en la construcción del sujeto.

Para el fenómeno de investigación-intervención, la postura teórica de Hernández (2010) tiene particular relevancia, en tanto permite comprender la patología como un puente que si bien conecta la solicitud de quien padece la enfermedad con la oferta institucional de los sistemas de ayuda, paradójicamente abre una brecha profunda puesto que al privilegiar la distinción entre normal y anormal, elimina el campo intersubjetivo – desde el intercambio dialógico- a través de la estandarización de la experiencia –mediante el diagnóstico y la intervención del mismo- y por tanto, limita la construcción de realidades diversas a los criterios de clasificación que vayan más allá de la manifestación sintomática.

En este sentido, se destaca la importancia de observar con detenimiento la forma de vinculación entre “la persona problema” y el profesional de la salud descrito por la autora,

al precisar la invisibilización del individuo a partir de la asunción de roles que categorizan la identidad, definida desde la ausencia de reconocimiento en la interacción.

En coherencia con lo anterior, Maturana (1999) refiere que la emergencia de la enfermedad puede darse ante la privación del amor como emoción fundamental, desde la cual, transcurre la existencia relacional del individuo consigo mismo y con otros. Con base en una perspectiva evolutiva, el autor plantea que los seres humanos son biológicamente amorosos, en este sentido la biología del amor se expone como componente central para la conservación de la existencia e identidad humanas.

Maturana (1999) sostiene que al distinguir las emociones en la vida diaria, es posible observar diferentes dominios o tipos de conductas relacionales, haciendo énfasis en que en el fluir de una emoción a otra, se modifican los dominios de conductas relacionales específicas. En consecuencia, el amor se define como el “domino de conductas relacionales a través de las cuales el otro surge como otro legítimo, en coexistencia consigo mismo bajo cualquier circunstancia” (Maturana, 1999, p. 45). En la agresión, en contraste con el amor, se destaca el dominio de conductas relacionales a través de las cuales se es negado directa o indirectamente como otro legítimo, en coexistencia consigo mismo, cuando el otro no cumple con algunas expectativas, donde no hubo previo acuerdo.

Por último, y retomando a Hernández (2010) cuando menciona la dificultad de deconstrucción de los sistemas de significación a través del diálogo, Maturana (1999) subraya la indiferencia -en contraste con las dos emociones señaladas- como el domino de conductas relacionales a través de las cuales el otro no es visto como otro, es decir, es ausencia de presencia, tanto que aquello que le sucede, permanece fuera del dominio de la

preocupación, negando con ello la posibilidad del reconocimiento y por tanto, de construir una nueva identidad.

Integrando una perspectiva biológica Cyrulnik (2007; citado en Hernández, 2010) y considerando los estudios sobre el sistema nervioso, el autor destaca que el cerebro es consecuencia del sistema relaciones asociadas a las vivencias y a la historia personal. Se especifica que es allí donde emergen conexiones entre la genética de la producción y la transmisión de serotonina, la proximidad de las zonas cerebrales del dolor y la sensación de bienestar a partir de las emociones, y el desarrollo del cerebro y la inteligencia desde la recepción de afecto, lo cual se conecta a la dimensión emocional planteada anteriormente, y da fuerza a la premisa de Hernández (2010) cuando señala que en la subjetividad emerge el sufrimiento.

Respecto al desarrollo de narrativas en problemáticas clínicas, desde una perspectiva construccionista, Estupiñán y González (2012) consideran la “psicopatología” como sinónimo de incapacidad para tener una visión multifacética de la experiencia, es decir, la presencia de prototipos narrativos específicos que constituyen invariantes cognitivas organizativas de la experiencia (que la limita), y quedan sometidos a un conjunto de invariantes temáticos, en lugar de diversificar y flexibilizar el mundo psicológico y mental de los sistemas humanos.

En este sentido, “(...) el individuo está ligado a una narrativa prototipo como un sistema invariante de significación y el conjunto de sus narrativas presentes, pasadas o futuras, adquiere su significado desde esta unicidad prototípica” (Gonçalves, 1998; citado en Estupiñán y González, 2012, p.23).

Así, como lo menciona Villegas y Besora (1995; citado en Estupiñán y González, 2012), la reiteración de los contenidos textuales hacen el discurso patológico y a su vez, generan la incapacidad para desarrollar discursos alternativos. Es decir, -que desde la voz de los autores- distintas patologías son causadas por fijaciones lingüísticas, que han dejado de ser funcionales, caracterizando un determinado cuadro psicopatológico (Estupiñán y González, 2012).

Dicho planteamiento permite retomar la pertinencia del lenguaje en la construcción de realidad y recursivamente, de identidad individual y colectiva. Se resalta entonces el impacto del discurso patológico y jerarquizado de los sistemas de salud al dificultar la flexibilización y diversificación de la experiencia, determinando mediante prototipos específicos, el posicionamiento de los individuos en la interacción, y así mismo su participación activa o pasiva frente a la disolución o perpetuación del malestar.

Teniendo en cuenta lo anterior, e incluyendo una perspectiva humanista-existencial, Frankl (2003) afirma que desde la mirada del “enfermo”, el problema central gira en torno a la actitud con la que hace frente a la enfermedad, y la disposición con la que se contempla en ella, es decir que el modo de soportar un padecimiento necesario, depende del sentido atribuido, lo cual resulta coherente con la postura anterior frente a la construcción de discursos alternativos que parten -como se señaló al inicio- de la deconstrucción de los sistemas de significación.

Volviendo sobre la mirada constructivista expuesta por Hernández (2010), la autora menciona que al deslegitimar el discurso psicopatológico se retoma la tarea de la psicología clínica, basada en la consolidación de la autonomía en la ecología de los sujetos. Con relación a sus estudios, Hernández (2010) observó que los portadores de los problemas

tenían una inconsistente vinculación consigo mismos, manifestada a partir de la presencia de sentimientos de culpa, de auto-reproches, desvalorización y descalificación, lo cual impedía responsabilizarse de sí y gestionar libremente su propia vida. Los problemas relacionales y los síntomas individuales, hacían referencia a la cristalización de sus funciones evolutivas y creativas.

A modo conclusivo, Hernández (2010) refiere que la complejización de la vida asociada a la comprensión-intervención de los problemas lleva a la redefinición relacional del fenómeno patológico, a pesar de la consideración de la influencia de factores genéticos y biológicos, así como la construcción de explicaciones causales que trascienden los paradigmas positivista y racionalista.

Maturana y Dávila (2008), por su parte, asocian el término dolor -por el cual pasa la mayor parte de la humanidad en la actualidad- a su origen cultural patriarcal-matriarcal cuando la persona pone en evidencia la matriz-relacional en la que se mueve, y desde donde se realiza, genera y conserva el sufrimiento de manera consciente o inconsciente, entrelazando su presente con todas las dimensiones del vivir, lo que retoma Hernández (2010).

Desde una aproximación construccionista White y Epston (1993) definen el sufrimiento como aquel que conduce a las personas al contexto interventivo, puede ser considerado como expresión de una incoherencia entre las historias que las personas cuentan de sí mismas y su propia experiencia, o la discrepancia entre las historias que los otros cuentan de ellos y sus experiencias. Siguiendo esta línea, Estupiñán y González (2012) señalan que una narración puede incapacitar la incorporación de nuevas experiencias, añadiendo que el orden social supone contingencias que limitan la capacidad

de construir historias. En este sentido, la vida y experiencia humana son apropiadas a partir de la elaboración narrativa, construida “a través de un intercambio dialéctico entre las personas y sus nichos ecológicos” (Gonçalves, 2002; citado en Estupiñán y González, 2012 p.180).

Es así como el proceso terapéutico se convierte en un proceso de re-narración de las historias (re-storying) según Boscolo y Bertando (2009), que favorece la capacidad de ser autores (a través de la interacción con el terapeuta) de historias positivas para sí mismos, atravesadas por un sentido que sugiere la resignificación del sufrimiento.

En este orden de ideas, y de acuerdo con la postura teórica de Gergen (2006), los términos vinculados a las emociones, motivaciones, pensamientos, valores, opiniones, imponen límites a las actuaciones, es decir que al ampliar el vocabulario de expresión de sí mismo, se extienden a su vez las posibilidades en las relaciones humanas.

El autor refiere que el vocabulario relativo a la comprensión del yo, se ha ido modificando a través de los intercambios sociales, es decir, que las premisas acerca de “lo que somos realmente” son el resultado de una cultura precisa, en un momento histórico. De este modo, la constante saturación de la cultura pone en peligro las afirmaciones previas sobre el yo, y transforma las pautas de relación tradicionales.

A partir de lo anterior, Gergen (2006) plantea que la saturación social proporciona una multiplicidad de lenguajes del yo incoherentes y desvinculados entre sí, generando una fragmentación de las concepciones del yo, y, en consecuencia, la emergencia de una multiplicidad de relaciones igualmente desconectadas, que impulsan al individuo hacia

direcciones diversas y le invitan a desempeñar un rol desde el cual el yo, plenamente saturado, deja de ser un “yo auténtico”.

Gergen (2006) introduce el término *multifrenia* para señalar la fragmentación y colonización de la experiencia del yo, designando la escisión del individuo en una multiplicidad de investiduras de su yo. En este sentido, el autor subraya la terminología utilizada por los profesionales en psicología y médicos psiquiatras para señalar las deficiencias humanas, en el intento por explicar los comportamientos indeseables, atribuyendo dicha acción a la “cientificación” de la conducta que caracteriza la era moderna. El autor afirma que al difundir dicho vocabulario al público en general, se favoreció la adquisición de conceptos, que permitieron la definición identitaria del individuo, promoviendo la emisión de juicios sobre sí.

Desde allí, se pone en marcha una espiral cíclica de debilitamiento personal, ya que cuando las personas se conciben a sí mismas de ese modo, consideran la pertinencia de contar con un profesional que les trate. Esto quiere decir que el vocabulario utilizado es asimilado por la cultura, y en consecuencia, genera nuevas percepciones de enfermedad ascendiendo en una creciente espiral mórbida (Gergen, 2006).

Gergen (2006) precisa que la psicología inició explorando la naturaleza del yo básico, aplicando de manera sistemática la razón y la observación, buscando que el hombre pudiera ser “conocido por él mismo”, y así generar un saber fundamental desde los mecanismos básicos de los organismos inferiores, hasta la comprensión de la complejidad humana. Desde esta perspectiva, los seres humanos tenían una esencia, y en el caso de no tenerla, se descubría un enfermo; así, la terapia suministraba o reestablecía la esencia y el

paciente comenzaba a establecer condiciones para la aceptación del yo. En coherencia con el planteamiento del autor se expone la inquietud del individuo por encontrar una identidad apropiada, ante la experiencia de vivir en un mundo ausente del sentimiento genuino en la construcción del yo.

Gergen (2006) advierte, en consecuencia, que no se trata solamente de la expansión del yo a causa de las relaciones que demandan al individuo a partir de un sentimiento del “deber” constante, sino también que se propaga en la conciencia cotidiana la duda sobre sí mismo, a partir de la presentación de una sensación de insuficiencia que impacta las actividades desarrolladas con una noción de vacuidad. Se advierte, que dicha experiencia es resultado de la colonización del yo y de la presencia de espectros sociales, en tanto se incorpora a otros dentro del ser y se amplía el espectro de lo que se considera “bueno” o “correcto”.

El autor subraya que el posmodernismo da lugar a una pluralidad de voces que compiten por el derecho a la existencia, buscando ser aceptadas como expresiones legítimas de lo verdadero y de lo bueno, precisando que a medida que esas voces amplían, su presencia y poder se altera, aquello que era considerado lo correcto, justo y lógico.

Desde éste punto de vista, según Gergen (2006), los criterios de calificación se agregan al yo a partir de los espectros sociales. De este modo, las voces que divergen con la apuesta pragmática del individuo constituyen criterios internos que le ridiculizan y le privan de la acción. Así, la multiplicidad de relaciones lleva consigo una transformación en la capacidad social de la persona, y el sentido aparentemente coherente del yo cede paso a múltiples posibilidades antagónicas en consideración de la cultura tradicional. En

consecuencia, mantener la relación significa privilegiar las definiciones de sí mismo y del otro.

Sin embargo, Estrada y Díazgranados (2007) afirma que al descartar “lo verdadero” y “lo identificable” se da apertura a un mundo de posibilidades. Esta etapa final hacia lo posmoderno es alcanzada -según el autor- cuando el yo se desvanece y desaparece en un estado de relacionalidad, puesto que se deja de creer en un yo independiente de las relaciones en las que se encuentra.

Esta propuesta conceptual invita a revisar la interacción entre la saturación del yo y la experiencia de sufrimiento a través de los relatos dominantes que dan cuenta de la construcción identitaria del sistema narrador en el contexto terapéutico. En esta línea, y conectando con los hallazgos emergentes en los estados del arte, esta postura teórica sugiere observar detalladamente los intercambios sociales enmarcados en un contexto histórico y cultural que promueven la multiplicidad de lenguajes acerca del yo, particularmente desde los roles asumidos al interior del sistema familiar, e incluso, del profesional en psicología, tomando en consideración el problema clínico en el cual se involucran las epistemes propias de la disciplina.

Conservando una postura posibilitadora y generativa, Monge y León (1998), desde su mirada humanista-existencial, afirman que el dolor y el sufrimiento coexisten en la vida humana, razón por la cual el hombre a lo largo de la historia ha buscado una explicación acerca de su sentido basado en su propia experiencia. En esta línea, Juan Pablo II desde una perspectiva teológica (referenciado a través de la voz de los autores), expone que cuando no se integra la visión ético-religiosa (la cual permite comprender el misterio del dolor), es

posible juzgar el sufrimiento como “algo malo” o “sin ningún valor”, lo que conlleva la búsqueda de su eliminación.

Si bien Monge y León (1998) atribuyen al sufrimiento calificativos que lo connotan como “negativo o malo”, reconocen su sentido, observando en éste una posibilidad, lo que muestra que es el ser humano quien elige qué desea vivir en la experiencia dolorosa.

Al respecto y con el propósito de integrar otros marcos epistemológicos, los autores destacan una perspectiva psicológica y pedagógica, precisando la educación a través del sufrimiento, y el desarrollo del yo a partir de la interacción emergente. Desde una visión filosófica Monge y León (1998) rescatan la voz de Heidegger, para subrayar el sufrimiento como la vía para lograr el acabamiento del hombre a través de la plenitud, en tanto el autor le concibe como un ser “inacabado”. A partir de una postura cristiana se advierte que solo la fe permite al hombre aproximarse al secreto del sufrimiento y la muerte, librándolo de la desesperación.

Sumado a lo anterior, Monge y León (1998) redefinen el sufrimiento como aquello que realza la existencia humana y despierta el componente espiritual, direcciona al hombre hacia sí mismo favoreciendo la adquisición de virtudes, así como su sentido de trascendencia, facilitando en última instancia la vinculación a otros a través de la experiencia.

Dicha comprensión invita a profundizar sobre perspectivas que se aproximan al sentido del sufrimiento, siendo éste el eje transformador de la experiencia. En este orden de ideas, Frankl (2004) se refiere al sufrimiento como aquello que ocupa el alma y la conciencia del hombre, independientemente de su intensidad. Así, el autor introduce tal concepto como un aspecto de la vida que no puede eliminarse, del mismo modo que la

muerte, advirtiéndole que sin ellos la vida es incompleta. En éste sentido, cuando un hombre descubre que su destino es sufrir, acepta el sufrimiento y le convierte en su única tarea.

Frankl (2004) plantea que, análogamente, el sufrimiento no es siempre un fenómeno patológico, señalando que éste puede ser un logro humano especialmente cuando nace de la frustración existencial. Sumado a ello, manifiesta dudar de que la búsqueda de sentido en la propia existencia proceda únicamente de la enfermedad, en tanto la frustración existencial no es patológica ni patógena. El autor subraya que la desesperación vivida por el hombre, puede ser vista desde la angustia espiritual, lo cual no significa la presentación de una enfermedad mental. Sin embargo, Frankl (2004) afirma que el especialista en ocasiones se ve inducido a erradicar dicho malestar a través del uso de drogas tranquilizantes, destacando el deber contrario de conducir al paciente a través de su crisis de crecimiento y desarrollo.

Frankl (2004) refiere que cuando el hombre se enfrenta a una situación inevitable o un destino imposible de modificar (enfermedad), se presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, es decir, de cumplir el sentido más profundo alrededor del sufrimiento a través de la actitud para cargarle. En coherencia con lo anterior, el autor hace énfasis en que el interés principal del hombre no es encontrar el placer o evitar el dolor, sino encontrarle un sentido a la vida.

Frankl (2003) expone que la capacidad de sufrimiento no es otra cosa que la capacidad de realizar lo que él denomina valores de actitud. Es decir, no es solo la creación (correspondiente a la capacidad de trabajo) la que puede dar sentido a la existencia, ni vivencia, ni el encuentro y el amor (capacidad de placer o bienestar), lo que pueda favorecerlo, sino también el sufrimiento, cumpliendo a través de éste el más profundo de los sentidos.

La revisión teórica, desarrollada en el presente eje, reitera y amplía el tránsito del fenómeno psicopatológico a la experiencia de sufrimiento, subrayado previamente en los estados del arte. Si bien se reconoce y legitima la enfermedad como manifestación física del malestar experimentado, se comprende también la perpetuación o movilización del síntoma, a partir de la interacción del individuo con sus contextos significativos, especialmente con los sistemas de ayuda, ante la solicitud de eliminación, disminución y/o desaparición del componente patológico.

Para esclarecer la redefinición mencionado, así como la secuencia interaccional emergente, es preciso profundizar sobre las construcciones culturales que se sitúan en un momento histórico y social, en tanto ponen de manifiesto las formas de vinculación sobre las cuales se sostienen los sistemas de significación, que dan sentido al posicionamiento asumido por los individuos en relación. Al privilegiarse perspectivas que busquen categorizar la experiencia a través de posturas dicotómicas acerca de la normalidad, se determinan formas de relación jerárquicas y prácticas ritualizadas que otorgan poder a los discursos patologizantes, excluyendo el diálogo transformativo como una posibilidad en la reconfiguración identitaria, ante un relato que prioriza la definición del self desde la incapacidad.

Se entiende entonces el sufrimiento como una posibilidad que, desde las diferentes dimensiones de la vida -incluyendo la esfera biológica-, permite la emergencia de discursos alternativos, a través de la práctica dialógica, desde la cual se reconoce la intersubjetividad. En consecuencia se hace hincapié en el sentido atribuido al síntoma, deslegitimando el discurso patológico y devolviendo al individuo su autonomía, a través de la posibilidad de renarrar las historias que articulan su relato identitario, facilitando de este modo la resignificación de la experiencia.

En conclusión, el ser humano es quien decide aquello que desea vivenciar en la experiencia dolorosa, puesto que sobre él está la atribución de sentido, entendiendo el sufrimiento y el dolor como elementos coexistentes en la vida humana.

Sobre el contexto terapéutico y el proceso de cambio. A propósito del campo de investigación-intervención, se presenta a continuación las comprensiones teóricas desde las cuales se configura la construcción del contexto interventivo. De otra parte, se profundiza sobre la construcción narrativa que emerge en dicho espacio alrededor de los problemas humanos, en términos de motivos de consulta y demanda de ayuda, finalizando con el abordaje conceptual de las conversaciones psicoterapéuticas como herramienta de transformación y cambio.

Comprensión del escenario interventivo. Hernández (2004) plantea que los modos de acción colectiva como la psicoterapia, constituyen soluciones específicas para resolver problemas de los grupos humanos, creados e instituidos por actores relativamente autónomos a través de sus capacidades y recursos. Respecto a los modos de articulación e integración, dichas soluciones instituyen una estructuración humana que orienta los comportamientos de los actores, adscribe su libertad y capacidades de acción.

El contexto de una conversación según Hernández (2004) ayuda a definir, establecer o clasificar el significado de lo dicho, delimitando lo que puede decirse, incluyendo factores no verbales, categorías propuestas por el hablante y oyente, su acción, sistema lingüístico, intenciones en el acto del habla, los roles sociales adscritos, el tipo de relación entre sí y actitudes frente a las obligaciones, normas y costumbres.

La pragmática de la comunicación para Hernández (2004) propone la utilización del lenguaje como ejecución de una acción social, la cual produce efectos sobre los

interlocutores, del mismo modo que en el contexto terapéutico. Al respecto, Anderson y Goolishian (1996) refieren que el sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación cobra importancia para el intercambio dialógico, por lo tanto, constituye un sistema lingüístico y a su vez, de organización del problema y disolución del mismo. Estrada y Díazgranados (2007), por su parte, afirma la pertinencia de un diálogo transformativo desde el cual se negocien nuevos sentidos y categorías, hasta convertir las propias premisas acerca de la naturaleza misma del significado.

Para Estrada y Díazgranados (2007), la psicoterapia puede pensarse como un proceso de *semiosis* que permite la construcción de significados de manera colaborativa. En este proceso en el cual se reinventa el significado de la experiencia, a través de la coordinación semántica de los participantes, desarrollando formas alternativas de calificarle y propiciar nuevas posturas respecto a la misma. No solo a nivel comprensivo desde el discurso, sino también en el orden del significado que emerge paralelamente.

Según Gergen (2006), las actuaciones emocionales se limitan a contextos que propician la aprobación social. Desde este punto de vista, admitir que las reglas culturales enmarcan cuándo y dónde tiene lugar una actuación así como las reacciones del otro, es considerar su emergencia como parte de los movimientos de una danza o un guion emocional, lo que lleva a pensar en el contexto terapéutico como escenario posibilitador en la construcción de sentidos, significados y cambio.

La definición del contexto terapéutico como escenario de investigación es pertinente en tanto demarca el propósito del encuentro entre los actores sociales y las posibilidades de acción. Retomando la voz de los autores, se comprende la psicoterapia como una forma de intervención colectiva entre los actores participantes que pretende dar solución a los

problemas emergentes en los grupos humanos. El lenguaje, como acción social, tiene un papel fundamental al favorecer el intercambio dialogal entre los interlocutores que integran el contexto interventivo y propiciar la construcción de significados novedosos que transforman la experiencia.

Construcción narrativa de los problemas humanos, motivos de consulta y demanda de ayuda. A la luz de perspectivas construccionistas sociales se resalta una visión discursiva, lingüística y contextual del significado de la experiencia y de la acción. Se comprende el significado relacionamente, considerando el individuo, las construcciones narrativas de su experiencia, y la acción, en coherencia con su contexto social. En este sentido, atribuir significado a la experiencia, implica convocar a los interlocutores pertenecientes a la comunidad local, lo que involucra la inclusión de las convenciones sociales, culturales, lingüísticas, narrativas, históricas, relacionales y discursivas (Estupiñán, González y Serna, 2006).

Introduciendo la comprensión de los problemas de la existencia humana, Estupiñán, González y Serna (2006) hacen énfasis en su dimensión temporal, en cuanto la narrativa es situada desde la estructura discursiva en la organización del significado, el sentido de la experiencia y la acción de los sistemas humanos. Los autores afirman que las narrativas existenciales organizan las experiencias vividas, y a su vez se viven al ser organizadas con y para otros en una comunidad de co-narradores reales o virtuales.

White (2002) por su parte, agrega que toda experiencia humana puede ser significada en múltiples discursos narrativos culturalmente disponibles, contándose entre ellos los “problemas psicológicos”. Es decir, que el “discurso de déficit” se categoriza

como omnipresente, en tanto cualquier conducta puede ser subrayada como problemática (Gergen, 1996).

Estupiñán, González y Serna (2006) mencionan al respecto, que en tanto las narrativas tienen efectos precisos sobre los sistemas humanos, impactan considerablemente la manera en que conducen la vida. Las experiencias familiares, y los relatos en las que son narradas y organizadas, son construidas a través de la interacción conversacional en la familia y otros contextos de su ecología social y cultural. En este sentido, los relatos dominantes pueden obturar y limitar las posibilidades de experimentar y desarrollar las relaciones de distintas formas, lo que puede configurar un motivo de consulta.

Sumado a lo anterior, White y Epston (1993) refieren que la narrativa de las personas que exponen un motivo de consulta, suelen presentar una construcción de la situación como imposible de cambiar, y se encuentran saturadas del problema, es decir que se perciben a sí mismas y/o a otros únicamente desde su experiencia vivida/narrada del problema. Los autores afirman que el discurso deficitario predominante en el contexto cultural, posibilita el etiquetamiento de la conducta como problema, concebido a partir de una construcción narrativa dominante, descalificando, limitando o negando aspectos significativos de la experiencia, el sentido de identidad y competencia de las personas.

En esta línea, Estrada y Díazgranados (2007) señala que la construcción narrativa constituye un modelo interno que el individuo puede interrogar como guía de la identidad y la acción. No obstante, el autor señala que las historias como modelos internos se mantienen estáticas, aclarando que si bien existen narraciones que funcionan en circunstancias puntuales, en otras no presentan resultados satisfactorios, y al considerar un

solo medio para hacer inteligible al yo, se limita el rango de relaciones o situaciones en las que es posible funcionar de manera adecuada.

En consecuencia, el problema puede ser comprendido desde el bloqueo en los procesos discursivos, narrativos y relacionales de construcción del significado de la experiencia y el fracaso de las soluciones intentadas a dicho bloqueo (Botella y Meritxell, 2002; citado por Estupiñán y González, 2012).

El contenido teórico presentado invita a realizar una aproximación a los relatos del sistema consultante a partir de su ecología socio-cultural, puesto que el significado de los mismos emerge en relación con ésta, otorgando sentido a la experiencia y posibilitando con ello su manifestación pragmática en la interacción.

Al considerar el marco ecológico, los autores proponen observar la correlación entre los discursos culturales y las narrativas presentadas por el sistema narrador, sobre el motivo de consulta, puesto que los relatos dominantes limitan y obturan las posibilidades de desarrollar diversas formas de relación, lo que para el presente estudio sugiere la valoración de la dinámica relacional entre los integrantes de la familia y el psicólogo que se encuentra al interior de la misma, a través de las epistemes narradas en el contexto interventivo.

De otra parte, la revisión conceptual invita a profundizar acerca de la construcción identitaria de quienes consultan en el escenario terapéutico, puesto que se destaca el impacto de las narrativas dominantes sobre el sentido de la identidad y competencias de la persona, modificando significativamente la experiencia vivida de sufrimiento.

Conversaciones psicoterapéuticas como herramientas de transformación. Al retomar la pertinencia de la interacción y enfatizando sobre la jerarquía demarcada entre las

instituciones y los sistemas consultantes que favorece la construcción identitaria del individuo, basada en el diagnóstico, Hernández (2010) hace hincapié en la relación dialógica como elemento fundamental en el proceso de cambio, señalando que ésta debe estar:

Inscrita en un escenario en el que los universos sociales, culturales y afectivos, incluidos los del profesional, participen para construir interpretaciones, valoraciones y lecturas mutuamente orientadoras a partir de la interacción, porque es justamente en ella en donde se teje la eficacia simbólica, clave del cambio (p.292).

La autora, desde una perspectiva ecológica, cuestiona la expectativa social en torno a la autosuficiencia como ideal y principal signo de individuación, para ratificar la necesidad de lo contrario, es decir, convocar solidariamente a todos los actores de las redes de pertenencia de los sujetos a fin de desvirtuar la fragilización y la deshumanización de los vínculos.

Adicionalmente, Hernández (2010) plantea la importancia de una postura democrática y participativa, coherente con las prácticas constructivas dialógicas, generativas y heteráquicas. Por otra parte, subraya la coexistencia de la psicología clínica compleja como alternativa, en la cual emergen formas diferentes de humanización y se valoriza la voz de los beneficiarios de los servicios, así como la de los actores profesionales implicados a partir de la transdisciplinariedad –en la que se concibe al ser humano como “sujeto” creador de conocimiento- y la relación con los demás, como contextos gestantes del mundo psíquico y subjetivo.

La autora resalta entonces la emergencia como propiedad de los sistemas complejos, señalando su papel fundamental en la creación de contextos de cambio, en los que los sujetos refuerzan su autonomía; enfatizando sobre la capacidad generativa de los sistemas

humanos, a partir de la asunción del espíritu solidario y la responsabilidad que confiere la sociedad para aportar al conocimiento de la condición humana en evolución.

Para la investigación-intervención, la autora en mención, invita a construir un escenario de encuentro humano desde el cual los actores sociales sean participantes activos y corresponsables del proceso de cambio, mediante un diálogo que favorezca la configuración de un mundo intersubjetivo en el intercambio de las esferas personal, afectiva, social, y cultural que, en consecuencia, posibilita la coevolución y potencializa la capacidad generativa y autonomía de quienes los integran.

Vinculando lo anterior a una perspectiva hermenéutica e interpretativa, Anderson y Goolishian (1996) destacan que los significados son creados y los experimentados por los individuos que conversan. La idea principal sobre la cual se apoyan dichos autores, parte de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo. Bajo dicho postulado se entiende que los seres humanos viven y entienden su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, las cuales organizan y dan sentido a su experiencia.

Es así como Anderson y Goolishian (1996) refieren que en la terapia, el cambio está representado por el proceso dialógico que genera la nueva narración; el círculo de significado entonces se refiere al proceso dialogal a través del cual la interpretación inicia a partir de los preconceptos del terapeuta. El papel de éste consiste en poner su pericia al servicio, con el fin de desarrollar un escenario conversacional libre, y facilitar la emergencia de “lo nuevo” a través del diálogo.

Los autores mencionados denominan la conversación terapéutica como el proceso de la terapia basada en la concepción dialogal, mediante la cual se evidencia una búsqueda

mutua de comprensión y exploración a través del lenguaje, en torno a los “problemas”, generando un proceso de participación conjunta. Considerando lo anterior, se permite al terapeuta mantener continuidad con la posición del cliente, asegurando la relevancia de las perspectivas del mundo, los significados y las comprensiones de éste. Así, el cliente y el terapeuta influyen recíprocamente en el significado del otro, proceso que permanece en continuo cambio a lo largo del tiempo.

Para tal propósito, la pregunta terapéutica o conversacional constituye la herramienta fundamental del terapeuta para dar cuenta de su pericia, privilegiando la vía comprensiva. El proceso de la formulación de preguntas, realizadas bajo el marco de la “ignorancia”, permite el desarrollo de una comprensión construida localmente (dialogalmente).

Reafirmando lo anterior, la lectura discursiva y relacional del construccionismo considera que el sentido nace en los procesos de interacción relacional, constituido y reconstituido en las prácticas discursivas en las que se participa (Davies y Harré, 1990; citado en Estupiñán y González, 2012). A través de la narrativa y el cambio dialógico es posible reubicarse con discursos alternativos al discurso dominante, el cual, en un contexto específico, delimita las pautas de sentido y significado. La terapia psicológica se convierte en el escenario en el que el diálogo relacional posibilita la emergencia de discursos alternativos, a través de la resignificación de experiencias específicas, modificaciones en los patrones relacionales y el surgimiento de realidades alternas.

El significado al interior del contexto terapéutico se presenta como una emergencia de la relación, producto de la acción conjunta, pautados por las relaciones entre los interlocutores y sus posiciones subjetivas en las prácticas discursivas, “(...) donde la

experiencia es candidata al significado en un conjunto de afirmaciones que la constituyen como objeto del lenguaje” (Estupiñán y González, 2012, p. 106).

Así, la trama de hechos adquiere sentido en la narrativa y especialmente en y con el relato. La narrativa selecciona, amplifica, organiza y recorta del flujo contingente, cambiante y complejo de experiencias vitales, se parte de ella con el fin interpretar lo que es experimentado. La historia personal y colectiva de un sistema humano es una “verdad narrada” a través de la conversación y la interacción con un medio (en el que se incluyen otros) (Estupiñán y González, 2012).

Para Gergen (2006) el lenguaje es comprendido como una forma de relación, por lo tanto, el sentido se extrae de una coordinación emergente entre las personas como es mencionado anteriormente por los autores. Así, las palabras carecen de sentido hasta que el otro les confiere su consentimiento y a su vez, éste permanece en silencio, hasta que otro le otorga sentido nuevamente en el intercambio.

Al respecto, el autor precisa que el significado es interdependiente, subrayando que no hay yo, fuera de un sistema de significados, y de esta forma las relaciones que preceden al yo son lo fundamental. Gergen (1992) afirma que “sin relación no hay lenguaje que conceptualice las emociones, pensamientos o intenciones del yo (p.204), y no son los yoes individuales los que crean las relaciones, sino éstas las que crean el sentido del yo”, siendo así como el yo deja de ser el centro de los éxitos o fracasos.

Schnitman (2008) por su parte, denomina “creación dialógica” a la construcción gradual de algo nuevo, a través del diálogo reflexivo y el aprendizaje conversacional en grupos humanos.

El enfoque centrado en los diálogos generativos considera a la creación de significado, a la experiencia y al conocimiento como procesos constructivos en los que los acontecimientos, los actos y episodios tienen la capacidad potencial de transformar las pautas de relación social desde su interior (p. 4).

Las posibilidades creadas en una conversación generativa según Schnitman (2008), devienen de núcleos de innovación que pueden actualizarse si están contruidos sobre acciones que resaltan alternativas existenciales, y orientarse hacia la construcción de nuevas realidades. Los diálogos generativos constituyen recursos conversacionales, destrezas generativas y capacidad de prospección, lo cual puede integrarse a diversos enfoques y procesos. Los diálogos señalados operan sobre micro procesos y flujos de conversaciones que suscitan libertades en diferentes dimensiones.

El diálogo generativo para Schnitman (2008) es facilitador de un proceso que provee nuevas posibilidades para la acción y la interacción, y permite el reconocimiento de los recursos por parte de los participantes, involucrando un posicionamiento ético basado en la coparticipación colaborativa, movilizandoo los pensamientos, las palabras y las acciones a través de la expansión de las formas de vida que se han conformado. Los profesionales favorecen el diálogo generativo mediante la conversación y el lenguaje como medios de conexión, innovación y coordinación de acciones, de manera transformativa, en tanto los participantes reflexionan sobre sí mismos, el proceso y sus resultados, generando impacto en sus acciones futuras.

Schnitman (2008) afirma, al igual que los autores mencionados, que las preguntas generativas posibilitan e identifican nuevas alternativas de acción y el proceso por el cual

los participantes reconocen la capacidad de otros y de sí mismos para construir alternativas. Por otra parte, permite identificar los ciclos generativos y la reflexión a partir de ellos, así como el conocimiento implícito de los participantes, creando plataformas para el cambio.

Basado en los elementos teóricos develados, se contempla la conversación como herramienta posibilitadora de cambio en la presente investigación-intervención, enfatizando en la construcción de realidades alternas a través de la resignificación emergente en el proceso dialógico. Mediante lenguaje se favorecerá la comprensión de los problemas humanos, los significados que los sustentan y, así mismo, la reconfiguración de la experiencia, la transformación de patrones relacionales y la construcción de nuevas realidades mediante la co-participación entre sistema de ayuda y sistema terapéutico.

Comprensiones sobre el rol del profesional en psicología. Umbarger (1983) hace referencia a Salvador Minuchin (1974, citado en Umbarger, 1983) para definir la noción de rol, subrayándole como marcador de la posición de cada miembro de la familia y los patrones de conducta a través de los cuales ésta asigna funciones, señalando el constructo en mención como la forma de organizar la estructura familiar. Al hablar de roles en el sistema familiar, Umbarger (1983) sugiere considerar la cultura, condición socio-económicas, historia, elementos interaccionales y estructurales.

En términos generales, Deutsch y Krauss (1970) refieren que “el rol consiste en el sistema de expectativas que existen en el mundo social y que rodean al ocupante en una posición; expectativa referente a su comportamiento hacia los ocupantes de otras posiciones” (p.165). Por su parte Benedito (1975) define el rol como una serie de conductas que se esperan de un individuo, que ocupa un determinado lugar en la estructura social; se trata de lugares asignados que preexisten a los sujetos. Dichas conductas, según la autora,

responden a las normas y expectativas asociadas a ese espacio que se va a ocupar y que son internalizadas en el proceso de socialización como sujeción del individuo a la estructura.

Considerando lo anterior, emergen cuestionamientos en torno al encargo social o estructura teleológica externa que pretende satisfacer una necesidad, es decir, los fines que actúan como determinantes y dan el sentido y orientación a una práctica técnica. Al respecto, Miller y Herbert (1971) revelan su interés por abordar la demanda social constitutiva de la práctica técnica y por tanto, la función que le es asignada a ésta por el complejo social.

Benedito (1975), en consecuencia, se pregunta ¿cuál es la materia prima, los instrumentos y los productos de la psicología?, señalando respectivamente: los discursos y conductas del sujeto (materia prima), los test mentales, las técnicas de dinámica de grupo y psicoterapéuticas (instrumentos), y “las relaciones sociales que permiten la reproducción de las relaciones de producción típicas, del modo de producción imperante” (p.409) (productos).

En este orden, Benedito (1975) abarca el fenómeno de la profesionalización de la psicología, con el objetivo de comprender el rol y su transformación. En principio refiere que el psicólogo se observaba como un profesional apto para enfrentar una gama de problemas prácticos y cotidianos desde la “voluntad de servicio” y, posteriormente, como quien investigaba procesos psicológicos y de conciencia, así como problemas asociados a la psicofisiología. De otra parte, se entendía la profesionalización desde la acumulación de conocimientos, en tanto se pensaba que ello permitiría la transformación hacia una “ciencia

pura o aplicada”, a través de técnicos que podrían resolver problemas concretos a partir del cuerpo científico.

Partiendo de lo anterior, Benedito (1975) señala que en el caso de la psicología, el producto a obtener a través de una práctica técnica, es el hombre adaptado e integrado a la estructura social, articulando a su vez las racionalizaciones ideológicas que constituyen la misma, el instrumental técnico y la forma de consumirlo, precisando en la compilación de éstos elementos la constitución del rol del psicólogo.

La autora indica que el sujeto ideológico mantiene una relación imaginaria con el lugar que ocupa, así como el psicólogo con relación a su práctica profesional, dando en consecuencia razones sobre su elección y actividad. En este punto, Benedito (1975) advierte que si para definir el quehacer del psicólogo se observa su práctica, se evidencia una participación amplia del profesional en psicología en la atención de problemas cotidianos en áreas institucionales “siendo el partero de los cambios en la comunidad en la que vive” (p.412) -entendiendo el duelo como parte de éstos-, y el responsable de la intervención que pretende generar la transformación en los discursos, conductas y relaciones.

En resumen, para abordar el rol del psicólogo es pertinente tener en cuenta el lugar, la posición o el status del mismo, así como la función que tiene asignada, la cual viene definida por la clase dominante que le delega poder técnico para que pueda ejercerla y, a su vez, le reconozca y acepte en la medida en la que responde al encargo.

Según Fichte (1974), el psicólogo se relaciona con los sujetos destinatarios de su práctica en instituciones, definiendo la institución como “una estructura relativamente

permanente de pautas, papeles y relaciones que las personas realizan, según unas determinadas formas sancionadas y unificadas, con el objeto de satisfacer necesidades sociales básicas” (p.248). Dichas relaciones pueden ser comprendidas desde la reciprocidad, como por ejemplo aquellas que pueden observarse en el consultorio privado, donde el poder técnico del profesional está en contra del poder contractual de quien consulta, a partir de la clase asociada al poder económico. Del mismo modo como podría suceder en una organización, respecto a la reciprocidad que se da entre posiciones y roles asignados: “el rol del médico y el rol social del enfermo”, considerando los criterios ideológicos de salud y enfermedad vigentes en la cultura actual.

Teniendo en cuenta que la práctica técnica de la psicología implica un lugar (rol prescrito) una conciencia (rol subjetivo) y una conducta (rol desempeñado) del psicólogo, determinadas por la estructura social y asumidas en el proceso de sujetación a la misma, la posibilidad de una práctica diferente al rol asignado sugiere la toma de conciencia del encargo implícito en el discurso de la psicología y los campos para la intervención cuando emerge un “conflicto”, o debe generarse un “cambio”.

Si bien las definiciones previas convergen en la concepción del rol como un lugar construido, asignado y ocupado por un individuo que corresponde puntualmente a un patrón de conductas, tal construcción se diluye y se reinventa en tanto se amplía la observación hasta el entretejido de interacciones con contextos históricos, sociales, culturales, económicos y otros más, en los que se enmarcan las expectativas de los sistemas circundantes. En este sentido, resulta ambicioso comprender la noción de rol únicamente desde su manifestación conductual, en tanto ésta se encuentra determinada por la interacción de factores que coexisten en su asunción.

De este modo, el sujeto es calificado por su entorno en un rol determinado, en tanto es capaz de satisfacer la necesidad contenida en el encargo social, la cual puede o no estar en relación con su quehacer disciplinar. En este punto, la exploración teórica realizada contribuye significativamente al fenómeno de investigación-intervención, en tanto reorienta la mirada hacia las expectativas socio-culturales construidas alrededor de la psicología como profesión, previo a la clarificación del rol del psicólogo.

De esta forma se evidencia la transformación del rol del profesional de psicología ante la emergencia de las necesidades contextuales, demarcadas por periodos históricos presentados a través de los años. Se observa el tránsito de la objetividad hacia la subjetividad, lo que –desde una mirada superficial- lleva a considerar la ausencia de definición, y a su vez la totalización del quehacer, siendo el psicólogo como lo menciona Benedito (1975) previamente “el partero de los cambios de la comunidad en la que vive (p.412)”.

Desde este punto de vista se sugiere iniciar una aproximación a la demanda social, mediante el discurso de la psicología, buscando reconocer la organización de la experiencia a través de los significados emergentes, e hipotéticamente favorecer la deconstrucción de relatos dominantes basados en epistemes disciplinares.

En coherencia con ello, Gergen (2006) refiere que el individuo pasa a ser partícipe de un proceso social que ensombrece al ser personal, quedando sus posibilidades materializadas cuando los otros las sustentan o las apoyan, es decir que la identidad emerge a merced de los rituales sociales evocados en la construcción del diversos grupos. Así, Gergen (2006) refiere que los títulos construidos a partir del estatus, indican la posición

social de cada uno, así como los títulos públicos señalan el servicio que se cumple en la comunidad, ubicando al yo inserto en lo social mediante las pautas de relación.

Al realizar un barrido histórico sobre la modernidad, Estrada y Díazgranados (2007) refiere que a las explicaciones narrativas del científico se les concede un alto nivel de credibilidad, en tanto sus narraciones constituyen historias estructuradas sobre la manera en que las cosas llegaron a ser lo que son. El autor resalta que la profesión de la salud mental es un producto del contexto moderno y, en este sentido, comparte sus supuestos.

Al respecto se recalca que “desde Freud hasta los terapeutas cognitivos contemporáneos, existe la creencia general de que el terapeuta profesional funciona o (idealmente debería funcionar) como un científico” (p.192). Se asocia al terapeuta como profesional, provisto de conocimiento a partir del desarrollo de entrenamiento científico, experiencia en investigación, comprensión de la literatura científica, observación continua y pensamiento sistemático respecto al escenario terapéutico.

Desde una lectura modernista, Estrada y Díazgranados (2007) manifiesta que algunas teorías terapéuticas, contienen supuestos explícitos sobre la causa de la patología, la ubicación de la misma en el consultante o sus relaciones, y los medios mediante los cuales se pueden diagnosticar y eliminar los problemas. En efecto, el profesional ingresa en el contexto terapéutico con una narración bien desarrollada, para la cual existe argumentación y sustento en la comunidad de pares, lo cual significa que el relato del científico tiene el sello de aprobación profesional.

Estrada y Díazgranados (2007) afirman que el terapeuta ha desempeñado el rol que se le designó en un ritual cultural del pasado, desde el cual “el ignorante, el fracasado y el

débil buscan consejo del sabio, del superior, del más fuerte” (p.194). De este modo, se informa al consultante de manera indirecta que es ignorante, insensible o emocionalmente incapaz de conocer la realidad, momento en el que el terapeuta se posiciona como el que “todo lo sabe y conoce”. Cuando el terapeuta ocupa el rol superior, no se revelan los fundamentos de su explicación, ni se visibilizan sus dudas, debilidades y fracasos, y, en la medida en la que la narración de éste se convierte en la realidad del consultante, las opciones de vida del mismo se ven truncadas, impactando en consecuencia la emisión de sus acciones.

Desde la mirada posmoderna, expuesta por Estrada y Díazgranados (2007), se sugiere la renuncia al rol del terapeuta como *conocedor superior*, se propone entonces una relación colaborativa que ofrece recursos en doble dirección, favoreciendo la configuración de horizontes a futuro, puesto que se desarrollan conjuntamente formas narrativas que le permiten al consultante movilizarse más allá de la crisis experimentada.

Si bien la postura del autor es coherente y complementaria a las construcciones teóricas expuestas, presenta al ejercicio investigativo un componente adicional en el proceso de observación. Puntualmente, se precisa el posicionamiento del psicoterapeuta en la relación terapéutica, teniendo en cuenta la herencia histórica del modernismo, desde la cual se recalca la asunción del rol de “científico y experto”. En este sentido, se invita a la configuración de una relación terapéutica colaborativa, heterárquica y co-participativa que favorezca la reinención del self, sus pautas de relación y la emergencia de múltiples realidades.

Volviendo sobre la sugerencia teórica frente al estudio de la demanda socio-cultural y su implicación en la construcción del rol, resulta pertinente explorar la definición de la psicología, a la luz de la normativa que regula la práctica de la profesión en el contexto colombiano. La Ley 1090 del año 2006, expedida por el Congreso de Colombia, en la que se destaca la reglamentación del ejercicio de la psicología a través de la creación del Código Deontológico y Bioético de Psicología “se define la psicología como una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: la educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de vida” (p.17).

Adicionalmente, el Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología (2009) indica que la psicología a través de la investigación y fundamentación científica, basa “sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable, favoreciendo a individuos, grupos y organizaciones, en los ámbitos individual y social, y generando aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos encaminados a crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones, propendiendo por la calidad de vida” (p.17) de los mismos.

En complemento a la definición de salud señalada por la OMS –desde la cual se hace hincapié en la naturaleza biopsicosocial del individuo y se enuncia el bienestar y la prevención como parte esencial del sistema de valores que conduce a la sanidad física y mental-, se presenta la psicología como la disciplina encargada del estudio del comportamiento en la persona sana o enferma. Respecto al psicólogo, éste es reconocido

como profesional de la salud, independientemente del área en la que se desempeñe tanto a nivel público como privado (Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología, 2009).

A partir de las definiciones presentadas se precisa la psicología como disciplina basada en la investigación, lo cual le adscribe en el campo de participación científica y, en consecuencia, le confiere reconocimiento en la producción de conocimiento. Su principal contribución se encuentra orientada al desarrollo del ser humano y la promoción del bienestar -a partir del continuo salud-enfermedad - desde los diferentes escenarios de acción profesional, atravesando los dominios: individual, grupal y social.

Desde éste punto de vista, se advierte la importancia de realizar una exploración de los relatos evocados alrededor del bienestar por los actores sociales participantes en la investigación-intervención, revisando de manera detallada las narrativas socio-culturales asociadas a la salud y la enfermedad, así como polaridades emergentes a partir del espectro que dicho continuo propone. Por otra parte, se sugiere revisar las consideraciones alrededor del rol de “científico” y la permeabilidad de éstas en la configuración del relato identitario del individuo, revisando las pautas de relación e interacción desde su participación en el sistema familiar y sistema de ayuda.

Método

El capítulo método expone en primer lugar el enfoque general de la investigación-intervención, seguido de los principios operadores de la misma, los conceptos metodológicos del macroproyecto *Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos*, y las categorías metodológicas: *Experiencia de sufrimiento, comprensiones acerca del rol familiar y del profesional en psicología y construcción narrativa de la demanda de ayuda*, y que articulan el ejercicio investigativo. Posteriormente, se integra la definición del contexto y la descripción de los sujetos participantes, pasando por la modelización, la construcción de diseños, la emergencia de neodiseños -a partir de éstos-, y el proceso de producción de resultados (ver figura 6).



Figura 6 Sistema metodológico

Enfoque general de la investigación-intervención

El presente trabajo corresponde a una investigación-intervención contextual, reflexiva de corte cualitativo, la cual opera bajo los siguientes principios: experiencia

reflexiva, conexionismo y coordinación de significados, procesos conversacionales, co-aprendizaje y creatividad, y contextualidad.

Principios operadores en los escenarios de investigación-intervención

A continuación se presentan los preceptos epistemológicos que, en coherencia con el paradigma sistémico constructivista-construccionista complejo, otorgan sentido explicativo sobre el modo de operar y proceder en la investigación-intervención.

Experiencia reflexiva. Retomando la cibernética de segundo orden, Estupiñán (2003) propone la reflexividad como proceso emergente de la interacción entre el investigador y el fenómeno observado -siendo el primero un “observador participante” (p. 56)-. En este sentido, es a través del principio de circularidad que se favorece la interpretación y la captación de los elementos de la organización y reorganización del proceso en estudio, vinculando desde luego la autorreferencia como mecanismo inmerso en la construcción de conocimiento. Como lo describe el autor “efectivamente nos “traemos al mundo” no sólo por reconocernos en la relación con el otro, sino porque nos asumimos en el acto mismo de comunicarnos, nos disponemos a ser creados, reencarnados, reinventados en el acto mismo de la reflexividad” (p.57).

Conexionismo y coordinación de significados. A partir de los avances de la neurofisiología en torno a los procesos de aprendizaje, se describe que “el cerebro requiere sistemas de aprendizaje que sean sensitivos a la estructura total de los eventos y de las experiencias” (Estupiñán, 2003, p.58), haciendo hincapié en la propiedad globalizadora y ésta como aquella responsable de los procesos significativos. Bajo ésta premisa, se entiende que al promover un contexto que favorezca la función reorganizadora del cerebro, se posibilita el incremento de conexiones y con ello, la invención de modelos emergentes y novedosos. Desde éste punto de vista, y volviendo sobre el principio conexionista, se

destaca la pertinencia de establecer coordinaciones entre los dominios narrativos, valorativos emocionales y lingüísticos, dentro de los encuentros humanos desarrollados en los escenarios de la investigación-intervención.

Procesos conversacionales. Estupiñán (2003) expone el acto conversacional como el dominio fundamental de las prácticas lingüísticas e interaccionales, reconociendo en el lenguaje su capacidad recursiva -a partir del acto de la re-significación-, en tanto favorece la acción creativa. Es decir que la conversación se instaura como unidad de análisis básica y componente esencial de la práctica interventiva e investigativa del comportamiento humano, pues al considerarse el lenguaje –en sí mismo- posibilitador de realidades diversas, la conversación se convierte en instrumento de construcción y transformación de modos de ser humanos. El acto de conversar constituye para Estupiñán (2003) una ontología hermenéutica de la experiencia.

Co-aprendizaje y creatividad. Partiendo del pensamiento Vygotskiano sobre el aprendizaje, Estupiñán (2003) sostiene que el modo en que se aprende, modeliza el tipo de estructura interactiva de la organización social, lo cual sugiere – ir más allá de instrumentar el aprendizaje-, identificar el modo y el sentido que es tomado en relación a las propias pautas, a fin de crear sistemas “saludables”. Por ende, se busca promover modelizaciones de cambios en las estructuras e historias de los sistemas investigados e intervenidos, propiciando diversos órdenes y modos de co-evolución que posibiliten formas de cooperación y co-construcción de mundos posibles. Dicho ejercicio involucra a su vez el principio de la relatividad de los saberes (respetar la diversidad y hacerle creativa), de la incertidumbre (exploración en torno a los puntos ciegos) y el distributivo y equitativo de poder (a través de las reglas heterárquicas presentes en las relaciones que se encuentran inmersas en el proceso de investigación-intervención).

Contextualidad. Estupiñán (2003) expone que toda práctica lingüística comunicativa implica la comprensión de elementos contextuales de la acción humana, -más allá del orden significativo de los actos de habla-, precisando así que todo mensaje desligado de un contexto, carece de sentido y significado. Desde ésta perspectiva, se plantea que todo suceso en el contexto es relevante, puesto que lleva consigo información que conforma la jerarquía de contextos, por lo tanto, definir el contexto constituye a su vez una estrategia de conocimiento y de cambio en el ejercicio investigativo-interventivo. Como lo menciona el autor referenciado: “(...) hablar y actuar en consecuencia en un contexto determinado es utilizar los propios recursos inmanentes, alojados en los pliegues de la interacción y distribuidos en el curso de la acción o de la conversación” (p.64). En suma, se reconoce el contexto como principio regulador de las interacciones y a su vez, elemento indispensable para comprender la construcción de conocimiento desde una mirada compleja.

Narrativa conversacional como método. Para Estupiñán y González (2012) -desde la visión sistémico-construccionista-, la narrativa es considerada como el producto emergente de la conversación social, es decir, una co-construcción entre interlocutores o co-narradores. Los autores plantean que en la interacción dialógica, una conversación está situada en un espacio de coordinación simbólica entre participantes, quienes otorgan sentido a las experiencias vividas, acudiendo a la memoria para la reconstrucción de la historia.

La Narrativa Conversacional para Estupiñán y González (2012) constituye entonces el contexto y el proceso permanente, virtual y real, donde deben dirigirse los relatos a través de la acción de co-narrar, a fin de re-conocerlos y re-constituirlos en sus significados

representados-vividos-narrados y sentidos relacionales, funcionales para la organización social.

Dentro de las múltiples funciones de los relatos, se destaca la semantización como parte del proceso narrativo conversacional, definida como la narración que permite significar e interpretar con sentido, las experiencias y acciones propias y de otros al interior de sistemas de significado disponibles o nuevos relatos. De otra parte, se rescata la función de organización selectiva de la experiencia y acción situada (situacional y contextual), la cual tiene en cuenta los sistemas de significación o relatos disponibles de los contextos sociales e interpersonales concretos (Estupiñán y González, 2012).

Considerando el planteamiento previo, se sugiere la Narrativa Conversacional como un mecanismo ontológico de adaptación humana, que organiza el relato de historias personales y colectivas en la interacción, buscando esquematizar, semantizar y orientar el significado y sentido contextual de la experiencia en torno a los dilemas humanos. Al ser considerada como mecanismo de lingüística, contiene las dimensiones temporal-acontecimental, semántica-experiencial y pragmática-relacional, lo que involucra una acción conjunta entre quien narra, la narración en sí misma y aquello que es narrado (Estupiñán y González, 2012).

La Narrativa Conversacional según los autores señalados, observa adicionalmente la estructura narrativa de la acción personal y el conocimiento, el lugar de los sistemas de significación y organización interpersonales y socioculturales, y actúa desde una consideración contingente, relacional y contextual de los fenómenos psicológicos de los sujetos -a nivel individual y colectivo-, al vincularles a la experiencia vivida, situada y

narrada, favoreciendo la observación de procesos de construcción y reconstrucción de los fenómenos mediante la interacción-conversación social.

En síntesis, se define la Narrativa Conversacional como “dispositivo interaccional que viabiliza la configuración mental de los mundos posibles” (Estupiñán y González, 2012, p. 17), considerando que la vida psíquica puede ser ubicada en la organización contextual y semiótica del Acto Narrativo. En éste emerge el proceso psicológico de manera auto-eco-organizadamente, actualizando múltiples dominios bio-psico-socio-culturales de la experiencia vivida en Campos Narrativos específicos.

A través de la recursividad, el Acto Narrativo conversacional se presenta en un proceso de co-narración recíproca, el cual implica una interacción que da lugar a la emergencia de los sujetos en el marco de una conversación heterárquica, donde se comprende la narración/relato como pauta que conecta la experiencia vivida, la experiencia narrada y el contexto (Estupiñán y González, 2012).

En éste sentido, los Campos Narrativos se constituyen a partir de un marco de acontecimientos y experiencias vividas, estructurado en versiones narrativas diversas, así como en interacciones conversacionales a nivel contextual, que conforman a su vez el mundo fenoménico y la relación con éste (Estupiñán y González, 2012).

Considerando lo anterior, se presenta el Proceso Narrativo Conversacional como contexto de evocación e integración de relatos, a partir de la interacción conversacional entre co-narradores, quienes a través del proceso co-constructivo de negociación y coordinación de significados del sentido, favorecen la movilización y el cambio (Estupiñán y González, 2012).

Análisis narrativo y conversacional. Estupiñán y González (2012) exponen el análisis narrativo como una herramienta que permite la aproximación a los procesos de

significación de individuos y contextos, en tanto promueve el análisis del contenido de las narrativas en la construcción de significados -en torno a los acontecimientos y experiencias vividas en las relaciones, narraciones y transformaciones emergentes en el proceso terapéutico-. Adicionalmente, dicho análisis crea la posibilidad de reconstruir los procedimientos dialógicos o conversacionales, mediante la participación de los individuos al interior del encuentro, vinculando las transformaciones narrativas asociadas al proceso de cambio.

De acuerdo con los autores en mención, el análisis conversacional es una metodología contextual y reflexiva que se fundamenta en los actos del habla, por lo cual considera el lenguaje como medio para comprender los fenómenos psicológicos y sociales, y así mismo, como creador de la realidad humana. Éste procedimiento pretende examinar las conversaciones en busca de patrones recurrentes, con el fin de describir la producción de la conducta, la comprensión y el tratamiento de quienes conversan, extrayendo a su vez las formas en que los hablantes utilizan sus habilidades y estrategias conversacionales, al participar en interacciones claras y organizadas socialmente (Estupiñán y González, 2012).

Conceptos metodológicos del Macroproyecto

Para Estupiñán, González y Serna (2006), el Macroproyecto Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos, asociado a la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás, expone el fenómeno de estudio a partir de las relaciones entre las narrativas, la movilización de procesos relacionales, la construcción de identidad y la emergencia de sentidos asociados con las problemáticas psicológicas motivo de consulta y, por último, las estrategias conversacionales para la

intervenciones que posibilitan la emergencia de narrativas dirigidas al bienestar y desarrollo familiar.

De acuerdo con ello, los autores en mención proponen los siguiente objetivos: caracterizar y comprender el sentido, la organización y la función de las narrativas de las familias, así como de diversos contextos sociales con los que entra en interacción y, su relación con los procesos relaciones y conversacionales en los que emergen. En segundo lugar, explorar los procesos narrativo-conversacionales de los escenarios de investigación–intervención que posibilitan la identificación, deconstrucción y transformación de narrativas ligadas a pautas relacionales problemáticas, facilitando la construcción de nuevas narrativas y por tanto, de acciones que favorezcan historias saludables. En última instancia, Estupiñán, González y Serna, (2006) destacan el aporte al desarrollo a nivel conceptual y metodológico en la perspectiva sistémico-construccionista de la narrativa, para la comprensión y el diseño de contextos y procesos transdisciplinares.

Los autores refieren las categorías de análisis del Proceso Narrativo Conversacional, reconociéndoles como componentes constitutivos y dinámicos que configuran los referentes o dominios de observación e intervención.

En primer lugar, Estupiñán, González y Serna, (2006) describen la experiencia como elemento narrativo vinculado a los acontecimientos. Tal concepto, se refiere a “la vivencia, el significado y sentidos construidos de sí mismo en relación a como son interpretados los acontecimientos en la trama del relato, lo cual sitúa la propia postura vivencial-existencial” (Estupiñán y González, 2012, p.149). Se asume que la experiencia se observa a través de la interpretación de los actores, y/o la voz de la narrativa que emerge en el relato.

En segundo lugar, los autores señalados refieren los acontecimientos como eventos contextuales, históricos; situaciones, acciones y experiencias interpersonales, a partir de su representación, significación e interpretación en sus efectos. Son puntuados en el conjunto de intercambios conversacionales y la trama del relato, como relevantes y significativos al interior de un sistema humano.

En tercer lugar y retomando el constructo asociado a idea de narrativa dominante subrayado por White y Epston (1993), la historia se relaciona a el/los relato(s) y significaciones colectivas de la realidad que hacen referencia a una “historia compartida”, evocada por los actores/contextos/voces del Campo Narrativo, acerca del significado y sentido sobre los acontecimientos y experiencias vividos/narrados. Se observa el carácter de versión oficial, y su narración conlleva a posicionamiento(s) conversacional(es) dominante(s) en el contexto relacional. La historia de acuerdo con Estupiñán y González (2012), se presenta como la construcción de “realidad” dominante y legítima de un sistema humano narrante, en el cual se refuerza su carga comunicacional e informacional para replicarse y mantenerse a sí.

En cuarto lugar, la memoria se retoma como proceso de articulación narrativa de la experiencia emergente en el relato, considera la situación actual y sus posibles “desviaciones”. A partir del surgimiento de la memoria, se establecen configuraciones seleccionadas, versiones del significado, sentido de los acontecimientos y experiencias vividas y narradas, las cuales potencian la presentación de alternativas de cambio de la historia. El posicionamiento relacional y conversacional de la memoria es subdominante, por lo cual aparece mediante versiones periféricas, marginales, excluidas e incluso poco articuladas en el relato propio. Usualmente las versiones mencionadas aparecen referidas por los actores o voces narrativas de solo alguna(s) partes del sistema humano narrante.

Sumado a ello, White y Epson (1993) refieren la memoria como "los aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante y que constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad para la generación o regeneración de relatos alternativos" (p.18).

Conceptos metodológicos de la investigación-intervención

A partir del recorrido teórico desarrollado en el capítulo anterior, se definieron las siguientes categorías de análisis: *Experiencia de sufrimiento*, *Construcción narrativa de la demanda de ayuda* y *Comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología*, como unidades de organización, operación e interpretación del contenido emergente en el ejercicio investigativo-interventivo, posibilitando una observación detallada de los escenarios narrativo-conversacionales y la posterior producción de resultados.

Experiencia de sufrimiento. Se comprende el sufrimiento como experiencia emergente en la invisibilización del individuo cuando éste asume roles que categorizan su identidad, en otras palabras, la ausencia de reconocimiento en la interacción con el otro; como es señalado y ejemplificado por Hernández (2010), al referir el intercambio entre los profesionales de salud y los usuarios que consultan, y el posicionamiento subsiguiente que privilegia la jerarquía y limita la autonomía en la resolución del malestar.

En complemento, la experiencia de sufrimiento surge a partir de la presencia de conductas relacionales desde las cuales el individuo es negado como otro legítimo –directa o indirectamente-, restringiendo la posibilidad de reconocimiento y construcción de una nueva identidad (Maturana, 1999). En éste sentido, el intercambio dialógico en el cual participa el individuo, se encuentra mediado por discursos totalizantes que si bien

posibilitan la interacción, paradójicamente eliminan el campo intersubjetivo donde la construcción identitaria tiene lugar en un nivel individual y colectivo.

Sumado a la perspectiva individual y relacional, el reconocimiento de narrativas dominantes sugiere la inclusión del plano social como escenario de estudio, lo que confiere especial importancia al concepto de saturación social propuesto por Gergen (2006). A partir de ésta construcción, se atribuye la fragmentación en las concepciones del yo y la emergencia de relaciones igualmente desconectadas, a la multiplicidad de lenguajes del yo - incoherentes y desvinculados entre sí-, lo cual lleva al individuo a desempeñar un rol desde el cual el yo se encuentra saturado -yo no auténtico-, articulando con ello la experiencia de sufrimiento.

De éste modo, el individuo experimenta la incoherencia entre las historias que las personas cuentan de sí mismo y la discrepancia entre las historias que los otros cuentan de ellos y sus experiencias, como lo subrayan White y Epston (1993), provocando una sensación de insuficiencia que impacta las actividades desarrolladas por éste -con una noción de vacuidad-, lo que en palabras de Gergen (2006) es el resultado de la colonización del yo y de la presencia de espectros sociales.

Si bien la construcción de sufrimiento involucra la presentación de relatos que privilegian prototipos específicos, que a su vez dificultan la diversificación de la experiencia, la participación -activa o pasiva- del individuo frente a la disolución o perpetuación del malestar, está determinada por el posicionamiento asumido por los participantes en interacción. Desde éste punto de vista, es la experiencia emergente en la contradicción de los relatos que buscan articular el relato identitario, aquella que impulsa en

el hombre la orientación hacia sí mismo y, es a partir de su facultad para atribuir sentido, que el sufrimiento puede ser resignificado transformando la frustración emergente como una posibilidad de transcendencia y logro humano (Frankl, 2004).

Comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología. La presente categoría de análisis pretende abordar la construcción y configuración del rol familiar y profesional del integrante psicólogo al interior de la familia, a partir de la exploración de las expectativas sociales atribuidas, como ocupante de dicha posición en el sistema. Lo anterior a propósito de la definición propuesta por Benedito (1975), quien subraya el rol como una serie de comportamientos que se esperan de un individuo que ocupa un lugar determinado en la estructura social -a fin de satisfacer una necesidad particular-, lo que implica reconocer la participación del psicólogo desde su quehacer profesional. Al respecto, la autora destaca su actuación en la atención de problemas cotidianos en áreas institucionales, precisando el psicólogo como “el partero de los cambios de la comunidad en la que vive” (p.412) -, y en este sentido, el responsable de la intervención que pretende generar la transformación en los discursos, conductas y relaciones.

Como lo mencionó Estrada y Díazgranados (2007), en la modernidad el terapeuta desempeñó el rol que se le designó en un ritual cultural del pasado, desde el cual se ubicó jerárquicamente en el lugar de sabio y superior, atribuyendo al otro -a través de su posicionamiento- el fracaso y la debilidad, lo que determinó significativamente la interacción consecuente.

En coherencia con el contenido presentado, el concepto metodológico busca profundizar sobre las expectativas socio-culturales construidas alrededor de la psicología como profesión, evidenciando la transformación del rol del psicólogo ante el surgimiento

de necesidades contextuales, y su impacto en la organización de la experiencia del sistema familiar -que integra en su composición un profesional en psicología-, mediante el reconocimiento de epistemes en el escenario terapéutico. Retomando a Gergen (2006) como justificación de ello, los títulos construidos a partir del estatus hacen referencia a la posición social de cada uno -señalando el servicio ofrecido a la comunidad-, lo cual ubica al yo inserto en lo social a través de las pautas de relación.

Como punto de referencia inicial, se toma en consideración las definiciones expresadas por el Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología (2009) y la OMS sobre la psicología, entendiendo dicho campo como disciplina basada en la investigación, orientada al desarrollo del ser humano y la promoción del bienestar de éste desde sus diferentes áreas de acción profesional. De allí, se advierte la necesidad de revisar los relatos de bienestar evocados por los actores sociales de la investigación-intervención, vinculando a dicha exploración las narrativas socio-culturales asociadas a la construcción de salud y enfermedad, y a su vez las polaridades emergentes en dicho espectro.

Por último, se pretende revisar la construcción del rol de “científico” en el sistema terapéutico y sus implicaciones, tanto en la construcción del relato identitario del individuo como en las dinámicas de interacción familiar evidenciadas en el espacio interventivo, pues teniendo en cuenta los postulados de Estrada y Díazgranados (2007), las explicaciones narrativas del científico constituyen historias estructuradas sobre la manera en que las cosas llegaron a ser lo que son, ampliando así el marco de comprensión.

Construcción narrativa de la demanda de ayuda. A lo largo de la investigación-intervención, se entiende que un motivo de consulta –que a su vez conlleva una demanda de ayuda- en el contexto terapéutico, es narrado como una situación emergente imposible de

cambiar, la cual se encuentra según White y Epston (1993) saturada del problema, privilegiando la experiencia vivida/narrada por el sistema narrador.

Desde ésta concepción, y en acuerdo con Botella y Meritxell (2002; citado por Estupiñán y González, 2012), la construcción narrativa dominante se enmarca bajo un discurso deficitario proveniente del contexto cultural, que facilita el etiquetamiento de la conducta como problema, descalificando, limitando o negando aspectos significativos de la experiencia, el sentido de identidad y competencia de las personas.

Creo que a este último concepto habría que agregarle una reflexión sobre lo que puede implicar para la construcción narrativa del problema o del motivo de consulta la organización privilegiada del texto a partir de contenidos derivados de la profesión es decir, dejar claro que se quiere observar a través de este concepto las implicaciones de las epistemes psicológicas para la construcción de los motivos de consulta y las demandas de ayuda

Contexto y participantes

El contexto en el cual se desarrolló la investigación-intervención fue la Institución Prestadora de Servicios de Atención Psicológica (IPS) de la Universidad Santo Tomás (USTA), escenario que fue fundado en el año 1973 bajo la modalidad de Consultorios de Psicología como un espacio de formación clínica para los estudiantes de Maestría, y posteriormente fue dispuesto para estudios de pregrado en psicología. Desde el año 2003, la IPS USTA se encuentra habilitada por la Secretaría de Salud de Bogotá, y desde el 2009 cuenta con el sello de calidad ISO 9001:2008. Actualmente la institución referida, es coordinada por la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás.

La IPS USTA tiene como objetivo brindar un espacio de profesionalización y formación de estudiantes de pregrado y posgrado, en investigación, asesoría, orientación vocacional, evaluación psicológica e intervención psicoterapéutica (a nivel individual, grupal, de pareja y familiar), respondiendo a su vez al compromiso social establecido como agente de cambio frente a las dificultades presentadas por la comunidad, a fin de mejorar su calidad de vida. En el servicio de atención psicológica, se involucran los integrantes de la comunidad tomasina y sus familias, así como las personas externas a la Universidad en mención.

Los participantes que se involucraron en la investigación-intervención fueron: una estudiante en formación de psicología, quien a su vez fue consultante en un proceso psicoterapéutico desarrollado en la IPS USTA, en compañía de la terapeuta tratante, dos psicoterapeutas observadores y la investigadora-interventora en el primer escenario narrativo-conversacional. A continuación en la Tabla 5 se presenta la caracterización del contexto familiar de la participante anteriormente referenciada.

Tabla 5

Caracterización de participantes – Primer escenario narrativo-conversacional

Nombre	Rol	Edad	Estudios	Ocupación	Estado civil	Lugar de nacimiento
M.	Madre	53 años	Universitarios profesional	Empleada estable	Casada	Bogotá
H.	Padre	55 años	Secundaria completa	Trabajador independiente	Casado	Bogotá
A.	Hijo	24 años	Universitarios profesional	Empleado estable	Soltero	Bogotá
E.	Hija	19 años	Universitarios en formación	Estudiante	Soltera	Bogotá

 de psicología

En el segundo escenario narrativo-conversacional participó una familia que previamente había hecho parte de un proceso psicoterapéutico, y que en su composición integra una profesional en psicología -quien a su vez ocupa el rol de hija en la estructura familiar-. En el desarrollo del ejercicio conversacional se incluyó a la psicóloga, sus padres, cónyuges de los mismos, un psicoterapeuta observador y la investigadora-interventora. En la Tabla 6 se expone la caracterización de los participantes mencionados.

Tabla 6

Caracterización de participantes – Segundo escenario narrativo-conversacional

Nombre	Rol	Edad	Estudios	Ocupación	Estado civil	Lugar de nacimiento
M.	Madre	52 años	Universitarios profesional	Empleada estable	Casada	Bogotá
P.	Padre	50 años	Universitarios profesional	Trabajador independiente	Casado	Bogotá
Md.	Cónyuge del padre	39 años	Universitarios profesional	Empleada estable	Casada	Barrancabermeja Santander
Pd.	Cónyuge de la madre	45 años	Universitarios profesional	Empleado estable	Casado	Olival, Santander
HC_PSI	Hija	26 años	Universitarios profesional en psicología	Empleada estable	Soltera	Bogotá

En el tercer, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo escenarios -correspondientes a seis encuentros de psicoterapia-, participó una familia constituida por una profesional en

psicología –quien a su vez ocupa el rol de madre en la estructura familiar y actúa en calidad de solicitante-, su cónyuge y dos hijos -uno de ellos consultante- como se muestra en la Tabla 7 y en el familiograma (ver figura 7)

Tabla 7

Caracterización de participantes – Proceso psicoterapéutico (Tercer, cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo escenario)

Nombre	Rol	Edad	Estudios	Ocupación	Estado civil	Lugar de nacimiento
S.	Madre	50 años	Universitarios profesional en psicología	Empleada inestable (sin contrato)	Casada	Bogotá
G.	Cónyuge de la madre	62 años	Universitarios profesional	Trabajador independiente	Casado	Bogotá
Se.	Hijo	15 años	Secundaria incompleta	Estudiante	Soltero	Bogotá
N.	Hijo	13 años	Secundaria incompleta	Estudiante	Soltero	Bogotá

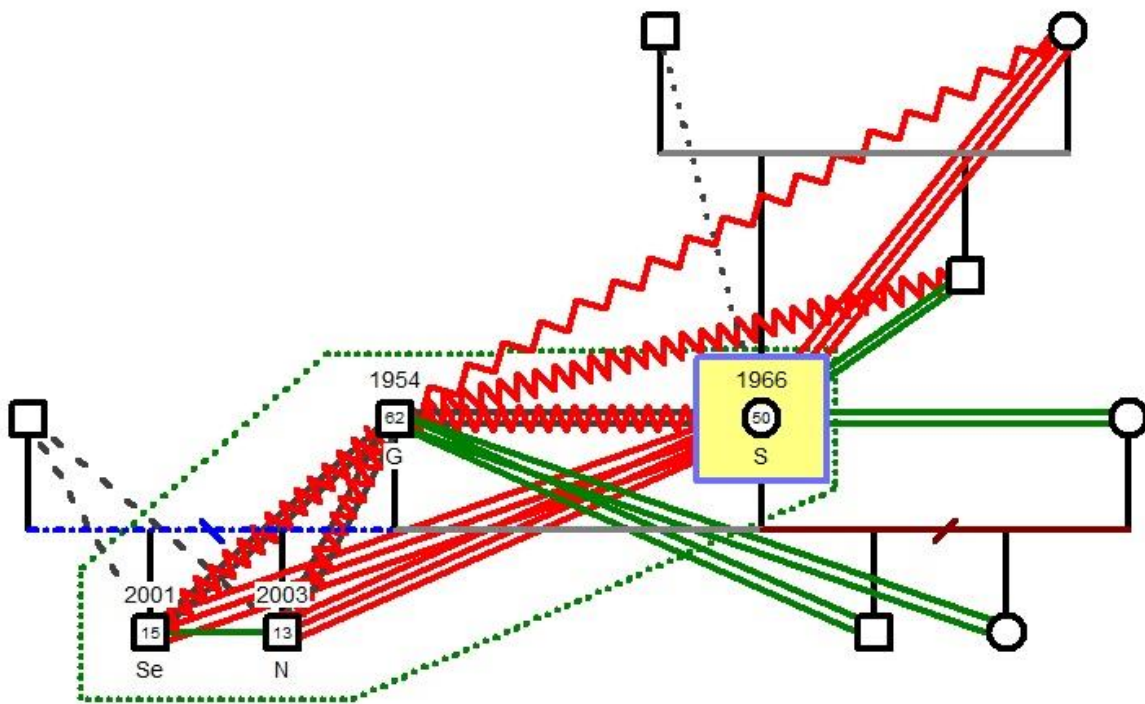


Figura 7 Familiograma de los participantes del proceso psicoterapéutico

Los participantes fueron notificados sobre los objetivos de la investigación-intervención, advirtiéndoles la grabación y transcripción de las conversaciones desarrolladas, así como el uso de la información con fines estrictamente académicos. Dadas las precisiones correspondientes, los participantes firmaron el consentimiento informado, atendiendo a la Doctrina número 3 del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología Colegio Colombiano de Psicólogos, la cual informa sobre:

La obligación del profesional de la psicología de informar a su usuario, y asegurarse de que éste entienda acerca de los procedimientos, técnicas y estrategias que seguirá en su tratamiento o evaluación diagnóstica, sobre sus previsible resultados y los efectos colaterales adversos que se pudieran presentar, así como las distintas

posibles alternativas a la propuesta, se concibe como un deber del profesional de la psicología y un derecho del usuario (p.1)

Aplicado del mismo modo a la investigación científica con participantes humanos en las distintas áreas del conocimiento.

Lo anterior hace referencia a una de las consecuencias del reconocimiento que se ha hecho a la dignidad humana en los sistemas de salud. En lo dispuesto en el párrafo único del artículo 1º de la Ley 1090 de 2006, se destaca la psicología como una profesión de la salud, razón por la cual el Consentimiento Informado deberá ser una práctica cotidiana, siendo una obligación del psicólogo y un derecho de los consultantes o usuarios (Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología, 2012).

Modelización

A fin de conservar el rigor investigativo, según Hernández (2010), la modelización busca dar cuenta del proceso a través del cual se tomaron las decisiones que orientaron las acciones en el curso de la investigación-intervención, enfatizando sobre los criterios que definieron el cambio de rumbo y método, e incluyendo las vicisitudes emergentes, con el propósito de favorecer la comprensión y la explicación del fenómeno. Correspondiendo a ello, la autora en mención señala que la modelización:

Se ocupa de describir y organizar los procesos de elaboración de un modelo y es en sí una construcción intencional a partir de la experiencia vivida por el sujeto que modeliza, a través de ese mismo sistema de símbolos que es el modelo (Hernández, 2010, p.102).

En tanto se asume la construcción intencional implícita en la creación del modelo, Hernández (2010) resalta la necesidad de revisar e incluir los marcos de referencia del investigador para organizar las acciones que propone a los sujetos participantes, garantizando de éste modo la relevancia social y la ética de la investigación-intervención.

El modelo “no se tiene como dado por la realidad”, es elaborado mediante artefactos simbólicos de un modelizador y los sujetos interactuantes en la investigación-intervención, así el modo de construcción integra su definición e interpretación, lo cual implica la concepción “fenomenológica” del modelo (Hernández, 2010). A partir de éste, se basan las intervenciones desarrolladas, incidiendo en la construcción de sentido y la organización vital de individuos, familias, instituciones y comunidades.

En conclusión, la modelización permite evidenciar la transformación de los sistemas participantes a partir su tránsito por el proceso de investigación-intervención, de lo cual emerge una vivencia y comprensión novedosa, que a su vez propicia una nueva construcción del fenómeno estudiado (Hernández, 2010).

A la luz de los elementos destacados anteriormente, se presenta a continuación el proceso de modelización de la investigación-intervención en la Tabla 8 y la figura 8, la cual integra la descripción de las fases desarrolladas, sus objetivos, procedimientos e instrumentos y resultados correspondientes para el ajuste del fenómeno de estudio.



Figura 8 Proceso de modelización de la investigación-intervención

Tabla 8

Proceso de modelización de la investigación-intervención

Fase	Objetivos	Procedimientos e instrumentos	Resultados para el ajuste del fenómeno
Aproximación al interés investigativo	Conformar el equipo de investigación-intervención	Definición del interés investigativo con el equipo docente y firma de la Carta de Compromiso de Investigación-Intervención de Integrantes del Trabajo de Grado.	Concretar el estudio del fenómeno psicopatológico en familias con un miembro psicólogo, como foco inicial de investigación-intervención.
Estados del arte	<p>Desarrollar los estados del arte documental y testimonial para la construcción fenómeno de investigación-intervención.</p> <p>Realizar una revisión crítica de carácter documental sobre las investigaciones y estudios en torno al fenómeno psicopatológico en familias con un miembro psicólogo. Comprender y exponer con claridad los desarrollos e implicaciones teóricas y metodológicas que estos estudios proponen para el planteamiento del problema y del fenómeno de estudio</p> <p>Lograr un conocimiento comprensivo en torno a sufrimiento en familias de psicólogos que asisten a un proceso psicoterapéutico, a través del estudio de los relatos dominantes emergentes en las conversaciones psicoterapéuticas</p> <p>Dar cuenta de las construcciones paradigmáticas, simbólicas y</p>	<p>Estado del arte documental:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda de información bibliográfica relacionada con el interés investigativo. 2. Análisis bibliográfico de la información indagada, a través de una matriz compuesta por las siguientes categorías: título, autores, pregunta de investigación, diseño, resultados y conclusiones. <p>Estado del arte testimonial:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño de los escenarios narrativo-conversacionales con base en los siguientes elementos: objetivos, participantes, focos, pregunta orientadora, y guiones conversacionales 2. Análisis del contenido categorial con base en las siguientes categorías: dominio epistemológico, simbólico y pragmático. 	<p>Estado del arte documental:</p> <p>Redefinir el fenómeno de investigación, de “la experiencia psicopatológica” al “sufrimiento humano”.</p> <p>Estado del arte testimonial:</p> <p>Considerar el “doble rol” del psicólogo en la familia, como construcción emergente en los relatos de los actores sociales (psicoterapeutas).</p> <p>En consecuencia, se generaron hipótesis sobre la implicación del concepto en la experiencia del sufrimiento, mediante la configuración de pautas de interacción específicas.</p> <p>Determinar los ejes temáticos para la organización del estado del arte documental:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Del fenómeno psicopatológico al sufrimiento 2. Intervención psicoterapéutica 3. Sobre el fenómeno de sufrimiento en psicólogos y otros profesionales de la salud.

	pragmáticas de las voces de familias que integran en su composición un miembro psicólogo, que consultan al servicio de atención psicológica		
Elaboración del sistema teórico	<p>Construir el marco paradigmático, epistemológico y teórico en relación al fenómeno y problema de investigación/intervención. Se pretendió generar conexiones con la perspectiva sistémica, constructivista, construccionista compleja y el Macroproyecto de Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de los ejes temáticos asociados a la construcción del sufrimiento en familias con un miembro psicólogo, que asisten a un proceso psicoterapéutico. 2. Articulación de los elementos de la perspectiva sistémica constructivista-construccionista compleja a la explicación de cada eje temático. 	<p>Desarrollar los ejes temáticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De la patologización conductual a la experiencia de sufrimiento 2. Sobre el contexto terapéutico y el proceso de cambio 3. Comprensiones sobre el rol del profesional en psicología <p>Destacar el estudio de familias de psicólogos en psicoterapia como un campo de indagación novedoso en la investigación-intervención, en tanto no se encuentran estudios, ni postulados teóricos que aborden y/o profundicen sobre la población señalada, en el contexto terapéutico.</p>
Método	<p>Definir en el enfoque de la investigación-intervención, los principios operadores generales de las intervenciones, y los conceptos metodológicos en relación con el fenómeno-problema y el Macroproyecto.</p> <p>Describir los contextos involucrados y caracterizar los actores participantes.</p> <p>Presentar los diseños y neodiseños de investigación/intervención, y el procedimiento para la construcción de resultados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de los principios operadores de la investigación-intervención. 2. Construcción de los conceptos metodológicos. 3. Descripción del contexto y los participantes. 4. Diseño de los escenarios narrativo-conversacionales para el trabajo de campo. 5. Construcción de la matriz de análisis categorial del contenido para la generación de las descripciones para los resultados. 	<p>Establecer la experiencia reflexiva, el conexionismo y la coordinación de significados, los procesos conversacionales, el co-aprendizaje y la creatividad, y la contextualidad de los procesos como principios operadores de la investigación-intervención.</p> <p>Construir las categorías metodológicas de la investigación-intervención: Experiencia de sufrimiento, construcción narrativa de la demanda de ayuda, y comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología.</p> <p>Definición de la Narrativa Conversacional como mecanismo de organización de relatos emergentes en la interacción, orientando el sentido y significado contextual de la</p>

			experiencia de los participantes.
Trabajo de Campo	Desarrollar los escenarios narrativo-conversacionales ejecutados en la etapa de construcción del método.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecución de dos escenarios narrativo-conversacionales “exploratorios” con una estudiante de psicología y una familia que en su composición integra una psicóloga respectivamente. 2. Desarrollo de seis escenarios – neodiseños- correspondientes al número de encuentros de psicoterapia llevados a cabo en la modalidad de coterapia. 	Crear y desarrollar neodiseños en el marco de la psicoterapia, a partir los escenarios narrativo-conversacionales, configurados inicialmente para la transformación de la experiencia de sufrimiento y la reconfiguración del doble rol, a través de la deconstrucción de la doble demanda de ayuda.
Resultados	Describir las comprensiones emergentes en los neodiseños, de acuerdo a los conceptos metodológicos del Macroproyecto y la investigación-intervención, buscando ampliar las categorías inicialmente definidas, a fin del complejizar el fenómeno de estudio. Así mismo, exponer las comprensiones autorreferenciales del ejercicio investigativo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grabación y transcripción de los procesos narrativo-conversacionales emergentes en el desarrollo de los diseños. 2. Diseño de la matriz de análisis categorial de contenido. 3. Análisis y descripción de las transcripciones de los escenarios, a la luz de las categorías metodológicas de la matriz. 4. Construcción de las relaciones entre las descripciones, con base en los conceptos metodológicos de la investigación y el Macroproyecto. 	<p>Dar cuenta de la relación existente entre el doble rol del psicólogo (en el sistema familiar y terapéutico), y la emergencia del sufrimiento.</p> <p>Identificar y reconocer la autorreferencia del psicoterapeuta como herramienta que favorece la redefinición del problema, la deconstrucción narrativa, y el proceso de cambio en la psicoterapia, con familias que integran un miembro psicólogo.</p> <p>Proponer un modelo comprensivo-explicativo para el abordaje clínico de familias consultantes con un integrante psicólogo, en el marco del contexto terapéutico.</p>
Discusión	<p>Evaluar e interpretar los resultados de acuerdo con las hipótesis, objetivos preguntas de la investigación/intervención.</p> <p>Poner en diálogo el contenido arrojado en los resultados con los postulados teóricos referenciados y las investigaciones revisadas en los estados del arte y el sistema teórico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de las concurrencias, complementariedades y antagonismos entre los resultados, los estados del arte y el sistema teórico para el reconocimiento de los alcances de la investigación en términos teóricos e interventivos. 	Se destaca el doble rol del psicólogo consultante y psicoterapeuta como componente novedoso producto del trabajo desarrollado. La pauta de interacción que sustenta el posicionamiento del doble rol al interior del sistema familiar y el contexto interventivo está descrito a partir de tres fases: La doble invisibilización del self, el isomorfismo del no reconocimiento, el resurgimiento del self posibilitador

	Presentar los avances de la investigación, y proponer posibles focos de profundización.		
Conclusiones	Sintetizar los capítulos que constituyen la investigación-intervención, precisando los aportes generados para la comprensión e intervención del fenómeno de estudio, teniendo en cuenta las implicaciones para el contexto de aplicación, la psicología clínica, la maestría y el macro-proyecto, y la investigadora/interventora.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de las implicaciones de los capítulos para la construcción del fenómeno de estudio. 2. Presentación de los aportes, avances y limitaciones de la investigación intervención. 	Sugerir para futuras investigaciones la autorreferencia como categoría metodológica en el estudio de familias con un integrante psicólogo, integrar la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell y Doble Vínculo de Bateson en el sistema teórico, -a fin de profundizar los hallazgos de la investigación, a la luz de dichos conceptos-, e incluir diferentes niveles de abordaje en el estudio de profesionales en psicología.
Pre-sustentación	<p>Dar a conocer los avances del trabajo de grado, a fin de generar aportes para el desarrollo conceptual, metodológico y resultados de la investigación y el Macroproyecto correspondiente.</p> <p>Reflexionar con la comunidad académica acerca de la pertinencia de la investigación-intervención, en relación con los posibles aportes clínicos, conceptuales y metodológicos expuestos, así como el impacto social esperado.</p> <p>Fortalecer la competencia de sustentación lógica argumentativa del trabajo de grado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño de la presentación 2. Exposición de la investigación-intervención. 3. Retroalimentación de docentes jurados y público participante. 4. Realización de ajustes al trabajo de grado, a la luz de las observaciones realizadas. 	Hacer énfasis en la autorreferencia como método en la investigación-intervención.

Diseño de escenarios narrativo-conversacionales

Desde el enfoque investigativo de carácter contextual y reflexivo, Estupiñán y González (2012), proponen la construcción de escenarios donde se ubica el conocimiento en el contexto de la trama humana, que a su vez define el fenómeno en estudio. Se configuran los contextos y escenarios de investigación-intervención, como momentos y espacios de conversaciones generativas, entrelazadas en bucles recursivos y realizadas por los actores sociales participantes.

En éste sentido, los escenarios de investigación-intervención son participativos, reflexivos, experienciales y conversacionales desde posturas auto-exo-referenciadas del investigador-interventor, que favorecen el acople emocional y lingüístico de los participantes de un Campo Narrativo, alrededor del fenómeno clínico de estudio. Según Estupiñán y González (2012), dichos escenarios permiten explorar reflexivamente las narrativas dominantes, los contextos relacionales/conversacionales y las pautas relacionales que los organizan, en tanto propician la emergencia de relatos que dan lugar a la comprensión y deconstrucción de los significados vividos, y sus efectos pragmáticos en la vida de las dificultades familiares. Por otra parte, permiten la co-construcción de narrativas alternas que generan nuevos significados, favorecedores de experiencias y pautas de relación novedosas.

De acuerdo con Estupiñán y González (2012) los Escenarios Conversacionales Reflexivos, se han propuesto como el diseño de dispositivos sociales y estrategia operadora de las acciones de investigación-intervención de las narrativas e historias familiares, y del proceso narrativo conversacional donde emerge la transformación a través de su estructuración y sentido.

Los espacios conversacionales tienen el objetivo de evocar historias significativas asociadas a los fenómenos de estudio y, comprender sus efectos en la vida de las familias, además de organizar formas de interacción conversacional para la emergencia de nuevos relatos y significados relacionados a las experiencias vividas -evocando nuevas formas de acción y relación-.

La reflexión autorreferencial de los investigadores-interventores y actores de los contextos de ayuda según Estupiñán y González (2012), también tiene lugar en los escenarios conversacionales. Se trata de un mecanismo propuesto para el cuestionamiento y cambio de narrativas organizacionales y culturales que dan cuenta de las prácticas de relación en y con la familia. La condición reflexiva subrayada, permite la reconsideración del relato a otras voces, lo que implica considerar alternativas para actuar y definirse, pues el Sí Mismo se enriquece al tomar narraciones de contextos diversos, donde pueden emerger voces que contrarrestan los discursos dominantes.

En consecuencia, los Escenarios Conversacionales Reflexivos buscan crear un espacio de diálogo entre participantes e investigadores-interventores, desde el cual -a partir de la conversación- todos "juegan" con un espectro amplio de relatos sobre el pasado presente y futuro; recordando, fantaseando, especulando alrededor de nuevas versiones para su propia experiencia e imágenes del otro, validando recíprocamente las interpretaciones que surgen y su efecto.

Según Estupiñán y González (2012) los escenarios están organizados por principios operadores que dirigen la postura de los investigadores-interventores y su relación con los demás participantes, así como la estructuración del tiempo y la actividad -reglas para orientar la forma de la interacción lingüística narrativa y reflexivamente-. Así, el investigador-interventor es un co-participante y co-narrador en el proceso de construcción y

la transformación de historias, por lo cual es co-responsable de éste, implicándose desde posturas de curiosidad, respeto, acople emocional y lingüístico, exponiendo su experiencia y autorreferencia en el contexto de la conversación.

A través de las reglas del sistema se posibilita el acceso de voces y relatos periféricos o marginalizados por posiciones de poder y relatos dominantes; también se hace énfasis en la construcción colaborativa del cambio. Como experto en la pragmática de la conversación narrativa, el investigador-interventor, centra el foco de la conversación en la emergencia de los relatos significativos (dominantes, vinculados, periféricos o marginalizados), buscando articular narrativas que cuestionen versiones opresivas. De otra parte, toma en consideración las diferencias / semejanzas de las formas narrativas, orientando la secuencia conversacional reflexiva hacia la evocación-deconstrucción-articulación de nuevos argumentos-integración (Estupiñán y González, 2012).

Escenarios. Tomando como base las consideraciones teóricas subrayadas en el apartado anterior, en la investigación-intervención se desarrollaron dos escenarios conversacionales-reflexivos, el primero de ellos con una estudiante de psicología, su terapeuta tratante, y dos psicoterapeutas metaobservadores en la IPS de la Universidad Santo Tomás. El segundo escenario, se llevó a cabo con una familia que previamente había asistido a un proceso psicoterapéutico, compuesta por: la hija psicóloga, sus padres y cónyuges respectivos, al ejercicio investigativo se integra un psicoterapeuta metaobservador y la investigadora-interventora -asistente en los encuentros descritos-.

A continuación se exponen las convenciones que favorecen la comprensión de la gráfica expuesta: E: Estudiante de psicología, T: Terapeuta, T1, 2 y 3: Psicoterapeutas metaobservadores F: Familia participante, e I-I: Investigadora-interventora (ver figura 9).

Sistema metodológico - Diseños

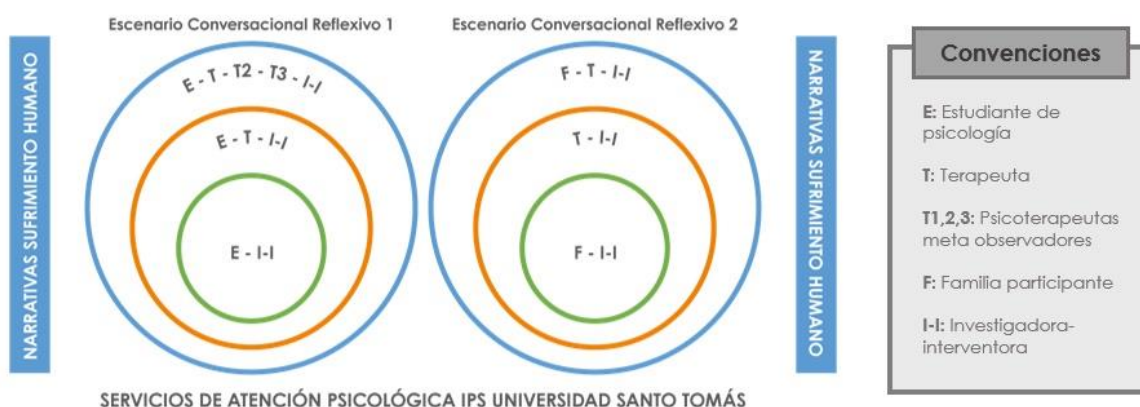


Figura 9 Diseño de escenarios narrativos-conversacionales

Escenario narrativo-conversacional - Encuentro con estudiante de psicología. Se desarrolló un escenario narrativo-conversacional en Cámara de Gesell, con la participación de una estudiante de psicología, la terapeuta tratante durante el proceso interventivo, dos psicoterapeutas observadores y la investigadora-interventora. La conversación giró en torno a la construcción y la transformación narrativa del sufrimiento -desde el inicio de la formación académica-, y su relación con la historia vivida al interior del contexto terapéutico.

La Tabla 9 muestra los objetivos, focos, estrategias, preguntas orientadoras y guiones que organizaron el diseño del escenario.

Tabla 9

Escenario narrativo-conversacional - Encuentro con estudiante de psicología

ACTORES	Estudiante, terapeuta y psicoterapeutas observadores (2) e investigadora – interventora.
OBJETIVOS	Comprender la construcción narrativa del sufrimiento y la

	transformación de la misma a partir de la formación en psicología y la experiencia vivida al interior de la familia, y en el psicoterapeuta desde su rol profesional en el contexto interventivo.
FOCOS	Construcción narrativa y organización de la experiencia en torno al sufrimiento.
PREGUNTAS ORIENTADORAS	¿Cómo se construye narrativamente la experiencia de sufrimiento cuando se articula a una demanda de ayuda clínica?
GUIONES	<p>Como estudiantes de psicología ¿Qué las lleva a considerar la atención psicológica en su vida? / ¿Cómo llegan a contemplar la atención psicológica en su vida?</p> <p>(Si pudiéramos dar un nombre a aquello que las lleva a consultar, ¿qué nombre le pondrían?) ¿Cómo podríamos describir/caracterizar el sufrimiento?</p> <p>¿Cómo el proceso de formación en psicología ha participado en la comprensión del sufrimiento?</p> <p>¿Cómo se vive el sufrimiento a partir de dicha comprensión/visión?</p> <p>¿Cómo se ha configurado su rol / qué rol han asumido al interior del contexto terapéutico?, ¿cómo se ha involucrado este en la relación con el psicoterapeuta y en desarrollo del proceso interventivo?</p>
ESTRATEGIA	Escenario narrativo conversacional

Escenario narrativo-conversacional - Encuentro con familia que integra un miembro psicólogo. Se desarrolló un escenario narrativo-conversacional con la participación de una familia que en su composición integra una profesional en psicología, y un psicoterapeuta metaobservador en compañía de la investigadora-interventora. A través del encuentro, se buscó comprender las narrativas asociadas al sufrimiento y la deconstrucción emergente en el marco interventivo.

La Tabla 10 muestra los objetivos, focos, estrategias, preguntas orientadoras y guiones que organizaron el diseño del escenario.

Tabla 10

Escenario narrativo-conversacional - Encuentro con una familia que integra un miembro psicólogo

ACTORES	Familia (5 integrantes), psicoterapeuta e investigadora – interventora.
OBJETIVOS	Comprender la pauta relacional desde la asunción del doble rol en el psicoterapeuta y su impacto en los procesos de cambio en las conversaciones psicoterapéuticas, teniendo en cuenta su posicionamiento.
FOCOS	Dinámicas relacionales que propician o dificultan el proceso de cambio, a partir del rol asumido por el psicoterapeuta/consultante en contextos terapéuticos.
PREGUNTAS ORIENTADORAS	¿Cómo se comprende la pauta relacional en la familia a partir del doble rol del psicólogo (familiar y profesional)? Teniendo en cuenta su posicionamiento, ¿Cómo impacta los procesos de cambio en las conversaciones psicoterapéuticas?
GUIONES	<p>¿Qué les ha llevado a buscar atención psicológica?</p> <p>¿Cómo lo vive el problema cada uno de los miembros de la familia?</p> <p>Previo a considerar atención psicológica ¿Cómo han intentado dar solución a la situación/malestar vivida/experimentado?</p> <p>¿Qué papel juega cada uno de los miembros de la familia?</p> <p>¿En qué momento la familia decide acudir a consulta psicológica?</p> <p>¿Qué lugar tiene la atención psicológica/proceso interventivo en la familia?</p> <p>¿Qué consideraciones emergen a partir de la conversación de los psicoterapeutas?</p> <p>¿Cómo le perciben los integrantes de la familia al psicólogo?</p> <p>¿Qué rol has asumido al interior de tu familia?</p> <p>¿Éste ha cambiado o se ha modificado desde que el problema surgió?</p> <p>¿Cuál ha sido la posición asumida por ustedes como integrantes de la familia frente a la situación expuesta?</p>

¿Cómo perciben al psicólogo al interior de la familia?

Desde su rol en la familia ¿cómo viven el sufrimiento?

Si pudiéramos salir por un momento de tu familia ¿Cómo te verías desde fuera?

¿Cómo crees te perciben los miembros de tu familia?

De acuerdo a esto ¿Qué rol asumes en tu familia?

A partir del rol asumido ¿Cómo te relacionas con los integrantes de tu familia?

¿Qué papel juega el doble rol del psicoterapeuta dentro de un proceso interventivo como consultante y terapeuta en ejercicio?

ESTRATEGIA	Escenario narrativo conversacional
-------------------	------------------------------------

Neodiseños. A partir de los escenarios desarrollados y las comprensiones elaboradas a través de los mismos, se realizaron seis escenarios conversacionales-reflexivos en el marco del segundo, tercer, cuarto, quinto, sexto y séptimo encuentro (respectivamente) de un proceso psicoterapéutico llevado a cabo en la IPS de la Universidad Santo Tomás. A lo largo de la intervención, participó una familia consultante que integra un miembro psicólogo en su composición, en compañía de la psicoterapeuta tratante y la investigadora-interventora. A continuación, se ilustra gráficamente los escenarios desarrollados durante la psicoterapia, considerando las sesiones realizadas con el sistema consultante. Para favorecer la comprensión de la misma, se establecen las siguientes convenciones T: Terapeuta, T2: Docente asesora de investigación-intervención, I-I: Investigadora-interventora y SC: Sistema consultante (ver figura 10).

Sistema metodológico - Neodiseños



Figura 10 Escenarios conversacionales-reflexivos – Neodiseños

Escenario narrativo-conversacional – Segundo encuentro. El tercer escenario narrativo-conversacional, se diseñó con el objetivo de comprender la construcción narrativa del motivo de consulta y demanda de ayuda presentada por el sistema consultante, en el contexto terapéutico. Mediante la conversación emergente, se profundizó sobre los elementos concernientes al encuadre y guion terapéutico correspondientes al primer encuentro (motivo de consulta, demanda de ayuda, identificación del problema).

En la primera escena, la terapeuta conversó con la investigadora-interventora sobre el motivo de consulta expuesto en la recepción del caso clínico, la comprensión del entrevistador, los aspectos relevantes a considerar y la composición familiar, facilitando la creación de hipótesis y posibles focos de observación en el segundo encuentro.

En la segunda escena, la terapeuta abordó el motivo de consulta, la construcción del problema y la puntuación del mismo y, la demanda de ayuda con el sistema consultante, mientras que la investigadora-interventora realizó un ejercicio de metaobservación.

Posteriormente, se propuso realizar equipo reflexivo entre la terapeuta y la investigadora-interventora, desde el cual la familia participó como metaobservadora del mismo. En seguida, la terapeuta abordó conversacionalmente el contenido tratado en la escena anterior con el sistema consultante, explorando las comprensiones emergentes en el sistema terapéutico.

Por último, en la cuarta escena, la terapeuta y la investigadora-interventora conversaron en torno a las comprensiones clínicas realizadas sobre el caso, involucrando la autorreferencia como componente transversal en el escenario terapéutico.

A continuación, en la Tabla 11, donde se especifican los objetivos, focos, estrategias, preguntas orientadoras y guiones que organizaron el diseño del escenario en mención.

Tabla 11

Escenario narrativo-conversacional – Segundo encuentro

ACTORES	Sistema consultante con un miembro psicólogo, psicoterapeuta e investigadora-interventora
OBJETIVOS	<p>Conocer la construcción narrativa del motivo de consulta y demanda de ayuda presentada por el sistema consultante, en el contexto terapéutico.</p> <p>Comprender la construcción narrativa del sufrimiento del sistema terapéutico en el primer encuentro del proceso interventivo.</p>
FOCOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construcción narrativa del motivo de consulta 2. Construcción narrativa de la demanda de ayuda 3. Narrativa del sufrimiento organizado en el motivo de

 consulta y la demanda de ayuda

**PREGUNTAS
ORIENTADORAS**Pre-sesión

¿Cómo es narrada la lectura y comprensión del caso clínico?

¿Qué hipótesis o el supuesto teórico privilegia la terapeuta?

Sesión

¿Cómo se construye narrativamente el motivo de consulta?

¿Cuál es la demanda de ayuda? ¿Cómo se relata?

¿Cómo se narra el problema?

¿Cómo se organiza la experiencia de sufrimiento en familia a partir del mismo?

¿Cómo se redefine narrativamente el problema? ¿Cómo se significa la experiencia de sufrimiento a partir de la redefinición?

¿Qué elementos constituyen la co-construcción de los objetivos terapéuticos?

Inter-sesión

¿Cómo el sistema consultante comprende narrativamente el escenario terapéutico?

Post-sesión

¿Cómo es comprendido el problema y la demanda de ayuda por el sistema terapéutico?

¿Qué aspectos se privilegian en la elección de la estrategia terapéutica?

¿Qué focos de intervención son pertinentes a profundizar en el próximo encuentro?

¿Cómo el sistema terapéutico comprende y/o evalúa el caso desde la autorreferencia?

GUIONES

¿Por qué motivo consultan?

¿Qué expectativas tienen del proceso terapéutico?

¿Cuál es el problema que se está presentando?

¿Para quién es un problema?

¿Cómo han intentado resolver la dificultad?

ESTRATEGIA

Escenario narrativo conversacional

Escenario narrativo-conversacional – Tercer encuentro. El cuarto escenario narrativo-conversacional tuvo como objetivo comprender la experiencia del sufrimiento del sistema terapéutico a partir del posicionamiento asumido al interior de la familia. A nivel conversacional se buscó favorecer la redefinición del problema, construcción de objetivos terapéuticos y estrategias de intervención. Así mismo, se pretendió identificar los recursos del sistema consultante, a fin de identificar relatos subdominantes que posibilitan la resignificación de la experiencia de sufrimiento posteriormente.

En la primera escena, la terapeuta e investigadora-interventora conversaron sobre los elementos emergentes en el encuentro previo, integrando los focos establecidos a las comprensiones realizadas. Se propusieron las estrategias interventivas a considerar en el contexto terapéutico en coherencia con el objetivo del encuentro.

En la segunda escena, la terapeuta introdujo los elementos abordados en la sesión previa con el sistema consultante, retomando el proceso reflexivo generado a partir de la pregunta expuesta a los miembros del subsistema conyugal en términos de prescripción. Simultáneamente, la investigadora-interventora metaobservó la sesión.

En la tercera escena, la investigadora-interventora y la terapeuta conversaron fuera del contexto interventivo en torno a las comprensiones realizadas y las estrategias a implementar a fin de posibilitar la movilización del sistema consultante. En seguida, se realizó equipo entre la investigadora-interventora y la terapeuta, espacio en el que se expone el contenido conversado en la inter-sesión, mientras la familia participa metaobservando. La terapeuta retomó el impacto de la intervención y se realizó el cierre de la sesión.

En la cuarta escena, se dio apertura a un espacio de conversación entre la terapeuta y la investigadora-interventora en torno a la sesión, los objetivos del encuentro y las estrategias implementadas para la consecución de los mismos y el proceso autorreferencial, considerando por último los focos de la próxima sesión.

A continuación, en la Tabla 12 se precisan los objetivos, focos, estrategias, preguntas orientadoras y guiones que organizaron el diseño del escenario referenciado previamente.

Tabla 12

Escenario narrativo-conversacional – Tercer encuentro

ACTORES	Sistema consultante con un miembro psicólogo, psicoterapeuta e investigadora-interventora
OBJETIVOS	Comprender la experiencia del sufrimiento del sistema terapéutico a partir del posicionamiento asumido al interior de la familia
FOCOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprensión narrativa de la redefinición del problema / Redefinición narrativa del problema 2. Construcción narrativa del rol profesional y familiar 3. Narrativa del sufrimiento asociada rol asumido 4. Reconocimiento de los recursos del sistema consultante
PREGUNTAS ORIENTADORAS	<p><u>Pre-sesión</u></p> <p>¿Cómo es narrada la lectura y comprensión del caso clínico?</p> <p>¿Qué hipótesis o el supuesto teórico privilegia la terapeuta?</p> <p><u>Sesión</u></p> <p>¿Cómo se redefine el problema en el sistema de ayuda?</p> <p>¿Desde dónde se posicionan los miembros del sistema consultante cuando se narra la experiencia de sufrimiento?</p> <p>¿Cómo es narrada la experiencia del sistema consultante cuando el problema está ausente?</p>

Inter-sesión

¿Cómo favorecer la emergencia de memorias que favorezcan la movilización en el sistema consultante?

Post-sesión

¿Cómo se comprende el caso clínico a nivel descriptivo e interpretativo?

¿Qué estrategias de intervención posibilitarían la resignificación de la experiencia de sufrimiento?

¿Cuáles son focos de intervención a considerar en la próxima sesión?

¿Cómo el sistema terapéutico comprende y/o evalúa el caso desde la autorreferencia?

GUIONES

¿Qué papel juegan/lugar ocupan los integrantes de la familia en la construcción del problema?

¿En qué momentos, circunstancias o situaciones no está presente el problema?

¿Qué espacios compartidos por los miembros de la familia generan bienestar?

ESTRATEGIA

Escenario narrativo conversacional

Escenario narrativo-conversacional – Cuarto encuentro. El quinto escenario tuvo como objetivo propiciar la resignificación del sufrimiento, a partir de la comprensión de la función organizativa de las narrativas y las formas de organización de la relación. Se pretendió abordar la deconstrucción narrativa del sufrimiento a partir de la reconfiguración del rol familiar, así como el reconocimiento de las narrativas alternas que favorecen la resignificación de la experiencia vivida.

En la primera escena, la investigadora-interventora conversó con la terapeuta sobre la actualización de las hipótesis circulares, contextuales y complejas elaboradas alrededor

del caso clínico, propiciando la creación de estrategias de intervención que posibilitan la movilización del sistema consultante hacia el proceso de cambio.

En la segunda escena, la investigadora-interventora dispuso el espacio físico del escenario terapéutico y la organización del mismo, ubicando las sillas de la pareja frente a frente, situándose por último en medio de éstas. En seguida, se inició la conversación con el sistema consultante, retomando el contenido tratado en el encuentro previo y, los acontecimientos puntuados como significativos a lo largo de la semana, mientras que la terapeuta metaobservaba el escenario propuesto. En el curso de la conversación, la investigadora-interventora tomó distancia de los miembros del sistema familiar progresivamente, siguiendo el diálogo desde su lugar en el espacio. Después de un tiempo determinado, se ubicó de espaldas a los miembros de la pareja, solicitándoles simultáneamente continuar con el desarrollo de la conversación.

En la siguiente escena, la terapeuta y la investigadora-interventora realizaron equipo reflexivo volviendo sobre el contenido analógico y digital emergente durante la sesión. Al finalizar, la investigadora-interventora cerró el encuentro recogiendo la percepción de los consultantes en torno al ejercicio interventivo realizado, y retomando los diferentes dominios de la experiencia.

En la última escena, la terapeuta y la investigadora-interventora compartieron las comprensiones generadas a nivel descriptivo e interpretativo sobre el desarrollo de la sesión, posibilitando la construcción de focos y estrategias de intervención a considerar en el siguiente encuentro (ver Tabla 13).

Tabla 13

Escenario narrativo-conversacional – Cuarto encuentro

ACTORES	Sistema consultante con un miembro psicólogo, psicoterapeuta e investigadora-interventora
OBJETIVOS	Propiciar la resignificación del sufrimiento a partir de la comprensión de la función organizativa de las narrativas y las formas de organización de la relación.
FOCOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deconstrucción narrativa del sufrimiento a partir de la reconfiguración del rol familiar. 2. Narrativas alternas que favorecen la resignificación de la experiencia de sufrimiento.
PREGUNTAS ORIENTADORAS	<p><u>Pre-sesión</u></p> <p>¿Cómo se actualizan las hipótesis y las lecturas circulares, contextuales y complejas realizadas por el sistema de ayuda en relación al cambio?</p> <p>¿Qué estrategias interventivas pueden favorecer la movilización del sistema consultante hacia el proceso de cambio?</p> <p><u>Sesión</u></p> <p>¿Desde qué lugar/posición/rol se narra el sistema consultante?</p> <p>¿Cómo se narra el sistema familiar en ausencia de terceros?</p> <p>¿Cómo se comunican digital y analógicamente los miembros del sistema conyugal?</p> <p>¿Cómo se deconstruyen narrativamente los relatos dominantes alrededor del rol familiar/profesional asumido?</p> <p>¿Cuáles son los relatos subdominantes emergentes en la experiencia narrada por el sistema conyugal?</p> <p>¿Cómo se resignifica la experiencia de sufrimiento?</p> <p><u>Post-sesión</u></p> <p>¿Cómo se comprende el proceso de cambio desde el sistema terapéutico?</p> <p>¿Cómo el sistema terapéutico comprende y/o evalúa el caso desde la autorreferencia?</p>

	¿Cuáles son focos de intervención a considerar en la próxima sesión?
GUIONES	¿Sobre qué asuntos o temas conversa la pareja? ¿Cómo se puede observar el afecto en la relación de pareja? ¿Qué le gustaría a la pareja adicionar o cambiar de en su relación? ¿Qué identifica a la pareja?
ESTRATEGIA	Escenario narrativo conversacional

Escenario narrativo-conversacional – Quinto encuentro. El sexto escenario tuvo el objetivo de propiciar la resignificación del sufrimiento a partir de la comprensión de la función organizativa de las narrativas y las formas de organización de la relación.

Específicamente se buscó ampliar las memorias evocadas por el sistema consultante en el encuentro previo, favoreciendo la consolidación de relatos alternos que propician la actualización de la experiencia de sufrimiento mediante la organización de la experiencia narrada.

En la primera escena, la investigadora-interventora conversó con la terapeuta y la docente asesora de la investigación-intervención -quien participó en calidad de metaobservadora durante el desarrollo de la sesión- acerca del objetivo de la sesión a partir del contenido emergente en el escenario previo, a fin de ampliar los focos de observación, desde la construcción de diferentes niveles de intervención.

En la segunda escena, la terapeuta ingresó al espacio terapéutico con el sistema consultante, momento en el que se retomaron los acontecimientos emergentes a lo largo de la semana transcurrida, en coherencia con los elementos abordados en la sesión anterior. A partir de allí, se integró al diálogo el reconocimiento de memorias como versiones que posibilitaron la movilización del sistema consultante hacia el proceso de cambio.

Simultáneamente, la docente asesora de la investigación-intervención y la investigadora interventora metaobservaron la conversación emergente.

En la tercera escena, las participantes en mención ingresaron al escenario terapéutico como equipo reflexivo vinculando las observaciones realizadas. En la cuarta escena la terapeuta recogió el impacto del ejercicio desarrollado previamente, a través de las voces de quienes integran el sistema consultante favoreciendo el cierre del encuentro.

En la quinta escena, la investigadora-interventora, la terapeuta y la docente asesora de la investigación-intervención compartieron su comprensión sobre el desarrollo del encuentro en el marco de la post-sesión, posibilitando la construcción del objetivo y los focos de observación e intervención de la siguiente sesión (ver Tabla 14).

Tabla 14

Escenario narrativo-conversacional – Quinto encuentro

ACTORES	Sistema consultante con un miembro psicólogo, psicoterapeuta, docente asesora de investigación-intervención e investigadora-interventora
OBJETIVOS	Propiciar la resignificación del sufrimiento a partir de la comprensión de la función organizativa de las narrativas y las formas de organización de la relación.
FOCOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación y ampliación de memorias evocadas por el sistema consultante en el encuentro previo 2. Articular los recursos con la prospectiva vital de pareja 3. Consolidación del relato alterno que posibilite la actualización de la experiencia de sufrimiento mediante la organización de la experiencia narrada.
PREGUNTAS ORIENTADORAS	<p><u>Pre-sesión</u></p> <p>¿Cuáles fueron los avances de la sesión anterior respecto a los objetivos terapéuticos?</p> <p>¿Qué estrategias interventivas posibilitaron la evocación de memorias?</p>

¿Cómo potencializar y visibilizar los puntos de cambio?

Inter-sesión

¿Cómo se comprende el proceso de cambio en el sistema de ayuda?

Post-sesión

¿Cómo se comprende el proceso de cambio desde el sistema terapéutico?

¿Cómo el sistema terapéutico comprende y/o evalúa el caso desde la autorreferencia?

¿Cuáles son focos de intervención a considerar en la próxima sesión?

GUIONES

Sesión

¿Qué elementos de la sesión anterior favorecieron la creación de una nueva forma de comunicación?

¿Cómo continuar ritualizando un modo de comunicación que permita el cuidado mutuo y de la relación?

¿Cómo aprender a pelear cuidándose?

¿Cómo naturalizar el problema y no generar sorpresa ante la aparición del conflicto?

Si en 10 años nos encontráramos y ustedes están felices ¿Cómo se imaginan? ¿Cómo sabríamos que lo están? ¿Cómo lo lograron?

¿Qué recursos tiene la pareja para verse a sí misma de este modo?

ESTRATEGIA

Escenario narrativo conversacional

Escenario narrativo-conversacional – Sexto encuentro. El séptimo escenario tuvo como objetivo dar cuenta del proceso de cambio mediante el reconocimiento de los relatos alternos que favorecen la actualización de la experiencia de sufrimiento, y promueven la construcción de dinámicas de interacción novedosas en el sistema consultante.

En la primera escena, la terapeuta y la investigadora-interventora trataron la importancia de identificar los recursos que surgieron en el proceso interventivo, que a su

vez posibilitaron la movilización del sistema consultante hacia el cambio. A partir de ésta premisa, se construyeron los focos de intervención y las preguntas orientadoras del siguiente encuentro, en coherencia con los objetivos terapéuticos.

En la segunda escena la investigadora-interventora retomó los resultados de la prescripción realizada en el encuentro anterior con el sistema consultante, articulando los acontecimientos emergentes durante la semana previa. De manera simultánea, la terapeuta participó del encuentro en el lugar de metaobservadora.

En la tercera escena, la investigadora-interventora y la terapeuta llevaron a cabo un equipo reflexivo, mediante el cual se propició la construcción de una mirada retrospectiva frente al proceso terapéutico, evidenciando la transformación del componente individual, de pareja, parental y familiar, así como la movilización de los participantes respecto al cambio.

En la cuarta escena, la investigadora-interventora recogió las apreciaciones del sistema consultante frente a la conversación previa, anunciado con ello el cierre del proceso terapéutico.

En la última escena, la terapeuta y la investigadora-interventora dialogaron sobre la pauta de interacción evidenciada en el escenario interventivo, identificando el intento del sistema consultante por regresar al isomorfismo reconocido en encuentros anteriores, desde el cual se pretendió otorgar al equipo terapéutico la responsabilidad de crear alternativas de resolución al conflicto, ubicándole en la posición de tercero intermediario –ante la experiencia novedosa de cambio-. En consecuencia, se diseñó el siguiente escenario partiendo de la autorreferencia como estrategia de intervención reflexiva-aplicada previamente-, modelando la construcción de “equipo”, propiciando la ruptura de la pauta destacada y el ejercicio de autonomía de los consultantes frente al cambio.

A continuación, en la Tabla 15 se precisan los objetivos, focos, estrategias, preguntas orientadoras y guiones que organizaron el diseño del escenario referenciado previamente.

Tabla 15

Escenario narrativo-conversacional – Sexto encuentro

ACTORES	Sistema consultante con un miembro psicólogo, terapeuta e investigadora-interventora
OBJETIVOS	Dar cuenta del proceso de cambio mediante el reconocimiento de los relatos alternos que favorecen la actualización de la experiencia de sufrimiento, y promueven la construcción de dinámicas de interacción novedosas en el sistema consultante.
FOCOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vislumbrar la transformación del sistema consultante en términos de cambio, a la luz de la dimensión individual, conyugal, parental y familiar, reconociendo la movilización interaccional de sus integrantes en coherencia con los recursos emergentes 2. Generar estrategias y herramientas que favorezcan la co-construcción del horizonte vital de la pareja 3. Renovar el contrato de pareja mediante la creación de acuerdos que propicien a su vez la reconfiguración del sistema desde los diferentes niveles de intervención
PREGUNTAS ORIENTADORAS	<u>Pre-sesión</u> ¿Qué recursos utilizó la pareja? ¿Qué favorece la resolución del conflicto? ¿Qué refuerza la emergencia de nuevas construcciones? ¿Qué recursos de la pareja impactan la parentalidad? ¿Cómo continuar utilizando los recursos del sistema en el horizonte de la pareja? ¿Cómo se consolidó la unidad parental? ¿Cómo ser equipo conyugal y parental? ¿Cuál ha sido el tránsito de la pareja entre lo individual y conyugal? ¿Cómo favorecer el mantenimiento de los límites de la pareja

respecto a la aparición de terceros?

¿Cómo potencializar los recursos del sistema consultante para promover la reinención del mismo ante situaciones de cambio - fomentando la autonomía y la autoorganización-?

¿Cómo facilitar la construcción de acuerdos en la pareja que permitan la flexibilización del sistema frente la aparición del conflicto?

GUIONES

Sesión

¿Cuántos goles le metió el equipo de padres al equipo de los hijos?

Desde el rol que cada uno ocupa en la familia ¿Qué hizo diferente?

¿Qué podrían hacer distinto? ¿Cómo podrían dialogarlo?

¿Cómo puede Gerardo ayudarle a Sandra en lo que claramente Gerardo no puede percibir?, y ¿cómo puede ayudarle Sandra a Gerardo en lo que ella puede ver que está pasando?

¿Cómo conciliamos las dos versiones –Sandra y Gerardo-? Les pongo a los dos ese problema para solucionarlo.

¿Cuántos goles de más quieren dejar pasar?

¿Cómo se consolidan los equipos? ¿Cómo construyen estrategias y técnicas para cumplir su objetivo?

ESTRATEGIA

Escenario narrativo conversacional

Escenario narrativo-conversacional – Séptimo encuentro. El octavo escenario tuvo como objetivo integrar los marcadores de cierre terapéutico a través de la experiencia narrada por el sistema consultante, situando los focos de conversación alrededor de la transformación del motivo de consulta, el impacto ecológico del cambio y el mantenimiento del mismo ante la manifestación del conflicto.

En la primera escena, se propone dar respuesta a la demanda de ayuda manifestada por el sistema consultante sobre la construcción de parentalidad, a través de la develación de la pauta interaccional isomórfica identificada por el equipo terapéutico, con el propósito

de entregar al sistema consultante la responsabilidad del cambio. Se acuerda realizar el balance del cierre del proceso interventivo, y la realización de un ritual de lealtad en la pareja, a fin de construir acuerdos al interior de la misma involucrando el relato individual de los integrantes, a disposición de la construcción mutua.

Estratégicamente se propone la orientación simultánea de la sesión por parte de la terapeuta e investigadora-interventora, como una estrategia que busca modelar el trabajo en equipo desde la organización de la dinámica del encuentro. Se destaca la pertinencia de exponer el aprendizaje conjunto a partir de una mirada autorreferencial y por último, partiendo de la construcción de autonomía y autoorganización de los sistemas, se propone entregar simbólicamente la responsabilidad de construir aquello que se ha decidido en pareja privilegiar, difuminándose la figura de los terceros.

En la segunda escena, la investigadora-interventora conversó con el sistema consultante alrededor del cierre del proceso terapéutico. Posteriormente, en la tercera escena la terapeuta y la investigadora-interventora propusieron realizar un equipo reflexivo para abordar los puntos dialogados previamente con los consultantes participantes.

En la cuarta escena, la investigadora-interventora y la terapeuta conversaron sobre la comprensión del cambio desde su mirada profesional a lo largo del proceso interventivo, cerrando el encuentro a partir de las apreciaciones finales del sistema consultante en torno a la evolución del motivo de consulta, la demanda de ayuda, y el cumplimiento de los objetivos acordados mediante el reconocimiento del cambio.

En la Tabla 16 se precisan los objetivos, focos, estrategias, preguntas orientadoras y guiones que organizaron el diseño del escenario referenciado previamente.

Tabla 16

Escenario narrativo-conversacional – Séptimo encuentro

ACTORES	Sistema consultante con un miembro psicólogo, psicoterapeuta e investigadora-interventora
OBJETIVOS	Integrar los marcadores de cierre terapéutico a través de la experiencia narrada por el sistema consultante.
FOCOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer la transformación del motivo de consulta 2. Observar el impacto del cambio ecológicamente 3. Mantenimiento del cambio ante la emergencia del conflicto
PREGUNTAS ORIENTADORAS	<p><u>Pre-sesión</u></p> <p>¿Cómo construir un escenario de cierre terapéutico?</p> <p><u>Post-sesión</u></p> <p>¿Qué elementos favorecieron la construcción y consolidación del relato alterno?</p> <p>¿Cómo la autorreferencia constituye una herramienta de intervención favorecedora de cambio?</p> <p>¿Cómo se comprende y explica narrativamente el proceso de cambio?</p>
GUIONES	<p><u>Sesión</u></p> <p>¿Cómo se transforma el motivo de consulta?</p> <p>¿Cómo impactó el cambio en los contextos significativos?</p> <p>¿Cómo se podría favorecer el cambio frente a la presentación de problemas y dilemas futuros?</p>
ESTRATEGIA	Escenario narrativo conversacional

Proceso de producción de resultados

Para facilitar la reconstrucción del proceso dialógico, se divide el texto en unidades significativas de análisis, se construye una matriz en la cual se evidencia los turnos en el diálogo y la transformación de los procesos narrativos, develando cómo las intervenciones del investigador-interventor confluyen en una resignificación narrativa del actor social. Se identifican los elementos que al interior del diálogo producen reflexión, así como estructuras de análisis a través de los turnos dialógicos, haciendo referencia a las categorías de análisis: acontecimiento, experiencia, historia y memoria (Estupiñán y González, 2012).

Adicional a los niveles de referencia del lenguaje, los autores advierten que la semántica del lenguaje se considera un factor relevante en el análisis dialógico. Al identificar el nivel estructural temático de las intervenciones y su nivel semántico, se hace un análisis de las transformaciones y turnos conversacionales a través de la matriz.

Por último, se busca una interpretación comprensiva del fenómeno estudiado, a través de una visión globalizadora del mismo, lo que implica la re-construcción sintética del sentido, los efectos pragmáticos y los procesos mecanismos de producción. Por otra parte, la reconstrucción con los participantes de la investigación-intervención, finalizando con la apertura al debate público de la interpretación (Estupiñán y González, 2012).

En coherencia con lo anterior, los resultados de la investigación-intervención fueron generados a partir de la grabación de los escenarios narrativo-conversaciones desarrollados, y transcripción de los mismos, incluyendo –en cada uno de ellos- la ficha técnica que contiene la información de los participantes, el formato de audio y la duración del encuentro. Posterior a dicho procedimiento, se asignó un código a cada intervención -por

escenario- considerando las iniciales del rol ocupado por los participantes al interior de la familia o sistema terapéutico, y el número correspondiente en la conversación.

Se diseñó una matriz de análisis de contenido categorial en la cual se incluyeron de izquierda a derecha los siguientes componentes: la textualidad (intervención por participante), los conceptos metodológicos de la investigación-intervención: Experiencia de sufrimiento, construcción narrativa de la demanda de ayuda, y comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología, y las categorías del Macroproyecto: Historias, memorias, relatos alternos, acontecimiento y experiencia; seguido de la casilla autorreferencia, y heterorreferencia en coherencia con el nivel descriptivo e interpretativo respectivamente. La información procedente de las transcripciones fue ubicada en la matriz de análisis, de acuerdo al orden de aparición en el texto (ver figura 11).

Textualidad	Conceptos			Nivel descriptivo		Nivel interpretativo
	Metodológicos	Macroproyecto		Autorreferencia	Heterorreferencia	Resumen
		Historias Memorias Relatos Alternos	Acontecimiento Experiencia			
PRE-SESIÓN						

Figura 11 Matriz de análisis de contenido categorial

A continuación se presentan los resultados de la investigación-intervención, de acuerdo al procedimiento señalado anteriormente.

Resultados

En el presente capítulo se contemplan los resultados obtenidos a partir del ejercicio investigativo-interventivo, el cual comprende el desarrollo de ocho escenarios narrativo-conversacionales constituidos a su vez por dos diseños. El primero de ellos realizado con una estudiante de psicología, su psicoterapeuta tratante y, dos psicoterapeutas metaobservadores convocados como parte del equipo de investigación-intervención. El segundo escenario, con la participación de una familia que integra un miembro psicólogo en su composición, y un psicoterapeuta metaobservador en compañía de la investigadora-interventora.

A partir de la ejecución de los escenarios en mención, emerge la creación de seis neodiseños aplicados en el marco de un proceso psicoterapéutico (de seis sesiones), desarrollado bajo el modelo de co-terapia propuesto por la Escuela de Milán, desde el cual se atraviesan las siguientes etapas: pre-sesión, sesión, inter-sesión y post-sesión. En el contexto interventivo, se involucra la asistencia de una familia con un miembro psicólogo, la psicoterapeuta encargada y la investigadora-interventora integrando el equipo terapéutico.

A continuación se presenta el apartado de heterorreferencia, a través del cual se exponen los hallazgos evidenciados en las voces de los actores participantes, en coherencia con los conceptos metodológicos de la investigación-intervención: Experiencia de sufrimiento, comprensiones del rol familiar y el profesional en psicología y, construcción narrativa de la demanda de ayuda, a la luz de las categorías del Macroproyecto *Historias y Narrativas en Diversidad de Contextos*: Historias, memorias y relatos alternos. La presentación de los resultados privilegia la exposición del contenido general –compartido

transversalmente en los diferentes escenarios-, finalizando con las especificidades propias de los casos de investigación.

En seguida, se precisan las consideraciones autorreferenciales emergentes, a partir de las categorías previamente mencionadas (Historias, Memorias y Relatos Alternos), en conexión con los planteamientos del Macroproyecto.

Heterorreferencia

En éste espacio se privilegian las voces de los actores sociales participantes en la investigación-intervención, a través de la identificación y reconocimiento de historias, memorias y relatos alternos emergentes en el desarrollo de los escenarios narrativo-conversacionales, producto del análisis categorial del contenido realizado anteriormente. Retomando las consideraciones expuestas al inicio del capítulo, los resultados presentados a continuación parten de una visión general, rescatando en último lugar aspectos de orden particular.

Experiencia de sufrimiento. Se define el sufrimiento a partir de las consideraciones de diferentes autores, referenciando en primer lugar a White y Epston (1993), quienes refieren la noción de sufrimiento como una expresión de una incoherencia entre las historias que las personas cuentan de sí mismas y su propia experiencia, o la discrepancia entre las historias que los otros cuentan de ellos y sus experiencias propias. Privilegiando el contexto de subjetividad, Hernández (2010) por su parte señala la emergencia del sufrimiento a partir de la experimentación de sentimientos vistos como síntomas (ansiedad, depresión) y la implementación de los operadores y las cualidades de vinculación, como criterios de comprensión alrededor de las configuraciones relacionales

que surgen junto con problemas clínicos y sociales. Estupiñán y González (2012), parten del concepto de “psicopatología” como sinónimo de incapacidad para tener una visión multifacética de la experiencia, desde este punto de vista, la incapacidad está caracterizada por la presencia de prototipos narrativos específicos, los cuales constituyen invariantes cognitivas organizativos de la experiencia; quedando sometidos a un conjunto de invariantes temáticos. Sumando a ello en una perspectiva humanista-existencialista, Frankl (2004) plantea que análogamente, el sufrimiento no es siempre un fenómeno patológico, señalando que éste puede ser un logro humano, especialmente cuando nace de la frustración existencial.

Historias. La experiencia de sufrimiento -desde la voz de Antonia (estudiante de psicología, consultante y participante en el primer escenario), Catalina (psicóloga consultante perteneciente a la familia participante en el segundo escenario) y Sandra (psicóloga consultante de la familia que inicia el proceso interventivo desde el tercer escenario)- fue narrada a partir de historias que privilegiaron en el relato, epistemes concernientes al conocimiento disciplinario, favoreciendo a nivel pragmático su posicionamiento desde el rol profesional en el escenario interventivo. Lo cual dio cuenta del sufrimiento mediante una mirada explicativa, académica y categórica en términos de la disciplina “nos fuimos a vivir juntos y empecé yo a sufrir porque la celotipia, bueno los dos somos celosos pero él es celotípico” (Apéndice B, escenario 3, S-66).

Si bien se evidenció la exposición de conceptos teóricos al inicio del proceso terapéutico predominantemente, se resaltaron las epistemes profesionales como un obstáculo en el proceso de cambio, puesto que limitó la resignificación de la experiencia a través de posibilidades alternativas -más allá del discurso profesional-, encarnadas desde la

relación terapéutica. A partir del relato de los familiares de Catalina, las voces de los integrantes del sistema familiar de Antonia y, Gerardo como pareja de Sandra, se evidenciaron narrativas dominantes que buscaron responsabilizar al psicólogo de la resolución de los conflictos emergentes al interior del sistema, lo cual llevó a las consultantes (psicólogas) a *enmascarar* la experiencia de sufrimiento, sustentado a su vez a partir de la articulación de semánticas asociadas a la eficacia/ineficacia del ejercicio profesional y, a la exposición de significados relacionados con el incumplimiento de las expectativas -desde el posicionamiento experto asumido- del sistema familiar. Apéndice B, escenario 3:

T-88: Sientes que el manejo de esa situación ha sido digamos por herramientas que has adquirido en los procesos que tuviste, por el tema de ser psicóloga o ¿qué te permite como haber adquirido las herramientas para poder manejar la situación con él, qué crees que ha servido? (pregunta dirigida a la psicóloga consultante, respondida por su pareja)

G-89: No, por ser psicóloga no

En este sentido, la investigadora-interventora comprendió que el psicólogo consultante al interior de su familia, vive la experiencia de sufrimiento desde la imposibilidad de expresar su malestar, lo que le impide vincularse a la dinámica familiar desde el rol estructural correspondiente en la misma. No obstante, las psicólogas participantes y la estudiante de psicología, refirieron que el “fracaso” de las expectativas favoreció la búsqueda de apoyo externo en el contexto terapéutico. Apéndice B, escenario 1:

A ti te pueden decir unas herramientas para aplicarlas y eso digamos, eso en formación de psicólogo, pero tú estando inmersa en eso... pues personalmente yo no podía, y necesitaba algo externo, yo necesitaba algo de afuera que me ayudara personalmente a... pues a vivir eso, a confrontar eso (E-14).

En este orden de ideas, las participantes referidas en el párrafo anterior, se presentaron al escenario interventivo desde la asunción de un doble rol (familiar y rol profesional), lo que implicó para el equipo investigador-interventor la implementación de estrategias que permitieran el relacionamiento consigo desde los roles asumidos.

Respecto a la comprensión del síntoma en las familias participantes, la investigadora-interventora hipotetizó que la emergencia del mismo, lleva a los psicólogos consultantes a sobreinvolucrarse en el sistema familiar a partir de la asunción de un doble rol, como hija/madre/pareja y psicóloga, al recaer sobre sí la responsabilidad de brindar ayuda ante el malestar presente. Desde éste punto de vista, el sufrimiento en el sistema familiar fue narrado desde semánticas de frustración ante la esperanza sostenida en el ejercicio profesional de Catalina/Antonia/Sandra (narrativa semiótica) sobre la familia y, el fracaso frente a los resultados esperados.

Desde la voz de las participantes profesionales y en formación de psicología, la investigadora-interventora entendió el sufrimiento en doble dirección: a partir de la emergencia del malestar narrado como motivo de consulta por el sistema familiar (demanda de ayuda realizada al psicólogo perteneciente a la familia) y la sensación de ineficacia experimentada por el psicólogo consultante frente al ejercicio profesional, ante la solicitud

de asistencia –respecto al problema presente- mediante su investidura. Apéndice B, escenario 2:

Sí, hay una demanda horrible de que es que: Tú tienes que entender a Esteban porque Esteban es enfermo, tú tienes que entendernos porque nosotros somos enfermos, todos estamos locos etc. No se puede, o sea no se puede, entonces sí ha sido una carga fuerte (H_PSI-50).

En coherencia con lo anterior, las psicólogas consultantes subrayaron semánticas de *desintegración, desorganización, desorden y caos* -haciendo referencia al modo en cómo se organiza la experiencia de frustración-, al precisar las prácticas de descalificación emitidas por los integrantes de la familia, quienes les excluyen desde una posición estructural (en tanto anulan su rol familiar al privilegiar la mirada profesional) y funcional (al descalificar las funciones asociadas a los roles asumidos) en la dinámica familiar. Apéndice B, escenario 2:

Sí, cuando dices que saturado, total, total. O sea yo hay veces que yo quisiera como no existir porque estoy cansada y no solo con ellos sino con todos, con todos abuelos, tíos, primos, todos... entonces son tantos roles que no hago ni hija, no hago ni bien el de hija, ni bien el de sobrina (...) cuando me dices el título yo sigo siendo un caos porque no hay un orden, no soy hija, no soy hermana, no soy nada, soy Catalina tratando de ser muchas cosas al tiempo (...) soy una persona que todo el tiempo está tratando de responder ante las diferentes personas entonces aquí tengo que ser tal cosa, acá tengo que ser tal otra, aquí tengo que ser así, aquí tengo que

hacer allá. Y algo que me frustra mucho es que yo nunca puedo explotar (H_PSI-85).

Antonia, Sandra y la madre de Catalina, -ante la emergencia del problema en el sistema familiar-, se aproximaron al contexto terapéutico posicionándose a través de semánticas de poder que jerarquizaron la interacción con el psicoterapeuta y, favorecieron pragmáticamente la asunción de un rol pasivo por parte de la familia en el proceso terapéutico. Apéndice B, escenario 3:

Yo aprendí en psicología es que todo el sistema se afecta, o sea, si hay una piecita que está fallando, todo el sistema falla, todo el sistema se afecta, entonces igual; si Gera y yo tenemos problemas pues obviamente esos problemas van a afectar a los niños (S-56).

A partir de la voz de las psicólogas consultantes, el escenario interventivo fue contemplado como un tercero en las relaciones intrafamiliares, puesto que paradójicamente se pretendió la validación de su lugar en la familia, a través de semánticas de confirmación por parte del psicoterapeuta, asociadas al supuesto de comprensión desde el rol profesional, lo que pragmáticamente les excluyó de nuevo de su rol estructural en el sistema familiar: “buscar los terceros y buscar la terapia es saber si hay forma de que él como que escuche” (Apéndice B, escenario 8, S-54).

Pasando a los hallazgos propios de los escenarios desarrollados, sobre la construcción del síntoma en la familia, en el primer escenario Antonia señaló la presentación de *problemas* en la relación parento-filial “yo tenía así tal cual etiquetado a mi papá: culpable. Culpable por tal cosa con mi mamá y por eso yo soy así y por eso esto me

pasa a mí” (Apéndice B, escenario 1, E-25). En el segundo caso, la madre de Catalina refirió la adicción de su hijo como el motivo de consulta que llevó a la familia a buscar apoyo psicológico. No obstante, la emergencia del malestar se mostró mediante los relatos dominantes expuestos por ella, al significar el síntoma como la “pérdida de un hijo” (Apéndice B, escenario 2, M-62), discurso sobre el cual se articularon semánticas de amenaza de pérdida de su hija/psicóloga consultante, quien en coherencia con dichas narrativas manifestó *sobreinvolucrarse* en el sistema familiar ante la ausencia de su hermano “como yo sentía que había perdido a mi hijo, entonces yo decía yo no puedo y me agarré a ella y yo no puedo perder mi hija porque me quedé sola” (Apéndice B, escenario 2, M-62), asumiendo pragmáticamente un doble rol al interior del mismo -reivindicando la “pérdida” como hija y, responsabilizándose de la resolución del malestar de la familia como psicóloga-. Apéndice B, escenario 2:

Ella sí ha querido a dejar de ser hija a ser psicóloga pero yo siento que yo la llamo como mi hija pero le saco su terapia (...) Entonces ella a veces me dice: Ay mami busca ayuda, no yo la tengo porque busqué ayuda por fin, pero en el momento en el que ella se quiere salir yo vuelvo y la entro a mi círculo y de pronto ni te das cuenta pero ella me da terapia (M-62).

En este sentido, el sufrimiento en el sistema familiar fue narrado desde semánticas de frustración, ante la esperanza del ejercicio profesional de Catalina (configuración semiótica) y, el fracaso frente a los resultados esperados por el sistema familiar (significado asociado al mantenimiento de la pauta sintomática) “es muy frustrante porque uno se mete la idea de que quiere estudiar psicología para ayudar, para ayudar al hermano, para ayudar a

la familia y uno no termina ayudando a nada, entonces eso es muy frustrante” (Apéndice B, escenario 2, H_PSI-18).

Siguiendo la voz de la madre de Catalina, el sufrimiento fue narrado a partir de relatos dominantes que priorizaron semánticas de déficit (ante la no resolución del síntoma en el portador) situando el problema sobre el individuo a quien se relata desde narrativas de vulnerabilidad, atribuyendo su contenido a la construcción identitaria. En este orden de ideas, se configuró narrativamente el contexto terapéutico como un espacio donde se da respuesta al malestar experimentado mediante la asistencia de otro “el doctor sí, él era muy... sabía mucho del tema, que después de mucho tiempo y en estos momentos lo admiro, porque me pronosticó todo. Mi hijo tenía 10 años me dijo: Tienes un adicto en potencia” (Apéndice B, escenario 2, M-8).

Desde éste punto de vista, la etiqueta diagnóstica (adicción, hiperactividad) jugó un papel fundamental puesto que fue significado como el permiso de narrarse a sí mismo ante el otro desde la incapacidad, imposibilidad y dificultad, evitando pragmáticamente el juicio otorgado por el lenguaje como acción.

Siguiendo el argumento anterior, la madre de la psicóloga consultante (Catalina) refirió historias de imposibilidad de acción ante la emergencia del síntoma, poniendo de manifiesto la atribución semántica: estática y rígida respecto a la movilización de los miembros de la familia frente al problema y, lo que favoreció la construcción identitaria de déficit desde la cual los recursos fueron invisibilizados.

Volviendo sobre las epistemes concernientes a la psicología, desde el tercer escenario, Sandra narró la experiencia de sufrimiento mediante el relato disciplinar que

privilegia las etiquetas diagnósticas como determinantes de la conducta, atribuyendo a la categoría "celotipia" la rigidez en la interacción con su pareja y en consecuencia, la dificultad para generar el cambio.

El lenguaje emergente a partir de las epistemes disciplinares, apareció como discurso de poder a nivel semiótico, en tanto permitió designar el síntoma como un atributo en la construcción del self del otro (Gerardo), señalándole como portador del síntoma. Esto favoreció pragmáticamente la descalificación en términos de déficit, incapacidad y ausencia de autonomía -evidenciándose coherencia con los escenarios previos-. Apéndice B, escenario 3:

Lo que nos está motivando me está motivando a mí en lo que Gera dice o sea, es porque yo ahorita con los niños ya adolescentes, ellos están en su época crítica de la adolescencia; Sebastiancito de pronto no maneja su impulsividad y de pronto se desespera cuando Gera es muy agresivo o muy reiterativo con las cosas y Norbertico también está respondiendo feo. Entonces, eso me angustia mucho porque yo soy una adulta y yo soy psicóloga y yo estoy aprendiendo a manejar la situación con Gera (S-87).

Respecto a la construcción de pareja y parentalidad en el proceso terapéutico, Sandra configuró narrativamente el sufrimiento a partir de historias que dan cuenta de la pauta agresiva entre los miembros del sistema conyugal, desde las cuales se privilegió la puntuación de acontecimientos del pasado, asociados a semánticas de miedo y sustentadas a partir de prácticas de amenaza de muerte en la pareja. Apéndice B, escenario 3:

Desde que estoy con él solo ha sido con él, y no me importa otro hombre para nada, entonces, yo al principio sí, yo le cogí miedo, o sea, yo dije Dios mío sí me va a matar, entonces por eso fuimos a la psicóloga (S-80).

Por su parte, Gerardo organiza la experiencia mediante relatos de vulnerabilidad, significados a partir de su percepción de no ser reconocido por el otro (Sandra e hijos) en la relación, lo que le llevó a privilegiar pragmáticamente la dimensión individual en la dinámica interaccional. A través de la exposición y presentación de acontecimientos, se vislumbró la pauta de comunicación complementaria –en la cual emerge dicha experiencia– entre los miembros del sistema conyugal. Apéndice B, escenario 3:

Yo no tengo autoridad, en ningún momento, siempre la pierdo, vuelvo y lo reitero, cuando yo les digo no, ellos se van y ella les dice sí, y hablan solos, y si se emberracan se van los tres solos a almorzar, les importa cinco si yo almorcé o no (G-101).

En coherencia con lo anterior, se presentó la narrativa de autoridad como un relato dominante en el discurso de Gerardo, atravesada por semánticas asociadas al deseo de delinear y configurar su rol en el sistema familiar, con el propósito de ser reconocido por el subsistema filial y conyugal sin intermediarios en la relación.

No obstante, al pensar la posibilidad de excluir a los hijos como terceros en la relación de pareja, Sandra destacó semánticas de amenaza en su relato, ubicándole pragmáticamente desde el rol materno mediante conductas de sobreprotección. En consecuencia, Gerardo resaltó el ejercicio de dicho rol y las funciones desempeñadas por Sandra con el subsistema filial, cuestionando la construcción de autoridad desde sus

referentes familiares, buscando tener una participación más activa en el proceso de crianza de Norberto y Sebastián “no es por comparar, pero como me criaron a mí, como yo crié a mis hijos todos somos profesionales, todos somos algo en la vida, ella el ejemplo que es en su casa no es ese” (Apéndice B, escenario 3, G-124).

En este orden de ideas, la experiencia de sufrimiento en la familia fue configurada a partir de relatos dominantes de autoridad, los cuales -semánticamente- reclamaron la presencia del otro a través del "respaldo" e involucramiento en la interacción. No obstante, mientras que Sandra privilegiaba el rol materno excluía a Gerardo de la relación, invisibilizando su lugar en el sistema familiar.

Isomórficamente, Gerardo buscó excluir al subsistema filial de la interacción, generando pragmáticamente una oportunidad de aproximación a su pareja para conversar alrededor de la incomodidad y el desagrado experimentado desde el dominio emocional, con el propósito adicional de construir alternativas de bienestar entre los miembros de la familia.

Sin embargo ante la dinámica evidenciada, el consultante subrayó la ausencia de Sandra –desde la posición de pareja- manifestando semánticas de exclusión en el intercambio verbal, asociadas a la desautorización propiciada por Sandra en la interacción en presencia del subsistema filial, lo que a su vez posibilitó la emergencia de la queja sobre la crianza de los hijos como relato dominante.

En este sentido, los integrantes de la familia invisibilizaron el rol de Gerardo en el sistema a partir de la ausencia de reconocimiento (narrado en términos de *autoridad*). Esto llevó al consultante a posicionarse frente al subsistema filial como figura de autoridad,

exigiendo aquello que bajo su consideración señalaba "correcto" en la crianza y la educación "ella justificándose, volvió y me desautorizó delante de ellos, se levantó, mejor dicho, no deja que él se responsabilice como la misma médica le dijo" (Apéndice B, escenario 3, G-54).

En consecuencia, ante la contradicción emergente con los intereses de Sebastián y Norberto, quienes a su vez presentaron resistencia en la interacción frente a las demandas precisadas por Gerardo, surgió la pauta agresiva en el sistema familiar. De acuerdo a la situación subrayada, Sandra buscó reposicionarse desde el rol materno, a partir de acciones de sobreprotección que invalidaron el relato de Gerardo, así como su lugar en la familia: "eso lo hace a uno como sentirse desilusionado, avergonzado porque uno nunca ve la autoridad, la respuesta del chino fue: ¿Algún problema, pasa algo? Y ella acepta que nos falten al respeto así" (Apéndice B, escenario 3, G-54).

Para el caso correspondiente al proceso terapéutico, se presentaron historias alrededor de modelos referentes de crianza y significados absolutos sobre la construcción de parentalidad, lo cual favoreció la percepción de fracaso ante su incumplimiento, y la evocación de prácticas de descalificación entre Gerardo y Sandra que impidieron la creación de acuerdos para flexibilizar la crianza mediante el reconocimiento, involucramiento y co-participación de los miembros de la familia. Es así como a partir de la inclusión de terceros en la relación conyugal, se articuló semánticamente la posibilidad de sustituir el rol de pareja, favoreciendo la problematización sobre los "terceros" interactuantes con el sistema conyugal y, el cuestionamiento sobre el ejercicio del rol asumido en la interrelación con estos: "Hoy me preguntaron, mami ¿hoy nos toca

psicología cierto? Yo... no papi, la doctora dijo que sólo nosotros dos...Ayyyyy, o sea que ¿ya nos sacaron mami?" (Apéndice B, escenario 4, S-87).

Como se mencionó anteriormente, la narrativa dominante que organizó la experiencia de sufrimiento giró en torno a la necesidad -de la pareja- de involucrar la participación de terceros, a fin de atribuirles la emergencia del problema, evitando en consecuencia la confrontación del malestar evidenciado en el sistema conyugal, lugar desde el cual se puntuaron los acontecimientos a partir del conflicto.

De este modo, los integrantes del sistema conyugal presentaron continuamente acontecimientos para dar cuenta de la implementación de estrategias de solución al problema mediante la participación de terceros, evidenciando la exteriorización del malestar evocado en la pareja sobre estos. Apéndice B, escenario 3:

Yo estoy aquí es por los niños, por la familia y lo que yo le decía, ella vivió hasta los 50 años en la casa de la mamá y el papá y los hermanos son unos vagos y así quiere formar a sus hijos, entonces ese es el problema (G-86).

No obstante, al generar mayor resonancia –emocional- en la demanda de exclusión (de Gerardo hacia los hijos de Sandra), hubo mayor correspondencia en los miembros de la pareja, a través de otros como pretexto de conversación. Sin embargo, a pesar de la inclusión continua del subsistema filial en la relación conyugal, se generó una exclusión continua frente a la exposición del problema puntuado desde la pareja. En consecuencia, Gerardo convocó la participación de Sandra en la interacción, a partir de la instauración de reglas en la relación con el subsistema filial, lo que posibilitó la atribución de un lugar en la familia desde donde fue reconocido por ella.

En el relato del sistema consultante se identificaron historias sobre la sustitución del rol familiar ante el ejercicio del rol de pareja, lo que permitió la movilización de éste último –pragmáticamente-, entendiendo el posicionamiento familiar como aquel que merece ser atendido al significar escenarios particulares como situaciones de riesgo para el subsistema filial.

A partir de la manifestación de semánticas asociadas a la maternidad en el relato del subsistema materno-filial, la autoridad fue asociada al rol parental ejercido al interior de la familia, lo cual validó la presencia de Sandra en la participación de prácticas de crianza y anuló en ellas la intervención de Gerardo, desdibujando su rol en el sistema familiar. Por consiguiente, el relato dominante silenció la voz del consultante, marginando su discurso en términos de acción, lo que generó la presentación de prácticas de rechazo y agresión como actitud defensiva desde la expresión verbal. Apéndice B, escenario 3:

Él los agrede como por el grito, gritando, regañando, se pone furioso y eso a mí con los niños me molesta, yo ya lo manejo pero con los niños sí me angustia mucho porque los niños son adolescentes y ellos están en una época muy difícil que le pueden llegar a responder a Gera (S-90).

En este orden de ideas, a partir de la voz de Sandra la experiencia de sufrimiento fue narrada mediante la conmemoración de escenarios del pasado, desde los cuales se atribuyeron semánticas de fracaso y frustración frente al incumplimiento de expectativas individuales, favoreciendo la evitación de encuentros semejantes o la aceptación de propuestas asociadas a dichos espacios. En coherencia con ello, las acciones novedosas emitidas por Gerardo en la cotidianidad que invitaron a la apertura de momentos de pareja,

fueron invisibilizadas y rechazadas desde su intencionalidad: “hemos ido a unos paseitos y en esos paseos se presentan peleas, los dos solos, no estamos con los niños, los dos solos, porque él se sabotea la felicidad de eso” (Apéndice B, escenario 3, S-110).

En tanto los consultantes comprendieron la pareja desde la individualidad, el sufrimiento fue narrado desde el relato dominante que privilegiaba el interés personal y excluía al otro de la relación. Desde éste punto de vista, la construcción de afecto en el sistema conyugal fue elaborada a partir de las consideraciones individuales que evocaron el desarrollo de prácticas de imposición (personal) y rechazo (del otro).

Sandra por su parte, construyó semánticamente el afecto en la pareja como el reconocimiento del otro y la anulación de sí misma, lo que le llevó a privilegiar prácticas de complacencia que implicaron *el sacrificio* de la satisfacción de los intereses y deseos personales, visto por su pareja como una restricción de la reciprocidad “porque tú también a veces cedés, demasiado, “me gusta todo” “como todo”. Entonces uno se siente como “ahhh”, tampoco” (Apéndice B, escenario 6, G-164).

En síntesis, el sistema consultante construyó narrativamente el sufrimiento a partir de semánticas asociadas al reconocimiento del otro, lo que favoreció la presentación de prácticas de descalificación y anulación entre los miembros del mismo, buscando en el diálogo con el subsistema filial, ocupar un lugar privilegiado al interior de la familia mediante la consolidación de un rol determinado.

Así, la experiencia de sufrimiento se organizó en el sistema conyugal a través de semánticas asociadas a la diferencia con el otro, lo que semióticamente fue comprendido desde la oposición y, pragmáticamente evidenciado en el rechazo del punto de vista del

otro, privilegiando la versión propia como el camino a considerar “yo llevo tiempos diciéndole “mira, si tú no estás bien con nosotros, si no eres feliz, pues lo mejor es que nos separémonos, cada uno coge por su lado, tu busca una mujer que no tenga hijos” (Apéndice B, escenario 7, S-113).

De este modo, se refirió la emergencia del sufrimiento ante la fragmentación de la pareja, lo cual llevó al posicionamiento de sus integrantes a través de los opuestos/extremos, desde donde se definió la diferencia como la fuente del conflicto y por consiguiente, la separación como posibilidad. Aunque la participación conjunta tuvo lugar, se concibió posterior a la emergencia del problema y no previo a su aparición, lo que invalidó la pertinencia de la presencia del otro.

Finalmente, Gerardo a partir de la manifestación de los relatos dominantes asociados al abandono y ausencia de Sandra en la construcción de pareja, significó su experiencia mediante la construcción de fracaso, llevando al sistema consultante a privilegiar la individualidad como versión única de realidad. En este sentido, el consultante a través de semánticas de culpabilidad, atribuyó a su pareja la aparición del conflicto, dejando de lado su responsabilidad en la interacción, evadiendo el problema a nivel pragmático. Apéndice B, escenario 7:

Yo desde hace rato tengo muy claro lo que pienso, los enjuiciamientos que han existido siempre, la actitud que ha asumido últimamente y ya la he notado, no estoy dando quejas pero primero es la familia extensa, dos domingos seguidos, tres domingos, cuatro domingos, eso es una actitud que yo ya tengo clara, entonces yo ya sé lo que tengo que hacer (G-45).

En conclusión, las historias que organizaron la experiencia de sufrimiento en los sistemas participantes que integran un miembro psicólogo, privilegiaron semánticas de experticia asociadas al rol profesional, invitando con ello a la configuración de dinámicas de interacción basadas en el poder (a partir de narrativas basadas en epistemes psicológicas) y por ende, en una jerarquía desde la cual si bien se otorga una participación activa, se establecen relaciones condicionadas por el cumplimiento de expectativas familiares y sociales.

Dichas consideraciones semánticas determinaron significativamente la acción del psicólogo en la interacción con la familia -dentro y fuera del contexto terapéutico-, pues llevaron consigo la impronta del doble rol y con ésta, la responsabilidad de asumir el posicionamiento simultáneo al propósito de dar respuesta a la demanda de ayuda emergente en el sistema familiar. Aun cuando el seguimiento estricto del rol profesional y estructural confronta la lógica, y constituye el camino que anula las posibilidades de movilización, siendo la experiencia de sufrimiento el principal resultado y a su vez, el instrumento que guía hacia el escenario interventivo.

Memorias. En términos generales se encontró que al vislumbrar la dinámica interaccional de la familia dentro del proceso interventivo, los integrantes de la misma redefinían el sufrimiento como una co-construcción del sistema, facilitando la exclusión del rol profesional (el cual propone un posicionamiento jerárquico) y asimismo la integración del rol familiar mediante el intercambio relacional. Apéndice B, escenario 1:

Mi motivo de consulta en sí fue digamos la relación con mi papá. Entonces, tener esa visión y decir: bueno es que mi papá no piensa igual a mí. Yo no puedo hacer

que entienda las cosas como yo, entonces es muy importante como ir articulando estas cosas (E-10).

A partir de la comprensión emergente en torno a la configuración del sufrimiento desde la voz de los diferentes participantes, surgió la culpa en el psicólogo consultante como elemento que dificultó la observación de caminos alternos, dirigidos hacia el proceso de cambio. Sin embargo, frente a la exposición, reconocimiento e identificación de los relatos dominantes alrededor de la demanda de ayuda y, la interferencia de los mismos en la dinámica relacional familiar, se generaron memorias como alternativas que privilegiaron el relato identitario desde una construcción familiar: “otra cosa y es que quiero hablar el tema de Esteban. Sí Esteban tiene, bueno, o sea, ese tema de su adicción María (madre de Catalina) no se puede estar culpando toda la vida por eso...” (Apéndice B, escenario 2, Md-109).

Articulando lo anterior e introduciendo los hallazgos evidenciados en lo particular, se observó que cuando los integrantes de la familia reconocieron los recursos disponibles en el sistema, se visibilizaron caminos posibles en dirección al bienestar, propiciando a través de estos el surgimiento de relatos alternos.

Para el caso de Sandra y Gerardo se resignificó la experiencia de sufrimiento a partir de la ampliación memorias en el contexto terapéutico, asociadas a la co-construcción de escenarios de bienestar en la pareja, favoreciendo el empoderamiento de los miembros que la integran como creadores de mundos posibles, incluyendo al otro en el proceso de transformación “entonces eso te haría feliz a ti, que cerráramos la puerta y que tuviéramos ese momento los dos...” (Apéndice B, escenario 5, S-210).

A partir de la construcción narrativa de escenarios compartidos en pareja durante la semana, el sistema consultante resaltó el surgimiento de acontecimientos extraordinarios, destacando la satisfacción experimentada. Si bien no se hizo hincapié en el malestar presentado en el sistema conyugal, Sandra expresó a Gerardo su interés por comunicarse de manera diferente, señalando puntualmente la ausencia de "gritos", lo cual fue recibido y considerado por Gerardo desde la responsabilidad conjunta.

En adición, se evidenciaron relatos subdominantes a través de la voz de Sandra y Gerardo, basados en semánticas de diversidad, diferencia y singularidad, lo que propició la presentación de prácticas de complacencia, negociación y satisfacción recíproca entre sus miembros. En coherencia con ello, se reconfiguró la experiencia en términos de bienestar, a partir de la emergencia de memorias asociadas a la reciprocidad en la construcción de pareja, posibilitando la co-participación de los consultantes en la satisfacción del otro y en consecuencia, la manifestación de acciones de cuidado mutuo “Entonces definamos esa privacidad, construyamos esa privacidad” (Apéndice B, escenario 5, S-175).

Sandra por su parte, evocó narrativamente la experiencia de sufrimiento a partir de semánticas de temor frente a la delimitación de roles (pareja/parental) al interior de la familia, lo que modificó su participación e interacción en la misma, expresando reiterativamente su preocupación por crear estrategias de aproximación al conflicto. En ésta línea, la consultante volvió sobre relatos del pasado para subrayar la dinámica interaccional en la cual emergió el problema entre el sistema conyugal y filial, destacando la pertinencia de intervenir a partir de los recursos identificados en la pareja. Apéndice B, escenario 6:

G-256: Puede que yo sea demasiado estricto pero entonces ella es demasiado laxa y entonces hay que buscar un punto que es el que estoy diciendo. Y no lo hemos logrado porque nunca se ha logrado un intermedio.

S-265: Estoy de acuerdo con Gera. Ehhhh, sí necesitamos ayuda porque no sé cómo construir eso que tenemos que construir (...) con relación a cómo, entre los dos, construir esa autoridad o lo que haya que construir para poder comunicarnos con los jóvenes.

Es importante mencionar que el sistema consultante (para este caso compuesto por Sandra y Gerardo) dio cuenta de la experiencia de sufrimiento evocando las voces de la familia extensa y privilegiando versiones dominantes de crianza. No obstante, al reconocerlas reflexivamente, emergieron derivas en el discurso que propusieron nuevas formas de relación y con ello la construcción de familia, lo que promovió la vinculación del otro en la interacción, a partir de la escucha y el reconocimiento de sus necesidades.

Apéndice B, escenario 5:

G-72: Por ejemplo, estoy bien, cuando hablamos de los dos, no, cuando involucramos personas de la extensión de la familia.

G-113: Mejor dicho, no depender tanto de personas ajenas a nosotros dos.

G-176: No involucrar tanto a tus hijos.

S-177: No involucrar tanto a los niños

Por su parte, Gerardo reconfiguró la experiencia de sufrimiento mediante relatos subdominantes asociados al ejercicio de autonomía fuera del contexto terapéutico,

comprendido semánticamente dicha noción como una manera de asumir la responsabilidad a través de su lugar en la familia.

En conclusión, las memorias emergentes en el proceso de investigación-intervención proponen el sufrimiento como una co-construcción del sistema familiar, consideración que sugiere una relación heterárquica entre los integrantes de la misma y la emergencia del problema, invitando a la integración del psicólogo consultante desde su rol correspondiente en la familia. En consecuencia, los miembros del sistema se reconocieron a sí mismos desde la singularidad y a su vez, mediante el colectivo al cual pertenecen a través de prácticas significadas desde la complementariedad, promoviendo la reciprocidad como fundamento en la interacción.

Relatos alternos. Articulando la manera en cómo se organiza la experiencia de sufrimiento en los diferentes escenarios, se destacaron semánticas de transformación del rol profesional en el sistema familiar, como un factor esencial que permitió difuminar el papel de experto y el poder desde una mirada jerárquica, facilitando la deconstrucción narrativa alrededor del discurso profesional, y propiciando horizontes alternativos de bienestar.

Apéndice B, escenario 1:

En ese sentido involucrarse más desde la emoción... involucrarme más en como hija, como hermana que como... estudiante en formación, por decirlo así. Digamos que en el proceso que se llevó había partes en que también me olvidaba de... teorías, cosas, hipótesis y yo me iba a vivir... yo inmersa en las relaciones, en que lo que yo hago tiene un efecto en alguno de ellos, entonces... no sé, se vuelve más desde mi postura de hija y hermana (E-68).

En este sentido, la experiencia de sufrimiento fue resignificada a partir de la deconstrucción del rol profesional y la asunción del rol familiar por parte del psicólogo consultante, estrategia mediante la cual se generó una aproximación al encuentro humano, favoreciendo la presentación de semánticas asociadas al bienestar. Apéndice B, escenario 8:

Esa era una apuesta mía como psicóloga, como persona, como todo, que él hiciera un cambio y que entendiera, ay Dios mío, que nos entendiéramos, que llegáramos a esa construcción de pareja, a esa construcción como parental, de rol parental, pero no, no, no, no y definitivamente no (S-70).

Por otro lado, se destacaron los recursos personales y familiares vislumbrando el horizonte vital familiar, lo cual invitó a reconocer los eventos pasados como oportunidades de creación de realidades en tiempo futuro, a partir del desarrollo de prácticas -en tiempo presente- precursoras de cambio, las cuales a través de un ejercicio de co-responsabilidad, otorgaron valor a la singularidad entre los miembros de la familia. Apéndice B, escenario 8:

A mí me encanta estudiar y participar y estar en grupos. Con él eso no lo he podido hacer. A mí me gustaría que estar estudiando inglés, que hacer un curso de no sé qué, yo soy muy activa en eso. Me gusta también ser muy activa con la comunidad, muy social, comunitaria, pero yo me he limitado (S-91).

A nivel particular, se resignificó la experiencia de sufrimiento en el sistema conyugal (Sandra y Gerardo), a partir de la emergencia de relatos alternos asociados a la redefinición de la pareja; lo cual fue integrado por semánticas de cuidado y respeto del otro, sustentadas a través de prácticas de escucha, empatía, comprensión y proximidad, constituyéndose como la base para la consolidación del absoluto de pareja, tercero

manifiesto en el contexto terapéutico mediante la construcción de pactos de común acuerdo.

Al privilegiar el rol de pareja y la asunción del mismo a través de un ejercicio de corresponsabilidad, se favoreció la consolidación de pactos de pareja, propiciando la puntuación de acuerdos como un camino alternativo en la búsqueda del bienestar de la pareja, definido narrativamente desde la voz del sistema consultante a partir de la "posibilidad de desarrollo" (Apéndice B, escenario 5, G-216).

De este modo, el relato de bienestar fue configurado por el sistema conyugal a través de semánticas asociadas al cuidado y la protección, lo cual fue evidenciado a través de la presentación de prácticas que contemplaron la "tranquilidad" del otro y de sí mismo en la relación: "Si le entendí, yo lo veo así, que es sano pensar en proteger al otro. Ehhh en la felicidad y en la tranquilidad del otro. En que sea mutuo. Sí. Que sea recíproco, que sea de los dos" (Apéndice B, escenario 6, S-174).

Ante los elementos novedosos propuestos por Gerardo en la cotidianidad, se observó en Sandra –inicialmente- la resistencia al cambio, actitud que fue reconocida y validada por Gerardo, llevándole a comprender su inquietud e invitándole a partir de la misma, a construir espacios diversos en su compañía, lo que proporcionó receptividad y credibilidad en el otro. El sistema consultante propuso así, la construcción de escenarios compartidos priorizando los intereses de ambos integrantes de la pareja, y haciendo énfasis en la reciprocidad mediante la participación activa en las decisiones y las elecciones de la diada conyugal.

De igual forma, se resignificó la experiencia de sufrimiento a partir de la consolidación de los relatos alternos semánticamente vinculados a la reciprocidad, a partir de los cuales se narró la disolución de los extremos y la emergencia de los puntos medios, semióticamente asociados a la construcción de la pareja y, pragmáticamente expresados a través de acciones de complacencia mutua.

Desde este punto de vista, el sistema conyugal resaltó la posibilidad de *ceder* como una acción que permitió el involucramiento del otro en la relación, favoreciendo la co-construcción de puntos intermedios, los cuales a su vez propiciaron la satisfacción de la pareja. En línea con ello, se hizo hincapié en la reciprocidad como elemento que privilegió el *equilibrio*, evitando los extremos desde la construcción individual “Sí, eso fue lo más clave, porque siempre que ella decía algo yo decía “ahhh...”. Y nos enfrascábamos en una discusión. Pues, ahora pues o ella cede o cedo yo” (Apéndice B, escenario 6, G-159).

En consecuencia, el sistema consultante (Sandra y Gerardo) renunció a la consecución de prácticas que involucraron la perpetuación de la pauta de interacción generadora de malestar, llevándoles a construir alternativas posibilitadoras de cambio. Así, se privilegiaron semánticas de tranquilidad, asociadas semióticamente a la metáfora de “la organización de los *cassettes*” (Apéndice B, escenario 6, G-141) como una manera de simbolizar la evolución y transformación de la pareja, promoviendo conjuntamente el desarrollo de acciones orientadas al bienestar.

La resignificación de la experiencia involucró entonces la reconfiguración del relato identitario, narrado -en la voz de la psicóloga consultante- a partir de semánticas de reconocimiento del self en la relación con el otro. La incomodidad emergió como

experiencia favorecedora de cambio, integrando mediante las narrativas de Sandra, el componente cognitivo (apreciación del sí mismo en relación), emocional (manifestación del sentir, acompañado de conducta de llanto) y pragmático (decisión). Apéndice B, escenario 8:

S-41: Yo no puedo hacerme trisas la vida por querer hacer feliz a todo el mundo, a los jóvenes y también feliz a él. Entonces no sé. Pues acá tengo varios elementos que yo tengo que ponerme a pensar y a repensar para tomar decisiones.

S-49: Yo merezco respeto, o sea yo soy una mujer valiosa, yo soy una mujer bonita, yo me siento bonita, valiosa (voz entrecortada).

De este modo, el relato emergente en el sistema consultante alrededor de la crisis, fue reconfigurado a través de semánticas de cambio y posibilidad frente al malestar experimentado, constituyendo la decisión un elemento pragmático que facilitó la movilización del sistema hacia la flexibilización de narrativas dominantes asociadas a la unión de pareja.

Si bien se destacaron los intereses personales, se privilegió el bienestar relacional atribuyendo el cambio a la elección sobre la continuidad o separación de pareja. Se dio lugar al reconocimiento de las diferencias entre Sandra y Gerardo, así como a la construcción individual, determinando las diversas prioridades que permitieron la reconfiguración del horizonte vital. Apéndice B, escenario 8:

Yo pienso que él también está cansado de la relación, y no es justo que siga ahí y que asuma una cosa que no quiere asumir, él no puede asumir un rol que él no quiere asumir (...) Entonces no sé, esto es difícil pero sé que está en mí, yo tengo

que tomar decisiones y que si esta relación no funciona pues hay que terminarla (S-40).

A partir de la emergencia del cambio se reconoció -desde la voz de Sandra- el temor frente a la incertidumbre, precisando las consecuencias de la toma de decisión. No obstante, las narrativas de sufrimiento ligadas a semánticas de debilidad y miedo, fueron deconstruidas a partir del reconocimiento de recursos personales, en tanto ampliaron la comprensión del malestar, favoreciendo la construcción de alternativas y posibilitando la resignificación de la experiencia. Apéndice B, escenario 8:

S-72: Yo lo he pensado también en separarme (...) y ahorita definitivamente ya me toca porque yo no quiero seguir viviendo así.

S-78: La toma de decisiones y asumir las consecuencias, que a eso yo le tengo miedo. Miedo a estar sola (silencio, lágrimas)... miedo a estar sola.

S-89: Pues yo pienso que ser consciente. Consciente de mis debilidades, de mis miedos y empezar a trabajar eso. Porque es que yo no puedo anularme (...) como persona para que otros logren su objetivo. ¿Y los míos qué? (...) eso me tiene que ayudar a hacerle frente a la nueva situación porque sí, definitivamente yo no puedo seguir así, conmigo. Así lo ame y lo adore y me sienta protegida y me de cierta seguridad pero no, es muy costoso.

En síntesis, la deconstrucción narrativa del discurso profesional promovió la emergencia de relatos alternos que facilitaron el reposicionamiento del psicólogo consultante en el sistema familiar, lo cual posibilitó en sus miembros el reconocimiento de sí mismos como gestores de cambio, desde la co-responsabilidad en la construcción del

problema. A partir de la reconfiguración del relato identitario, producto del reconocimiento del self en relación, se generaron nuevas dinámicas de interacción en la familia que a su vez permitieron el ejercicio de la autonomía en la co-construcción de realidades alternativas que trascienden el escenario terapéutico.

Comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología. Se introduce la presente categoría a través de las consideraciones de Umbarger (1983), quien a su vez hace referencia a Salvador Minuchin (1974, citado en Umbarger, 1983) para definir el rol como la posición entre los miembros de la familia. Tal concepto se puntúa desde los patrones de conducta por medio de los cuales la familia se organiza estructuralmente y asigna funciones necesarias. No obstante, se precisa la pertinencia de involucrar los contextos culturales circundantes, estratos socio-económicos, periodos históricos, aspectos interaccionales y elementos estructurales para consolidar la construcción del rol. Por su parte, Deutsch y Krauss (1970) refiere que “el rol consiste en el sistema de expectativas que existen en un mundo social que rodea al ocupante en una posición, expectativa referente a su comportamiento hacia los ocupantes de otras posiciones” (p.165).

Historias. A partir de las diferentes voces que integraron las familias participantes, el rol del psicólogo fue configurado narrativamente a través de semánticas asociadas a la experticia y la asunción de una postura jerárquica en la relación con el otro, lo que invitó pragmáticamente a la intervención directa del psicólogo como responsable del manejo del conflicto, excluyendo -en principio- el contexto terapéutico como alternativa frente a la resolución del malestar.

Sin embargo, ante la *ineficacia continua* en los efectos de las acciones implementadas para generar el cambio, la experiencia de fracaso y frustración se organizó

mediante la integración de los significados asociados al incumplimiento de las expectativas externas, instauradas a partir del rol asumido en el sistema familiar.

Las voces de los integrantes de las familias consultantes puntuaron en consecuencia, historias desde las cuales se atribuyó al profesional de psicología la responsabilidad de hacer frente al conflicto, a partir de semánticas que asociaron el conocimiento disciplinario a la intervención del mismo, generando consigo la des-responsabilización de los miembros de la familia frente al problema clínico y el silencio posterior ante el fracaso de la expectativa dispuesta. Apéndice B, escenario 1:

Cuando digamos ocurre conflicto o algo así, mi papá es como: es que tú eres psicóloga, tú vas a ser psicóloga, tú deberías saber manejar eso, o mi hermana también: es que usted va a ser psicóloga, usted debería esto y me viven recriminando mucho, yo creo que voy a ser psicóloga, no puedo permitirme digamos sentir rabia, que como voy a ser psicóloga no puedo ni un momento alterarme, siento peso, entonces en ese sentido (E-59).

Cuando la familia responsabilizó al psicólogo consultante del ejercicio profesional dentro del sistema familiar, y se generó insatisfacción ante la esperanza de ayuda, los integrantes de la misma descalificaron al individuo, desdibujando a su vez el rol de hija/madre/pareja –dentro de la estructura familiar-. Para este momento, emergió la experiencia de frustración y desesperanza en el psicólogo, organizada a partir de la exclusión semiótica del rol familiar.

En tanto las psicólogas consultantes buscaron ubicarse desde el doble rol –aporte novedoso que emerge en el desarrollo de la investigación-intervención- al interior del

sistema, su participación fue invalidada desde el posicionamiento familiar y profesional, pues al asumir la demanda de ayuda frente al malestar de la familia (divorcio, problema del hermano, depresión), sus integrantes les negaron la posibilidad de indagar y profundizar sobre las relaciones, desautorizando su intervención mediante la visibilización de los límites en la estructura –recordando la coexistencia del rol de hija/madre/pareja-, lo cual tuvo un impacto significativo en la construcción identitaria de las profesionales en psicología –al ser excluidas y desconocidas a partir de las diferentes posibilidades de acción-. Apéndice B, escenario 2:

Yo lo asumí desde muy pequeña, o sea desde el momento en que yo vi a mi mamá en el colapso total, pues yo asumí eso, ayudarla, estar ahí etc. y luego pues ya traté hacer lo mismo con Esteban y no pude o sea él nunca dejó nada, él me rechazó y me decía: Usted es la chiquita, usted aquí no me viene a decir nada, y también lo intenté con mi papá y también fue tenaz porque también me le metí en cosas que no debía y entonces me dijo: Usted aquí no tiene que estar, entonces la que me lo permitió fue mi mamá y yo intenté hacerlo con todo el mundo y obviamente unas personas no me dejaron. Entonces, ahí como que otra vez cuál es su lugar y póngase en su lugar y en eso estoy y es difícil, ¿Cuál es mi lugar? (H_PSI-54).

Ante la asunción de múltiples roles y siguiendo las expectativas del sistema familiar, Catalina, Antonia, y Sandra narraron el sufrimiento desde la “saturación”, asociado a semánticas de ineficacia, ofreciéndoles la evasión de los mismos como medio de exclusión a nivel pragmático.

La atribución del rol profesional por los miembros de las familias participantes, constituyeron el relato dominante del sistema consultante, el cual fue configurado por semánticas de poder y experticia que favorecieron la adjudicación de la responsabilidad al psicólogo, sobre la resolución del problema emergente al interior de la familia.

Desde esta mirada, en tanto la voz de las psicólogas consultantes privilegiaron el relato profesional, crearon una versión hipotético-explicativa sobre la dinámica interaccional del sistema familiar, precisando a su vez el procedimiento que desde su construcción semántica posibilitó el proceso de cambio y la emergencia de bienestar en los miembros que lo integran. Se invisibilizó de este modo, la construcción de mundos posibles, invalidando la participación de los actores que conformaron el sistema terapéutico como creadores de los mismos.

En este orden de ideas, cuando las voces de los integrantes de las familias consultantes priorizaron el rol del psicólogo, emergió el relato dominante asociado a la responsabilidad profesional de atender a la demanda de ayuda, llevando al psicólogo consultante a la búsqueda individual de estrategias que favorecieran la aparición del cambio, excluyendo al otro en la asunción de su rol familiar y la responsabilidad correspondiente frente a la construcción del problema: “digamos en un principio digamos yo con lo que había aprendido entonces yo trataba como de... de aplicarlo un poco” (Apéndice B, escenario 1, E-12).

Precisando las particularidades emergentes en cada caso o familia participante, se destaca que cuando el padre de Catalina encontró en su hija un apoyo en la figura profesional y recibió de ella una contestación a partir de la competencia de la disciplina, se

priorizó el relacionamiento desde el rol profesional, dejando de lado la interacción parento-filial.

Desde la voz de Sandra, se privilegió el dominio epistemológico de la psicología clínica como historia en su discurso, articulándose semánticamente como el criterio de validación y aprobación del terapeuta, y reflejado pragmáticamente en la aceptación y asistencia al proceso psicoterapéutico. En este orden de ideas, Sandra se posicionó desde el rol profesional en el contexto terapéutico, asumiendo una postura crítica frente a la formación académica y el ejercicio interventivo de la terapeuta, atribuyendo a lo anterior la decisión de iniciar el proceso -otorgando a su vez la responsabilidad sobre el éxito del mismo en términos de cambio- Apéndice B, escenario 3:

Pues yo me he sentido muy bien, pues como ha dicho Gera nosotros tuvimos un proceso con una terapeuta sistémica entre comillas, pero no, no, definitivamente no es sistémica. Y tuvimos sesiones con un psiquiatra también, pues sí nos ayudó, aportó, pero pues no sé nos toca como seguir trabajando porque es importante y la visión... yo le dije a Gera que me gustó mucho la terapeuta, me gusta mucho el enfoque, o sea el enfoque sistémico ya lo empezó a trabajar. Cuando tú dijiste la próxima sesión la pareja, pues, es así, estoy de acuerdo, pues nosotros tenemos que trabajar mucho como pareja para poder educar y guiar a los chiquitos (S-50).

A partir de tal posicionamiento, la experiencia fue narrada por la consultante desde la "esperanza y fe por el proceso", organizada a partir de semánticas asociadas al dominio epistemológico "Sí, yo le dije a Gera que me parecía buena la terapeuta, que me parece

bueno el enfoque, que me gusta mucho y yo le tengo mucha esperanza, mucha fe al proceso” (Apéndice B, escenario 3, S-52).

Igualmente, las semánticas sobre el conocimiento concerniente a la disciplina (psicología) -presentadas a través del relato dominante expuesto por Sandra-, favorecieron su posicionamiento desde el rol profesional, lo que invisibilizó la voz del sistema consultante desde los diferentes roles asumidos al interior de la familia y así mismo, excluyó la mirada del terapeuta en la comprensión del problema y la consideración de cambio. En este sentido, Sandra asoció la deserción de los procesos terapéuticos previos al desacuerdo con la intervención realizada por el/la terapeuta, con base en su propio *criterio profesional*.

En tanto Sandra se posicionó desde el rol profesional en la relación conyugal, se configuró jerárquicamente un relato de poder a partir del cual se juzgó la posibilidad-imposibilidad, capacidad-incapacidad del otro respecto a su comportamiento. En respuesta, al asumir el rol de psicóloga al interior de la familia, Gerardo señaló la emisión de sus acciones desde el ejercicio de dicho rol, cuestionando la competencia profesional a partir del cumplimiento de la función materna respecto a las tareas del ciclo vital familiar “Es que ella yo les pongo un castigo y se lo levanta en seguida, ¿qué psicóloga es esa?” (Apéndice B, escenario 3, G-95).

La narrativa privilegiada por el sistema consultante (Sandra y Gerardo) reconoció al profesional en psicología a través de versiones de poder que se evidenciaron en la elección del contexto terapéutico, a partir del conocimiento que el rol le otorga a Sandra, lo cual

generó una dinámica interaccional activo-pasiva entre los participantes, que invalidó la corresponsabilidad como premisa en el proceso de cambio.

Puntualmente, Gerardo responsabilizó a Sandra sobre la deserción de los procesos terapéuticos previos, relatando que ha sido ella quien ha tomado la decisión de finalizar o dar continuidad, otorgándole el poder de elegir desde su rol y criterio, y posicionándose desde narrativas que destacan una postura de sumisión, pasividad y dependencia en la relación.

Respecto a la interacción conyugal, en tanto Sandra se ubicó desde el rol de profesional en la relación con Gerardo, se excluyó de la experiencia de pareja invisibilizando los recursos emergentes en la misma e invalidando el proceso de co-construcción de bienestar, al privilegiar relatos disciplinarios que precisaron métodos y procedimientos para "mejorar la relación" (Apéndice B, escenario 3, T-14). Si bien Sandra reconoció los avances experimentados a partir de los acontecimientos puntuados, precisó la necesidad de ejecutar acciones específicas a nivel procedimental para favorecer la relación de pareja, lo cual fue rechazado por Gerardo al manifestar rigidez en su planteamiento, invitándole a reconocer el cambio a través de la experiencia de ser pareja. Apéndice B, escenario 3:

Para ella puede ser igual para mí no, pues si ella lo ve así, ella es la que tiene que tomar la decisión, para mí ha sido un cambio, yo porque me voy a dejarlos o lo que sea si yo sé que sí hubo cambios en mí, pues si ella ve que no encajo pues que ella tome la decisión de irse (...) el punto de la pareja está medio superado, aquel punto

de falta de autoridad con respecto a los niños, yo no tengo autoridad, en ningún momento, siempre la pierdo (G-101).

Retomando el rol familiar a partir de la voz Gerardo, éste fue comprendido a través de semánticas asociadas al reconocimiento de su lugar en la familia, construcción a partir de la cual precisó discursos asociados a la crianza a fin de posibilitar su inclusión – pragmáticamente- en el sistema familiar desde la representación de autoridad.

De este modo, se comprendió el rol parental/ mediante las definiciones preconcebidas y versiones sustentadas a partir de semánticas asociadas a su ejercicio, considerando modelos socio-culturales referentes, que llevó a los individuos a asumir funciones emergentes en los relatos dominantes sobre "cómo debería ser un buen padre/psicólogo".

El sistema conyugal (Sandra y Gerardo) privilegió la versión de autoridad manifiesta por uno de los integrantes del mismo, la cual propuso un modelo de crianza tradicional en el marco de un contexto diverso, configurándose como relato dominante en la construcción de parentalidad, y limitando la posibilidad de atender- mediante la participación de los miembros- las necesidades del contexto local. Esto llevó al cumplimiento de reglas y normas al interior del sistema familiar –a nivel pragmático-, que en el relato de sus integrantes, se asoció a semánticas de fracaso.

En línea con lo anterior, el sistema consultante comprendió el rol parental a partir de significados asociadas a la asunción de la autoridad desde la individualidad, lo cual dificultó en términos pragmáticos el ejercicio de funciones parentales compartidas, la construcción de acuerdos y la acción conjunta frente al subsistema filial, dando paso a la

fragmentación de la relación parental. En consecuencia, al fraccionarse la comunicación en la diada parental, se configuraron semánticas de sustitución, lo que permitió considerar prácticas de exclusión del otro en la parentalidad -es decir que pragmáticamente se invalidó la participación conjunta en la toma de acción y decisión en la crianza, desvirtuando la noción de autoridad-. Apéndice B, escenario 3:

Yo no tengo autoridad, en ningún momento, siempre la pierdo, vuelvo y lo reitero (...) cuando yo les digo no, ellos se van y ella les dice sí, y hablan solos, y si se emberracan se van los tres solos a almorzar (G-101).

En síntesis, la emergencia del sufrimiento ante la fragmentación de la pareja, llevó al posicionamiento de sus integrantes desde lugares opuestos/extremos, desde donde se definió la diferencia –entre sí- como la principal fuente del conflicto, contemplando en consecuencia la posibilidad de separación en la relación. A partir de la interacción emergente, el subsistema filial trasgredió los límites de la relación de pareja, posicionando su relato como la versión privilegiada de la realidad –desde la construcción de autoridad-.

En línea con lo anterior, el rol familiar y profesional fue concebido narrativamente - en el sistema consultante- a partir de historias que priorizaron semánticas socio-culturales sobre el ser pareja, padre/madre, familia, profesional, lo que pragmáticamente determinó la búsqueda continua del otro como una acción de confirmación y seguimiento de las construcciones contextuales, a pesar del malestar emergente en la relación.

Específicamente, Sandra comprendió la autoridad desde el ejercicio del rol paterno, encarnado en la figura masculina, así mismo, asoció la presencia de la figura femenina como sinónimo de compañía y afecto, lo que se configuró como semántica que mantuvo la

relación de pareja independientemente del desacuerdo con el otro -puesto que al otorgarle un valor privilegiado a este último factor, se plantearía la disolución de la diada como posibilidad-.

El posicionamiento de Sandra en la familia desde el rol profesional, por otra parte, articuló su relato sobre el cambio a través de semánticas asociadas al cumplimiento estricto de las expectativas expuestas al iniciar el proceso interventivo, lo cual favoreció -ante el fracaso de las mismas- la emergencia de señalamientos sobre el tratamiento del motivo de consulta, la intervención del mismo y la decisión sobre la convocatoria de quienes en su consideración, debieron participar activamente en el escenario interventivo, descalificando el rol y la competencia profesional del equipo investigador-interventor.

En coherencia con lo anterior y con el respaldo de Sandra, Gerardo emitió un juicio de valor sobre el proceso interventivo, descalificando también el ejercicio profesional del equipo terapéutico y el propósito de la psicología como disciplina, frente a la experiencia de cambio -concebida desde el *fracaso* debido a las condiciones de incertidumbre que se plantearon en la movilización propiciada, y el distanciamiento con aquello que se espera como tal-. Apéndice, escenario 3:

Lo que decía Sandra, estoy totalmente de acuerdo y no veo, no veo, por ningún lado, un enfoque o una directriz hacia un punto determinado (...) como yo digo, no, ni siquiera nos ayudó a organizar los *cassettes* de la vida, entonces seguimos en lo mismo (...) los resultados yo los veo más negativo que cualquiera. Vinimos, o yo vine, sencillamente por educación, porque estoy viendo que aquí la orientación (...) no fue, el que yo creí (...) Y lo de los niños, pues sí, mejor dicho, “que es problema

nuestro”, entonces yo me pongo a pensar, ¿entonces un psicólogo por qué hay en los colegios, por qué uno también los tiene en la universidad? Entonces más caótico que esto es la posición de ustedes (G-21).

En este sentido, el contexto terapéutico fue significado por el sistema consultante, a partir de los relatos dominantes asociados al conocimiento experto, lo que implicó para el equipo investigador-interventor, atender a la confrontación efectuada sobre la exigencia en el seguimiento de directrices que –en consideración del psicólogo consultante- favorecerían procedimentalmente la consideración de cambio.

En conclusión, las historias narradas en este apartado hicieron referencia principalmente al doble rol asumido por el psicólogo consultante en el sistema familiar y posteriormente en el contexto terapéutico, advirtiendo las implicaciones de la posición jerárquica establecida, la cual ubica a los miembros de la familia en un rol pasivo frente a la atención del problema, y al profesional en psicología en un rol activo que lleva consigo la responsabilidad de su resolución.

Por consiguiente, las narrativas dominantes que sostuvieron la experiencia de los sistemas consultantes con un psicólogo en su composición, hicieron hincapié fundamentalmente en semánticas asociadas al desconocimiento del lugar que tiene el profesional en psicología en el contexto familiar, puesto que en primera instancia es descalificado desde su rol académico por los miembros que lo integran –a partir del incumplimiento de sus expectativas- y en un segundo momento, es excluido pragmáticamente del rol estructural correspondiente en la familia; dinámica que se vislumbró isomórficamente en el escenario terapéutico cuando el psicólogo consultante –

bajo su investidura- buscó validar la competencia profesional del colega interventor, adjudicando la emergencia del cambio únicamente a la praxis clínica propuesta por éste.

Memorias. Las memorias asociadas al concepto de rol, emergieron a partir de la experiencia de insatisfacción vivida por el consultante psicólogo al interior de la familia. A través de los escenarios desarrollados, surgieron cuestionamientos que confrontaron la vivencia humana desde el rol familiar y el conocimiento disciplinario, llevando a la familia a la búsqueda de apoyo externo.

En tanto el psicólogo consultante y/o psicoterapeuta se posicionaron como co-constructores de realidades diversas, el primero se asumió como experto de su propia vida y, el terapeuta se concibió a sí mismo como facilitador de procesos reflexivos en el contexto interventivo. Al develar la experiencia de sufrimiento en la dinámica familiar, se observaron e interpretaron las relaciones desde el rol correspondiente al interior de la misma, lo cual favoreció una aproximación frente a lo humano a partir del reconocimiento de sí y del otro, permitiendo la deconstrucción del rol profesional.

En coherencia con lo anterior, las conversaciones psicoterapéuticas permitieron la deconstrucción narrativa de los relatos de poder –asociados a epistemes psicológicas- facilitando que el psicólogo consultante se integrara al sistema consultante desde el rol familiar. En este sentido, se generaron memorias que favorecieron la emergencia de nuevas visiones en el marco de la relación y la co-responsabilidad entre los miembros de la familia, propiciando su posicionamiento como agentes activos de cambio frente a la experiencia de sufrimiento narrada. Al descentralizar el rol profesional en el contexto terapéutico, se

puntuó y compartió el posicionamiento que cada uno de los integrantes de la familia asumió en la misma como herramienta de cambio. Apéndice B, escenario 2:

M-106: ¿En qué momento Catalina se convirtió en mi mamá? ¿Cambiamos de rol?

Nos toca trabajar sobre eso...

H_PSI-87: Me ha permitido poder estar bien con él, poder escucharlo, respetarlo y asumir el papel de hija y pues me duele porque tuve que pasar por cosas feas para darme cuenta que eso es lo que hace una hija, porque antes yo me sentía que podía regañarlo.

Retomando la parentalidad a la luz de las particularidades del proceso terapéutico, se destaca que al partir de la emergencia de relatos subdominantes provenientes de las voces del subsistema filial, se favoreció el tránsito de la experiencia vivida a la experiencia narrada, lo que permitió la reconstrucción del rol parental al interior de la familia, desde la lectura de las necesidades propias del contexto local. Gerardo por su parte, reconoció su experiencia de ser padre como fuente de conocimiento en el proceso de crianza, sin embargo, comprendió el impacto de su intervención en el subsistema filial, lo que facilitó la identificación de elementos que desearía implementar y modificar –en el sistema familiar– en función de los significados asociados.

De este modo, al incluir el conflicto como parte de la experiencia, los consultantes resaltaron la importancia de asumir un rol familiar que permitiera el ejercicio de las funciones parentales, mediante el reconocimiento de recursos conyugales, comprendiendo la construcción de la parentalidad a partir semánticas asociadas a la comunicación –como

herramienta- entre los integrantes de la pareja, lo cual pragmáticamente llevó a la participación conjunta en las decisiones concernientes al subsistema filial.

Siguiendo dicha formulación, los miembros del sistema consultante identificaron en la ruptura de la comunicación (entre sí) un aspecto que favoreció la disolución de la parentalidad y la autoridad, dando lugar al juicio individual y posteriormente, a la emergencia de la corresponsabilidad frente a la experiencia de fracaso.

A lo largo del proceso terapéutico, emergieron relatos subdominantes que visibilizaron los recursos personales, semánticamente significados en términos de complementariedad, lo que permitió considerar la co-construcción de la parentalidad a partir de la consolidación de pareja. Apéndice B, escenario 6:

G-256: Lo que yo sí quiero es que formemos nuestra familia, que yo vivo diciéndole todo el tiempo “su mamá y sus hermanos ya nos son, somos nosotros cuatro (...)”

El problema es externo para conformar nuestra familia, porque es muy amplia, por el lado de ella.

G-258: Pero entonces eso es lo que quiero que hablemos, ella y yo, sin ustedes – equipo terapéutico- (risas), pero para entenderlo.

Concluyendo lo anterior, el sistema conyugal (Sandra y Gerardo) destacó una versión alternativa en la construcción de pareja, a partir de la construcción narrativa del rol familiar desde un marco individual, lo que propició la emergencia de semánticas asociadas a la diversidad, favoreciendo la complementariedad como recurso de la misma. Si bien los consultantes se posicionaron desde la generalización del conflicto, a través de la

conversación surgió la posibilidad de reconocer las diferencias mediante el reflejo del otro, dando lugar a la reciprocidad y el intercambio complementario entre sí.

Las memorias emergentes a lo largo del presente apartado, destacaron el escenario interventivo como un espacio que favoreció la deconstrucción del rol profesional asumido por el psicólogo consultante en el sistema familiar, proceso que posibilitó la humanización de la experiencia mediante semánticas que lo redefinen como *experto en su propia vida*, e invitan a la coparticipación de los integrantes de la familia en la construcción del cambio como agentes activos del mismo.

Relatos alternos. A partir de las diferentes voces participantes en los escenarios desarrollados, se relató la experiencia mediante la deconstrucción narrativa del rol profesional –realzando con ello el surgimiento del factor humano–, lo que favoreció el reposicionamiento de las psicólogas consultantes en la familia y en consecuencia, su re-inmersión en la dinámica relacional familiar.

Al resignificar la construcción de sufrimiento desde la experiencia humana, se generaron nuevas formas de relación en la familia, que promovieron el posicionamiento activo de sus miembros en la construcción de posibilidades –frente a la emergencia de dificultades–. Apéndice B, escenario 2:

P-102: Cada vez me doy cuenta que el rol de papá es una responsabilidad tan grande y tener la capacidad de borrón y cuenta nueva (...) y sí uno siempre les da la mano, un hijo es un hijo.

M-118: Cuando ya me llamó un día –hablando de Catalina– por Skype y me dice (...) que me devuelvo y yo ay qué bien y ¿A dónde vas a vivir con John? No que

cada uno va para su casa y lo de dije: Ay mamita yo sí creo que ya no te puedo recibir porque yo ya lloré tu vida.

En el caso de Catalina, el padre resignificó el posicionamiento de su hija en el sistema familiar mediante la reconfiguración de su propio rol (paterno). No obstante, aunque le reconoció desde el rol familiar, no le ubicó –en principio- en la etapa de desarrollo correspondiente, lo cual se evidenció a través del estancamiento del sistema familiar en el ciclo vital. Se reconoció la voz de la hija desde la adultez, asociándole a la responsabilidad externa del rol profesional.

En síntesis, se reconfiguró el rol paterno-filial a partir del reconocimiento del otro en la relación, evocando consigo la emergencia de relatos que favorecieron la evolución de los miembros de la familia participantes -involucrados dentro del marco del ciclo vital correspondiente-, reconociendo a su vez la permanencia del rol familiar incluso desde la transformación del mismo.

En el proceso terapéutico específicamente, Sandra asumió su rol estructural en el sistema familiar, lo que a su vez posibilitó el reconocimiento del otro en la interacción, favoreciendo la reconfiguración de la dinámica relacional. En el caso de Catalina, la experiencia narrada desde la voz materna periférica en la familia, le permitió observar al sistema familiar caminos alternos en la construcción materno-paterno-filial, constituyendo un referente significativo en la ejemplificación de posibilidades diversas del individuo en relación –a partir de los distintos posicionamientos en la interacción intrafamiliar -.

Volviendo al proceso interventivo, se deconstruyó la narrativa dominante presentada por Sandra asociada al rol del psicólogo como quien "puede cambiar al otro"

(configurada a partir de semánticas propias del discurso profesional), a través de la emergencia de relatos alternos que privilegiaron la humanización de la experiencia, favoreciendo la redefinición del mismo por el rol familiar correspondiente, desvirtuando la práctica profesional al interior de la familia y, asumiendo en consecuencia el lugar de consultante en el contexto interventivo. “Eh esa era mi apuesta, esa era mi apuesta como psicóloga (...) Claro, uno como psicólogo cree que puede cambiar a otro” (Apéndice B, escenario 8, S-68).

A partir de los relatos alternos presentados, se destaca la actualización de la experiencia a través semánticas de *humanización*, noción que precisó la oportunidad de construir múltiples realidades. En coherencia con ello, se evidenció la creación de nuevas formas de relación en los sistemas consultantes, mediante las cuales el self se reconoce y se reinventa, identificando en él mismo y el otro el marco de posibilidades en la gestión de los problemas humanos.

Construcción narrativa de la demanda de ayuda. Se define la presente categoría precisando los postulados teóricos de White y Epston (1993) quienes refieren que la narrativa de las personas que exponen un motivo de consulta, suelen presentar una construcción de la situación como imposible de cambiar y, se encuentran saturadas del problema, es decir que se perciben a sí mismas y/o a otros únicamente desde su experiencia vivida/narrada del problema. Sumado a lo anterior, la construcción narrativa de la demanda de ayuda se encuentra fuertemente vinculada a la solicitud puntual presentada por el sistema consultante al sistema de ayuda, en el orden del marco de expectativas frente al desarrollo del proceso terapéutico.

Historias. Los actores sociales que integraron los sistemas participantes, construyeron narrativamente la demanda de ayuda mediante una solicitud doble en el contexto terapéutico. En primer lugar, se destacó el interés de atender y resolver el motivo de consulta que principalmente llevó a la familia a considerar la psicoterapia, en un segundo plano –paralelamente, de manera analógica y encubierta-, las psicólogas consultantes buscaron reafirmar su posicionamiento profesional al interior del sistema familiar, a través del proceso de cambio –a partir del ejercicio clínico propuesto por su colega- como alternativa –y medio de *reivindicación*- frente al fracaso de su intervención previa.

A fin de ejemplificar el contenido señalado, en el segundo escenario, Catalina percibió en el rol del psicólogo una posibilidad de ayuda, motivo por el cual tomó su lugar en el sistema familiar. No obstante, fue a partir del rol de hija que ejerció la función de apoyo, asumiendo la *carga* de su familia bajo la insignia profesional.

Volviendo al punto de referencia inicial, se evidenció el relato profesional como narrativa dominante, a partir del cual –semióticamente- se sugirió al colega psicoterapeuta el procedimiento interventivo –significado como el “adecuado”- para atender al motivo de consulta referido por el sistema familiar. En coherencia con lo anterior, las psicólogas consultantes narraron la demanda de ayuda desde el relato de la experticia profesional, siendo la obediencia en el cumplimiento de las directrices ofrecidas –de su parte-, el predictor de cambio en términos de resolución del problema.

Si bien se reconoció la importancia del reposicionamiento del psicólogo en la familia, el cambio propuesto de su parte fue significado como un movimiento que conlleva

“un costo emocional muy alto” para éste, favoreciendo la cristalización de relatos dominantes en torno a la construcción del rol profesional y el relacionamiento jerárquico asociado en el sistema familiar y terapéutico, dificultando a su vez la emergencia de miradas alternativas en la línea de bienestar y así mismo, la creación de nuevas formas de relación con los integrantes de la familia.

En tanto el psicólogo se posicionó como experto, se ignoró o invalidó el sufrimiento como parte de la experiencia humana, negando la expresión del mismo desde el rol familiar, lo cual desde la versión del padre de Catalina se vislumbra al referir: “Nunca pensé que una psicóloga necesitara de un psicólogo” (Apéndice B, escenario 2, P-97).

De este modo la asunción del rol profesional anuló la vivencia humana de las psicólogas consultantes, al atribuirles el símbolo de salud mental, impidiendo con ello la posibilidad de expresar los pensamientos y emociones asociadas al sufrimiento –desde su lugar estructural en la familia-, situación que llevó al desequilibrio del sistema respecto a la sobrecarga generada en uno de sus miembros (hija/pareja psicóloga), y en consecuencia, al malestar experimentado en el intento de satisfacer las expectativas familiares bajo el relato privilegiado de ayuda -atribuido a partir de la comprensión del rol profesional-.

Específicamente, en el caso de Sandra y Gerardo, al configurarse la resolución del motivo de consulta -del sistema familiar- como demanda de ayuda, se evidenciaron –en las voces de los participantes- historias que enmarcaron la crianza y el proceso de desarrollo del subsistema materno-filial, a través semánticas que resaltaron la adolescencia como una etapa "crítica", lo que fue atribuido a la parentalidad desde la comprensión de “un manejo inadecuado”.

En coherencia con lo anterior, el sistema consultante trajo pragmáticamente al contexto terapéutico las voces de los integrantes del subsistema filial, mediante el relato dominante que puntuaba a los hijos como portadores del síntoma, en tanto se precisó semánticamente la intervención sobre los mismos, a fin de atender la demanda de ayuda.

En los primeros encuentros, Sandra y Gerardo destacaron el mantenimiento del síntoma familiar, a pesar de la participación de diferentes profesionales en salud mental en la historia conyugal, lo cual llevó al sistema consultante a desertar de los procesos interventivos previos. En relación con el contenido expuesto, se evidenciaron semánticas que resaltaron "la necesidad de control", reconociendo en el contexto terapéutico – semióticamente- un espacio para identificar las causas que constituyen el problema, llevando a la continua búsqueda de la intervención *propicia* por parte de los participantes.

Desde éste punto de vista, la demanda de ayuda –en el proceso terapéutico desarrollado- fue configurada narrativamente mediante la necesidad de cambio, significada en la voz de Gerardo como la posibilidad de "no seguir en lo mismo, no hacer lo mismo y no repetir", y en la participación de Sandra, como la oportunidad de ser validada en su rol profesional a través de la práctica interventiva que permita la resolución del problema puntuado; elucidando la emergencia de una doble demanda de ayuda –como es mencionado al inicio desde una mirada global y compartida en los diferentes casos-. Apéndice B, escenario 3:

G-86: Yo estoy aquí es por los niños, por la familia.

S-87: Lo que nos está motivando, me está motivando a mí es lo que Gera dice o sea, es porque yo ahorita con los niños ya adolescentes, ellos están en su época crítica de

la adolescencia; Sebastiancito de pronto no maneja su impulsividad y de pronto se desespera cuando Gera es muy agresivo o muy reiterativo con las cosas y Norbertico también está respondiendo feo. Entonces, eso me angustia mucho porque yo soy una adulta y yo soy psicóloga y yo estoy aprendiendo a manejar la situación con Gera, o sea, ya no tengo el miedo de que me va a matar (...) Pues me ha servido todo, lo de psicología, lo de psiquiatría me ayudó bastante, pues también mi carrera obviamente (...) pues ya es conocerlo, ya lo conozco, ya sé cómo es él, y a él le encanta decir las cosas una y otra vez, y hable y hable (...) ya no me hace daño, ya lo sé manejar. Pero entonces me preocupan los dos niños que ellos no lo saben manejar (...) yo ya lo manejo pero con los niños sí me angustia mucho porque los niños son adolescentes y ellos están en una época muy difícil que le pueden llegar a responder a Gera.

Del mismo modo, la pauta relacional de poder y sumisión configurada en el sistema consultante –desde la demanda de ayuda *encubierta* por el psicólogo consultante-, fue trasladada a la relación terapéutica –pragmáticamente- a partir del relato de dependencia manifiesto en el caso de Gerardo y Sandra, otorgando –de manera isomórfica- al profesional tratante, la responsabilidad de dar solución al problema.

Desde este punto de vista, el mantenimiento del malestar al interior de la familia llevó a Gerardo a continuar descalificando a Sandra en su rol profesional –ubicando sobre ella la responsabilidad de cambio-, y evadiendo simultáneamente su participación en el proceso de cambio al asegurar el cumplimiento y seguimiento de las recomendaciones del profesional elegido por ella.

En este sentido, la demanda de ayuda fue narrada a partir de la historia que perpetuó la pauta de deserción frente al contexto terapéutico, desde la cual se hizo referencia al interés de asistir en coherencia con el propósito de cambio y a su vez, se presentó la deserción como posibilidad, atribuyendo la decisión de permanecer o finalizar el proceso interventivo, al funcionamiento *efectivo* -frente al cumplimiento de las expectativas preconcebidas- del sistema terapéutico. Apéndice B, escenario 3:

A mí me causa un trauma que ella es universitaria profesional, especialización, y cree en todo lo que le digan y fuera de eso está mal, si el psiquiatra le da una pepita o media pepita para que duerma, para que se desestrese o algo, no me la tomo porque ya me va a creer loca, así comenzó (...) Entonces, mejor dicho si uno va a someterse a un tratamiento es con todo, si yo estoy acá me someto a lo que me digan (G-60).

Concluyendo, la demanda de ayuda fue narrada en el contexto interventivo privilegiando la resolución del motivo de consulta en la voz de las familias participantes y, en segundo lugar, a partir de la *reivindicación* del rol profesional en el sistema familiar por parte del psicólogo consultante, solicitud que propició la manifestación de prácticas de control –por el profesional en psicología- en la interacción con el psicoterapeuta tratante, ante la *necesidad* del cambio esperado.

Memorias. En términos generales, emergieron relatos subdominantes en la voz de los actores participantes desde los diferentes casos investigados, que limitaron el ejercicio profesional de las psicólogas consultantes en la familia, narrativas que surgieron como un intento por romper la pauta configurada al interior del sistema familiar – desde la cual se

buscó otorgar al psicólogo la responsabilidad de atender a la demanda de ayuda presentada en relación con el motivo de consulta, y por otro, responder a la demanda encubierta por el profesional en psicología sobre la validación del self académico, mediante la *promesa* de cambio en el escenario interventivo-.

Al vincular a las psicólogas consultantes desde el rol familiar en el proceso terapéutico, excluyendo la competencia profesional del espacio interventivo, se logró co-responsabilizar a los miembros de la familia frente a la configuración de la dinámica *problemática*, generando una mirada ecológica e interaccional que en consecuencia, posibilitó la co-construcción de horizontes alternativos ante las dificultades presentes.

Apéndice B, escenario 2:

Ese proceso me saca de una crisis, entonces me lleva a pensar que tengo que organizarme, que mi sitio es de hija y de hermana no de salvadora, ni de psicóloga ni de nada entonces me ayuda a organizarme por un tiempo (H_PSI-60).

Puntualmente, la construcción narrativa de la demanda de ayuda en el caso del proceso terapéutico, fue redefinida a partir de la visibilización de versiones subdominantes en el relato de Sandra y Gerardo, a través de las cuales se incluyó una mirada relacional, al concebir la participación de ambos participantes en la construcción del problema y la configuración del cambio. Es decir que en tanto los miembros del sistema consultante asumieron la corresponsabilidad en la emergencia del problema, se modificó la demanda frente al equipo terapéutico, puesto que los actores se concibieron a sí mismos como gestores de cambio, a partir del ejercicio de co-construcción generado en las conversaciones enmarcadas en el escenario terapéutico.

De este modo, las memorias emergentes permitieron la definición narrativa de la demanda de ayuda a partir de la significación del contexto interventivo como un espacio de creación de cambio, lo que condujo pragmáticamente al posicionamiento de los consultantes en dicho escenario como agentes activos en la construcción de realidades alternas que promueven la experiencia de bienestar. En este sentido, el sistema conyugal privilegió el espacio terapéutico como un lugar de encuentro de pareja y reconstrucción de la misma. Apéndice B, escenario 5:

Chévere que como están ahoritica solos, también pueden estar solos cualquier día (...) mi jefe tiene planes de cinemania (...) me dijo, “tengo boletas para ir a ver una película (...) y le dije, “no, yo no puedo ir porque los dos estábamos sin trabajo, y estamos yendo a psicología” y pues más o menos le conté (...) y dijo, “bueno entonces en otra oportunidad lo invito”... mmm entonces son hechos que pueden suceder entre semana, dejando a los niños allá en la casa solitos y uno tener algo de esparcimiento, algo de... otro tiempo de intimidad (G-117).

Sintetizando, a través de las voces de Sandra y Gerardo, se redefinió la demanda de ayuda mediante la emergencia de memorias que presentaron alternativas en la construcción de pareja, parentalidad y familia, lo que implicó la instauración de límites con terceros y elementos provenientes de la historia personal de los integrantes del caso, comprendiendo el escenario terapéutico como un espacio de creación, y los consultantes los protagonistas en términos de innovación.

Si bien Gerardo destacó el involucramiento de la familia extensa en la pareja y el impacto de ésta sobre la consolidación de pareja y familia nuclear, se involucró a sí mismo

en la lectura interaccional, responsabilizándose de las acciones que de su parte habían favorecido el mantenimiento de la pauta, y resaltando con ello la pertinencia de reconocer las necesidades mutuas para facilitar la reconstrucción del sistema conyugal, parental y familiar.

Los relatos subdominantes que emergieron en este apartado surgieron esencialmente como consecuencia del reposicionamiento del psicólogo consultante desde su rol estructural en la familia, presentando narrativamente como demanda de ayuda única la intervención del problema que sustentó el motivo de consulta del sistema familiar. En este sentido, se comprendió su co-construcción ecológica, privilegiando las relaciones como medio de transformación, y el contexto interventivo como escenario de cambio.

Relatos alternos. En general, los participantes de los escenarios desarrollados destacaron la disolución de la doble demanda en el contexto terapéutico, posterior a la deconstrucción narrativa del doble rol de las psicólogas consultantes. De este modo, los relatos emergentes en los sistemas consultantes puntuaron la experiencia desde el sentido *humano*, haciendo referencia a la expresión *libre* de pensamientos y sentimientos desde la voz del miembro psicólogo, lo que en primer lugar le reafirma como *ser humano* y posteriormente, le integra a la experiencia del sistema familiar desde el rol estructural en la misma.

En consecuencia, los integrantes de la familia asumieron su participación en la construcción del problema y con ello, su responsabilidad en la configuración del cambio, retomando su autonomía desde el reconocimiento de los recursos personales y desligando a

su vez *la dependencia* del equipo interventivo para favorecer su emergencia. Apéndice B, escenario 1:

E-23: Yo llegué como... esto es violencia, esto tal, conflicto, tal cosa y (...) es que tú estás parada desde una postura y te cambian todo de un momento a otro y rompen todas las hipótesis que tu tenías te dicen: no, tú estás inmersa ahí y... no es tan así como tú lo ves, entonces... es verdad, uno llega de una manera y uno le pone nombre a las cosas, pero después te lo cambian y entonces como: yo nunca había pensado en eso.

T-18: Cuando ya uno está en consulta y empieza a descubrirse como ser humano, empieza a descubrir que... ¡ah! sí la relación con mi papás es así, pero es que yo tengo que ver ahí ¿sí? (...) Ahí la cosa cambia porque ya no te posicionas como el profesional, el psicólogo que está en formación y quiere comprobar si esta estrategia sirve o no, o si esta teoría es, o si mi papá tiene tal diagnóstico o no ¿sí?, si no es... es un tema de relaciones, es un tema de vivir al otro, es un tema de comprender al otro, de escuchar al otro, de que yo también soy ser humano y resulta que también en esa relación tengo una intención.

A través de la voz de Sandra—en el caso del proceso terapéutico—, se comprendió narrativamente la demanda de ayuda mediante semánticas de alianza con el equipo de investigación-intervención, al exponer su expectativa basada en propiciar la emergencia de cambio en el otro (modificar lo indeseado para dar cumplimiento a las expectativas sobre el deber ser, desde los diferentes roles que desempeña), focalizando el problema y a su vez, la intervención del mismo desde una perspectiva individual; lo que determinó

pragmáticamente la búsqueda de confirmación constante en el sistema terapéutico, sobre el proceder “adecuado” para posibilitar la movilización.

Sin embargo, ante la confrontación de la experiencia vivida en la relación con el otro, desde la cual los consultantes se posicionaron como sujetos de acción, emergió la experiencia narrada basada en la separación de pareja como alternativa de cambio, a partir del reconocimiento del malestar encubierto en el intento de ser/existir a través del otro, postura desde la cual la presencia de éste implicó el desconocimiento del self.

Siguiendo éste orden de ideas, al finalizar el proceso terapéutico se redefinió la demanda de ayuda mediante los relatos emergentes asociados a la renuncia de la consultante a la pauta sintomática, -puesto que involucró la anulación del self en la relación y, la definición del mismo a través de la presencia del otro- lo cual llevó pragmáticamente al sistema consultante al cambio en términos de decisión.

En conclusión, a través de los relatos alternos se evidenció la disolución de la demanda de ayuda expuesta por los sistemas participantes al iniciar el proceso terapéutico. Lo anterior fue atribuido nuevamente a la *humanización* de la experiencia, mediante relatos que resaltaron la *liberación* del psicólogo consultante, a partir de prácticas de expresión verbal asociadas al sufrimiento emergente en el sistema familiar –entendiendo éste último como co-construcción del mismo-. En este orden de ideas, los actores participantes destacaron la corresponsabilidad de los miembros de la familia en la gestión del cambio, precisando en la autonomía un pretexto de separación del equipo investigador-interventor – y cierre del proceso terapéutico- y el principio de la creación de mundos posibles.

A continuación se presentan gráficamente los resultados emergentes en la investigación-intervención desde una mirada heterorreferencial. En la figura 12 se contempla la articulación entre los conceptos metodológicos y las categorías del Macroproyecto (historias, memorias y relatos alternos) que en conjunto permiten dar cuenta del cambio a lo largo del proceso desarrollado.

Resultados - Heterorreferencia



Figura 12 Resultados - Heterorreferencia

Ejercicio autorreferencial: Intervención y reflexión del equipo investigador-interventor

El presente apartado integra la autorreferencia de la investigadora-interventora, transversal al desarrollo de los escenarios narrativo-conversacionales que componen la investigación. Los resultados expuestos a continuación toman en consideración los relatos de los psicoterapeutas participantes en los escenarios 1 y 2, sumado a las narrativas del equipo terapéutico que acompañó el proceso interventivo del escenario 3 al 8. El contenido

se presenta a partir de las categorías del Macroproyecto: Historias, memorias y relatos alternos, iniciando con las particularidades de los casos tratados, y finalizando con los hallazgos emergentes frente al problema de investigación.

Historias. A través de la aproximación a los escenarios 1 y 2, se evidenció en un primer momento el interés de la investigadora-interventora por conocer -a partir de las voces de las psicólogas consultantes- desde dónde se puntuaba la realidad, haciendo la distinción entre el periodo previo a la formación académica en psicología, y posterior al desarrollo profesional. Si bien se resaltaron elementos particulares en cada uno de los momentos señalados, la categorización del contenido emergente en las conversaciones por parte de la investigadora, limitó las posibilidades de integración de la misma y con ello, la creación de nuevas comprensiones sobre los relatos asociados a la psicología como marco de referencia.

En coherencia con lo anterior y en conexión con las narrativas evidenciadas por los actores participantes, se comprendió la elección de iniciar la formación en psicología como alternativa -indirecta- ante la ausencia de elementos que favorecieran la explicación de los problemas y dilemas vivenciados principalmente en el núcleo familiar, acuñando a la capacidad argumentativa -en términos epistemológicos-, la experticia en el saber cómo *manejar y resolver* los conflictos propios de las relaciones humanas. Apéndice B, escenario:

Pues la primera vez que él estuvo interno yo tenía como 10 años (...) íbamos al grupo y escuchábamos a la psicóloga y hablábamos con la psicóloga y de ahí yo dije que me gustaba la psicología (...) desde ahí comencé con lo que yo quería ser

psicóloga; luego pues estudié psicología y no pues el tema de Esteban siempre nos ha rondado (H_PSI-16).

Desde éste punto de vista, la investigadora-interventora entendió narrativamente la experiencia de formación en psicología, mediante semánticas que otorgan al profesional el rol de *salvador*, en tanto le proporciona al individuo los elementos epistemológicos *necesarios* para implementar acciones orientadas al cambio. No obstante, a través de la co-construcción dialógica se vislumbró posteriormente cómo dicho posicionamiento –en contradicción con el propósito inicial- dificultó brindar una *ayuda* efectiva a la familia frente al problema presente, puesto que al interactuar con sus integrantes a través de éste, se excluyó el rol estructural en la misma, invisibilizando con ello el lugar del miembro psicólogo en formación y sus posibilidades de acción. Apéndice B, escenario 1:

Hay unas cuestiones en términos de teoría, dinámicas y demás que corresponden muy a tu carrera y, entiendo por otra parte que hay una expectativa del ir al psicólogo. ¿Cómo crees que estas teorías o estas perspectivas pueden involucrarse, pueden tener un lugar, puedan tener un papel frente a esas expectativas (...) tuyas? (I-I-8).

En relación con lo anterior y retomando la voz de los psicoterapeutas metaobservadores del primer escenario, se destacaron historias alrededor de la construcción del psicólogo – a partir de la mirada de los integrantes de la familia-, a través de semánticas de expectativa, “pareciera que esto fuera una esperanza en la familia que la hermana de Esteban fuera psicóloga o estudiara psicología para de alguna manera ayudarnos a nosotros como familia” (Apéndice B, escenario 2, I-I-27).

Sintetizando el contenido previo, la investigadora-interventora afirmó la experiencia de sufrimiento narrada por los sistemas participantes, a partir del posicionamiento del doble rol asumido por el miembro psicólogo en el sistema familiar, subrayando en primer lugar la atribución del rol profesional como reafirmación del self y en segundo lugar, mediante el cumplimiento de las expectativas que son atribuidas por los miembros de la familia a la construcción del psicólogo.

De este modo, se comprendió que cuando el profesional en psicología –consultante- se ubicó bajo la investidura académica, emergieron de su parte relatos asociados al discurso psicológico, los cuales además de generar versiones explicativas alrededor del síntoma otorgando al otro la responsabilidad del malestar, le excluyeron del lugar correspondiente en el sistema familiar, dificultando simultáneamente la intervención del problema mediante el ejercicio de la disciplina. No obstante, al buscar posicionarse en la familia desde una postura diversa, los integrantes de la misma demandaron su atención profesional, excluyéndole nuevamente de la dinámica relacional.

A partir de allí, la investigadora-interventora hizo énfasis en la organización de la experiencia de sufrimiento -vivida por el psicólogo consultante- mediante historias que destacan la imposibilidad de ser reconocido por los integrantes de la familia, evidenciadas pragmáticamente desde la exclusión de su lugar en la misma.

Atendiendo a la frustración profesional –ante el incumplimiento de las expectativas asociadas a la resolución del problema- y la anulación del rol familiar en el sistema, la investigadora-interventora asume la reafirmación del self y el reposicionamiento del psicólogo consultante en la familia, como aquello que motiva la búsqueda de ayuda

externa, siendo el escenario terapéutico posibilidad de ampliar el horizonte observado: “Retomando un poco lo que me comentabas al principio cuando decías es frustrante, me hace pensar que no sólo ellos te han dado este rol sino que tú lo has asumido...” “Y al asumirlo y ver que no cumples estas expectativas ¿genera tal frustración?” (Apéndice B, escenario 2, I-I-51-53).

A continuación se enfatiza sobre los relatos que surgieron en el equipo investigador-interventor desde una mirada autorreferencial a partir del proceso terapéutico desarrollado con el caso de Sandra y Gerardo, recogiendo a su vez las generalidades emergentes en los escenarios 1 y 2 asociadas al contexto interventivo.

Considerando la dinámica interaccional a través de la cual se hipotetizó la llegada del sistema consultante –que integra un miembro psicólogo- al escenario terapéutico, se presentó al equipo investigador-interventor una doble demanda de ayuda. En primer lugar, se advirtió desde la voz de los integrantes de la familia, la expectativa de atender el síntoma emergente a partir de las narrativas asociadas al motivo de consulta. En segunda instancia, se metacomunicó la validación del psicólogo consultante y su reposicionamiento desde rol profesional –en términos de competencia académica- como demanda *encubierta* a través de la cual se solicita analógicamente a las colegas psicoterapeutas, implementar una acción interventiva que promueva la presentación del cambio esperado. Apéndice B, escenario 3:

I-I-144: (...) si te das cuenta él lleva un juicio muy fuerte sobre su competencia profesional, juicio sobre el cual ella se queda callada.

T-145: No sé, me hace pensar también cómo ella siente que no ha sido validada igual, como que un tercero le permita sentirse respaldada, y bueno ya hemos ido a

psicólogos y mire que sí se puede cambiar y mire que los psicólogos sí servimos, no sé, se me ocurre un poco como también nosotros cómo entramos a jugar ese papel también para validarse ella en ese ejercicio.

En este sentido, las psicólogas consultantes plantearon una configuración jerárquica con el equipo investigador-interventor que les involucró en la interacción desde un rol de colegaje, al considerarse a sí mismos como líderes y voceros del familiar –a la luz de su formación académica-. De este modo, la experiencia de sufrimiento fue narrada de su parte mediante epistemes psicológicas que le llevaron a posicionarse desde la experticia en la relación con las psicoterapeutas, buscando ser reafirmadas en dicho contexto a partir del rol profesional, entregando pragmáticamente la responsabilidad del cambio al equipo terapéutico. Apéndice B, escenario 3:

Y esa demanda que él le hace a ella, ella, bueno, ella no, el sistema consultante nos lo hace a nosotros, como bueno, ya es la primera, la segunda, la tercera; ustedes tienen una responsabilidad muy grande y si no, entramos a qué, a descalificarlas porque es como la pauta de comunicación que ellos tienen. Me pregunto sobre nuestro sentir y sobre nuestra autorreferencia porque lo que seguiría en el orden de la cadena es que nosotras nos quedemos calladas porque si llegamos a hacer o a decir algo que no genere cambio entonces vamos a ser descalificadas en nuestra competencia y en nuestro rol, en este sentido me pregunto yo (...) ¿cuál crees que es el papel que estamos jugando acá? (I-I-146).

Específicamente en el caso que corresponde al proceso interventivo, el equipo terapéutico narró la experiencia de Sandra a partir de semánticas de frustración y fracaso, al

asumir el lugar profesional en la familia y con este la responsabilidad de atender al problema emergente, llevándole pragmáticamente a contemplar la búsqueda del contexto terapéutico como medio de acreditación profesional a través del cambio. No obstante y siguiendo la pauta interaccional, Sandra valida e invalida al profesional tratante desde el rol de colega en presencia de Gerardo, generando sobrecarga y malestar al sistema interventor frente a la imposibilidad de cambio.

En consecuencia, el equipo terapéutico con el propósito de responder y desmitificar las historias de incompetencia referidos por el sistema consultante, aceptó dicha solicitud a partir de la necesidad de atender la demanda de ayuda encubierta –reposicionar a Sandra desde su rol profesional- a través de la resolución del motivo de consulta expresado por el sistema familiar –reivindicando desde el contexto terapéutico la eficacia del ejercicio clínico-.

A partir de la dinámica interaccional presentada anteriormente, se destacó la invisibilización de Gerardo como miembro activo en la construcción del problema, favoreciendo su posicionamiento en la familia desde un rol pasivo, lo cual permitió el desplazamiento de la responsabilidad de transformación a los profesionales de la salud – del mismo modo en que se presenta en el sistema familiar previo a la llegada al escenario interventivo-. En coherencia con ello y puntualizando sobre el caso clínico, se abordó la triangulación del equipo terapéutico ante la emergencia del problema en el sistema conyugal, lo que evidenció el mantenimiento de la pauta isomórfica de evitación y desresponsabilización presentada. Apéndice B, escenario 4:

G-45: Y después con el psiquiatra dijo, “no tampoco, se devuelve, no volvemos, eso es muy caro”.... Entonces ella (Sandra) toma las decisiones (silencio).

T-46: Qué cree que hizo que ella pensara en ese momento que no servía el proceso, qué le hizo pensar a ella, por qué no sirvió el proceso.

G-47: No sé, tú eres la que sabe por qué no sirvió la psicóloga anterior y por qué no sirvió...

En conclusión, se desplazó la pauta agresiva del sistema consultante hacia el equipo investigador-interventor, a partir de la evocación de prácticas de descalificación, que involucraron juicios y señalamientos hacia el rol del psicólogo y su competencia profesional en el contexto terapéutico. No obstante, fue a partir del impacto del dominio emocional en la terapeuta e investigadora-interventora, que autorreferencialmente se comprendió la replicación del síntoma en la psicoterapia, pues al atender a la demanda de ayuda planteada por el sistema consultante (la cual implica el cumplimiento de las expectativas de cambio), se generaron acciones de complacencia que permitieron la evaluación profesional del colega consultante sobre la eficacia de la intervención. Apéndice B, escenario 4:

Sí, bueno el tema por ejemplo con ella del rol, o sea también eh como que ella tiene muy esquematizado... Porque yo preguntaba sobre las expectativas, porque sentía que yo tenía muy organizado desde su conocimiento qué podría y qué no podría pasar, qué serviría y qué no serviría, desde lo que ella conoce como ser psicólogo y entonces mmm siento que eso también está haciendo que nosotras como que caigamos en eso constantemente (T-133).

Considerando lo anterior, la terapeuta y la investigadora-interventora realizaron la devolución correspondiente al sistema familiar través del equipo reflexivo, lo cual facilitó su reposicionamiento en el contexto interventivo, permitiendo a su vez la actualización de la experiencia vivida a través de su resignificación desde un ejercicio de metaobservación.

Apéndice B, escenario 3:

Bueno a mí me podría desequilibrar no saber qué hacer, de hecho tengo tú mismo sentir entonces, me pasó que iba pensando algunas preguntas, y esas preguntas tú las hacías en ese momento, y entonces como que esas posibilidades se iban eliminando también (...) Cuando tú dices que compartes mi sensación de ¡uy! me sentiría muy desequilibrada si no sé, me llevaría a pensar que posiblemente eso es lo que está sintiendo Sandra dentro de su familia, cómo es posible que ella tenga allí una responsabilidad independientemente de su carrera, como mamá y demás y esto le esté quedando grande y entonces ella no sepa qué hacer (I-I-158, 150).

Sintetizando, las historias que se precisan a lo largo del proceso autorreferencial están fundamentadas a partir de relatos dominantes asociados a la construcción del psicólogo configurados a partir de la red de significados emergentes en el contexto socio-cultural, lo cual determina considerablemente su posicionamiento e implicaciones en las dinámicas de interacción al interior de la familia y fuera de ellas, de acuerdo al encargo social y la contestación ofrecida a la consigna –en constante actualización-. De este modo, las narrativas que surgieron en las voces de los participantes fueron replicadas por el equipo investigador-interventor y psicoterapeutas metaobservadores, centralizando sus posibilidades de acción sobre las creencias y atribuciones asociadas al rol del

psicoterapeuta, llevando isomórficamente al contexto terapéutico la pauta de interacción - del sistema familiar- que mantiene el problema clínico y obstaculiza el proceso de cambio.

Memorias. A partir del postulado de los sistemas observantes, en el escenario 1 la investigadora-interventora propuso un ejercicio de metaobservación, el cual le permitió a la estudiante en formación de psicología poner de manifiesto el posicionamiento asumido por ella respecto a su familia, a través del reconocimiento de relatos que privilegiaron una postura explicativa –significada por ella desde la correspondencia *idónea* en los modos de accionar coherentes con ésta-.

Desde este punto de vista, se vislumbraron narrativas asociadas al conocimiento disciplinar como una manera de contrarrestar el conflicto. Considerando lo anterior, la investigadora-interventora comprendió la aproximación al contexto terapéutico como la búsqueda de una confrontación aparente que excluye de la interacción los miembros que la integran. Apéndice B, escenario 1:

A mí me llama la atención que cuando tu nombras ese motivo que te lleva a consulta, hablas mucho de tu familia, me hace pensar que eso tiene mucho que ver con tus relaciones y cuando hablas de dinámicas familiares me haces pensar mucho en eso también... Eh te preguntaba yo antes de tener este espacio sobre la posibilidad de que alguna de las personas de tu familia estuviese aquí y tú fuiste como muy enfática e incluso que en un principio le habías comentado a tu terapeuta que no querías que eso sucediera (I-I-15).

Así, se hipotetiza –previo al inicio de un proceso terapéutico- la asunción de un doble rol en la figura del psicólogo consultante, al exteriorizar sobre la familia y/o sus

miembros la presentación del problema emergente y a su vez, generar prácticas de protección ante la percepción de *vulnerabilidad*, evidenciado mediante la exclusión del sistema familiar en el contexto terapéutico. Si bien, la estudiante en formación de psicología privilegió el escenario interventivo como espacio de ayuda, se posicionó desde el rol académico, que aunque le permitió comprender la demanda de su psicoterapeuta tratante frente a la convocatoria de los integrantes de su familia, posibilitó la elección tomada acudiendo a su criterio profesional.

Sintetizando, se deconstruyeron narrativamente los conceptos asociados al conocimiento propio de la psicología, dando paso a la experiencia del psicólogo consultante como parte del sistema familiar, lugar desde el cual se precisó la posibilidad de participar en la relación con el otro más allá de la referencia verbal.

Al sustituir las epistemes disciplinares por relatos que privilegiaron la descripción de la realidad a partir de puntuaciones diversas, la investigadora-interventora advirtió la corresponsabilidad de los integrantes del sistema familiar frente a creación de mundos posibles. De otra parte, se reconoció autorreferencialmente mediante relatos dominantes asociados a semánticas de *miedo* la ausencia de narrativas *estructuradas* – epistemológicamente- atribuyendo a ello la posibilidad de descalificación, rechazo o exclusión de la relación con el otro.

En el escenario 2 la investigadora-interventora comprendió el posicionamiento de la psicóloga consultante en la familia desde el rol profesional, como una forma de evadir su responsabilidad frente al cumplimiento de las tareas del desarrollo propias de la etapa del

ciclo vital atravesada -situación que involucra la configuración del problema clínico-, lo que generó la cristalización del proceso evolutivo y la co-evolución del sistema familiar.

Sin embargo, al emerger múltiples versiones del self acerca del psicólogo consultante, en el caso de Catalina –a través de las voces de los miembros de la familia que ocupan un lugar periférico-, surgieron memorias que facilitaron la integración de las mismas en el relato identitario de esta psicóloga, no a partir de la solicitud de quienes constituyen sus relaciones en coherencia con sus expectativas y las consignas sociales, sino a través de la elección autónoma de la participante en la construcción narrativa del self.

Apéndice B, escenario 2:

I-I-65: Catalina cuando escucho a tus papás hablar pienso en una cosa y es: pareciera que a partir de cierto momento quedaste como encapsulada en el rol de niña, que de alguna manera en el curso de tu vida o en el desarrollo de tu vida frente a las demandas y a las exigencias que se exponen por fuera ha (...) llevado a que ciertos procesos en el desarrollo se hayan llevado un poco más lentos; como que en algún momento de la relación hayas sentido que si dejas aquí, si dejas a tu mamá o si dejas a tu papá, también estás dejando de atender a cosas que ellos necesitan de ti. Y de pronto hago una lectura aquí, extrayéndome un poquito de la familia, que el rol de psicóloga entonces te posiciona como adulta y te permite de alguna manera, salir de esa forma de vincularte y relacionarte con tu familia.

T-84: (...) algo que recogí hasta el final es que ella se siente esa adulta que puede ser escuchada cuando la ven como psicóloga, no cuando la ven como hija.

A partir de la deconstrucción narrativa de las epistemes psicológicas presentadas en el proceso terapéutico -como un modo de organizar la experiencia de sufrimiento-, se posibilitó la redefinición del problema emergente en el sistema familiar –referido inicialmente mediante la solicitud de resolución de la demanda de ayuda-, incluyendo en la lectura ecológica del mismo al psicólogo consultante desde su lugar estructural en la familia, lo que sugirió pragmáticamente la construcción de una relación heterárquica entre el sistema consultante y el equipo investigador-interventor.

Sin embargo, frente a la demanda generada por el sistema consultante en torno a la transformación del problema emergente en la familia –sustentada a través de relatos que privilegian la expectativa de cambio-, las psicoterapeutas renunciaron a la resolución de la misma, desmitificando mediante la autorreferencia la construcción otorgada al profesional en psicología como quien a partir de la *experticia* conoce las acciones a seguir para generar la movilización del sistema. En este sentido, el equipo investigador-interventor emite narrativas de desconocimiento frente al procedimiento a desarrollar para favorecer la resignificación de la experiencia.

A partir de los relatos manifestados por el equipo terapéutico en torno al horizonte interventivo y *no saber qué hacer* respecto al *proceder terapéutico*, se promovió la redefinición del contexto terapéutico como un espacio de co-construcción de cambio, haciendo énfasis en la pertinencia de la co-participación de los integrantes del sistema terapéutico para propiciar la gestión del mismo.

Retomando lo anterior desde las particularidades emergentes en el caso del proceso terapéutico, la terapeuta y la investigadora-interventora utilizaron el modelo del equipo

reflexivo para conversar sobre la demanda de ayuda que Gerardo entregó a Sandra acerca de la resolución del problema, reconociéndole desde su rol profesional. A partir del ejercicio clínico propuesto, se precisó que cuando Sandra asumió dicha responsabilidad surgió la experiencia de frustración ante el incumplimiento de la expectativa planteada por su pareja, acompañada en efecto por prácticas de descalificación frente a la competencia profesional por parte de Gerardo: “creo que autorreferencialmente, eso hizo conectarnos con la situación de Sandra en términos emocionales y en términos de (...) también me ha dolido esto, como posiblemente hoy nos dolió la manera como se nos descalificó” (Apéndice B, escenario 8, T-109).

A partir de allí se comprendió la búsqueda del contexto interventivo, otorgando isomórficamente la demanda inicial –efectuada a la psicóloga consultante en el sistema familiar- al equipo terapéutico en conjunto con la responsabilidad que a Sandra le fue entregada ante la cual ella "no supo qué hacer". Desde esta perspectiva, el equipo terapéutico estableció como estrategia interventiva la exposición verbal del "no saber qué hacer" en términos de alternativa en el quehacer profesional, desligando dicha acción a la atribución semántica asociada a la competencia y el ejercicio ético y profesional de la disciplina, lo que generó la corresponsabilidad de los miembros del sistema conyugal en el proceso interventivo, así como la descentralización del rol académico asumido por Sandra.

A partir de la hipótesis co-construida alrededor del lugar de los terceros en la construcción pareja, el sistema interventor anunció el cierre del proceso terapéutico al reconocer la configuración del contexto terapéutico como otro intermediario más en la familia. Argumentando el planteamiento anterior, se precisó la inclusión del equipo investigador-interventor como medio de comunicación entre los consultantes

(triangulación) y la exclusión del mismo, para intervenir desde su función en el marco de la psicoterapia, lo cual tuvo el propósito de empoderar a los integrantes de la diada conyugal como sistema autónomo. Apéndice B, escenario 7:

Hago un ejercicio de meta-observación y digo “estamos haciendo lo mismo que esa vez”. Lo que pasa es que ya no nos corresponde asumir la vida de ellos de aquí en adelante. Y estoy de acuerdo, en un momento Gerardo lo dijo, “dentro de ocho días va a ser igual y dentro de ocho días va a ser igual, y dentro de ocho días va a ser igual...”. Perdón, pero si mañana tienen una dificultad es a ellos a quienes les corresponde o decidir separarse o decidir continuar (I-I-528).

A partir de una mirada autorreferencial, se reflexionó sobre el rol del interventor en el proceso terapéutico, haciendo referencia a los límites de su presencia en la vida de los consultantes, con relación a la autonomía de los sistemas para construir caminos que posibilitan la transformación de los problemas generados, así como la asunción de la incertidumbre como un elemento favorecedor del cambio. En este sentido, la terapeuta y la investigadora-interventora conversaron sobre la importancia de connotar el conflicto, la crisis, el desorden y el caos como aspectos inherentes a la vida humana, enfatizando con ello el reconocimiento de los recursos familiares y su impacto en la experiencia de sufrimiento. Apéndice B, escenario 5:

Empezar a considerar el problema, el dilema, la angustia, la incertidumbre, como elementos inherentes a la vida humana, es decir, seguramente hoy están haciendo un alto en el camino, hoy se están repensando ¿sí? Pero como bien lo decían ellos: “como ya no somos los mismos de antes”, seguramente habrá otro momento como

estos en su vida ¿sí?, donde llegará el desequilibrio y les hará cuestionarse nuevamente desde lo individual, desde la construcción de familia, desde la construcción de pareja, y seguramente se sentirán muy confrontados de nuevo (...). Entonces creo que también contemplar esa posibilidad y ver en el problema, en el desorden, en el caos, una posibilidad de organizarse es algo que hay que tocar (I-I-274).

A partir de las consideraciones previas, el anuncio del cierre del proceso terapéutico surgió como un movimiento estratégico a través del cual se buscaba entregar al sistema consultante la responsabilidad de hacer frente al conflicto, reconociendo sus recursos y disponiendo de los mismos para construir caminos alternos excluyendo la participación de terceros.

En conclusión, las memorias que surgieron a lo largo de la investigación-intervención en los psicoterapeutas participantes se basaron principalmente en el reconocimiento de discursos alternativos asociados al profesional en psicología y el ejercicio clínico desarrollado por este, concibiéndose entonces como constructor de realidades diversas. Tal comprensión implicó para el psicoterapeuta el planteamiento de una relación heterárquica con el sistema consultante, favoreciendo así, la deconstrucción de la concepción del psicólogo como *experto* y la redefinición del contexto terapéutico como escenario de co-construcción de cambio.

Relatos alternos. A partir de la confrontación que el sistema consultante - correspondiente al caso de Sandra y Gerardo- realizó al equipo investigativo-interventivo ante el anuncio del cierre del proceso terapéutico -como elemento provocador de cambio-,

desde el cual se buscó cuestionar la competencia y ejercicio profesional de las psicoterapeutas tratantes -frente al incumplimiento de las expectativas de cambio-, se favoreció la crisis y con ella la emergencia de relatos alternos acerca de la configuración del rol del psicoterapeuta, siendo la deconstrucción del *deber ser* el proceso que propició la reconfiguración del relato identitario y a través de ésta la experiencia de cambio.

Al respecto, el equipo investigador-interventor comprendió el cambio como una emergencia del proceso interventivo, descartando la configuración del mismo desde el cumplimiento de supuestos predeterminados por el sistema consultante. Considerando este punto de vista, se connotó el cambio a partir de la presentación de caos en el sistema terapéutico, en tanto emergió lo inesperado, inadvertido y desconocido que favoreció la movilización de los integrantes del sistema conyugal mediante prácticas de elección frente a la configuración de la relación.

En este sentido, el equipo investigador-interventor entendió la función del síntoma alrededor del encubrimiento del malestar y el desagrado emergente ante el incumplimiento de expectativas, roles y constructos sociales sobre el deber ser pareja, padre/madre, profesional, lugar desde el cual el self en su expresión más auténtica no tiene lugar. Siguiendo esta línea, se enmarcó el rechazo del equipo terapéutico frente a la demanda del sistema consultante -sobre la validación de los modelos socio-culturales- en torno a la conyugalidad, parentalidad y familia como estrategia interventiva.

Lo anterior obedeció al reconocimiento que el equipo investigador-interventor autorreferencialmente hizo sobre la construcción identitaria efectuada socialmente sobre el psicólogo, a través de la cual le es atribuida la condición de *saberlo todo* frente al

funcionamiento de la conducta humana, lo que pragmáticamente lo ubica en la posibilidad de *saber hacer*.

En este orden de ideas, no conocer el camino a seguir, implicó una amenaza directa sobre el relato identitario de las psicoterapeutas, experiencia que fue organizada sobre semánticas de vulnerabilidad, al narrarse a sí mismas desde el *no ser* a pesar de llevar consigo el título de académico que las acredita como *expertas*. Apéndice B, escenario 8:

Estábamos hablando sobre lo innombrable, sobre lo indecible, sobre lo que está prohibido en esta familia, y es hablar de lo que sentimos, de lo que somos de verdad, porque mencionarlo tiene un costo muy alto, y es pagar el costo de no ser lo que esperamos que los otros sean, y no cumplir las expectativas (...) pienso que el tema del rol acá nos impactó mucho, mucho, porque fue la descalificación completa de rol como profesionales (I-I-106).

En este sentido, poner de manifiesto en las conversaciones psicoterapéuticas, las comprensiones emergentes sobre la pauta que organiza la interacción en sistemas que involucran la participación de un profesional en psicología –develando el isomorfismo dentro y fuera del escenario terapéutico-, permitió el surgimiento de relatos alternos asociados a la reinención del self ante la experiencia del *no ser* emergente en las dinámicas de relación señaladas.

De este modo, el intercambio dialógico en la psicoterapia facilitó la reconstrucción identitaria de los actores participantes en el sistema terapéutico, posibilitando con ello la presentación de nuevas comprensiones sobre la configuración del problema, y la

actualización de la experiencia a través de su reposicionamiento en la familia y el campo de ejercicio clínico –para las terapeutas interventoras-. Apéndice B, escenario 8:

I-I-110: Yo pensaba ¿qué significa ser una psicóloga fracasada en un proceso psicoterapéutico investigativo, sí? ¿Qué significa para nosotras que las cosas entre comillas “no salgan” como lo pensamos? ¿Qué pasa con nuestros modelos epistemológicos, paradigmáticos, y cuando todo se rompe en una sesión de psicoterapia? Muy fuerte, muy fuerte porque me lleva a hacer una diferenciación importante, Lina, y es ¿dónde nos estamos narrando nosotras mismas? ¿Desde la profesión? ¿Desde los marcos de conocimiento? ¿Desde la experticia de alguna forma? ¿O nos estamos narrando también como seres humanos que se equivocan, que se frustran, que las cosas no salen como quieren? Y entonces ¿qué queda de la vida de ellos?

T-111: Total. No y es que me hacía pensar además en “bueno y esa responsabilidad que también nos estábamos cargando, si bien hacía parte de nuestro rol y si bien hacía parte de nuestra, pues sí nuestro posicionamiento como terapeutas, creo que también el tema de protegerse y de mirar hasta dónde también estábamos expuestas pues generó cambios tanto en ellos como en nosotras”.

En conclusión, la posibilidad de metacomunicar las implicaciones del rol del psicólogo al interior de la familia y en el contexto interventivo, permitió la transformación del equipo investigador-interventor a través de su experiencia autorreferencial, y con ello la movilización del sistema consultante, al generarse un doble vínculo terapéutico –en

coherencia con la noción de *doble rol* que a su vez atraviesa el posicionamiento de las psicoterapeutas-.

A partir del uso de metáforas el equipo investigador-interventor buscó diversificar la experiencia vivida por las psicólogas consultantes, mediante la visibilización de roles diversos que favorecieron la construcción de perspectivas alternas de la realidad, las cuales privilegiaron la dimensión emocional más allá de la *etiqueta*. En este sentido, se comprendió la experiencia misma –desde la metaobservación- como el instrumento que posibilitó el reconocimiento del self a partir de su reflejo y, a su vez como escenario de reinención donde se integran y coexisten múltiples versiones -validadas en el consenso y deslegitimadas en la diferenciación-. Apéndice B, escenario 1:

Una vez en un pueblo habían dos peluqueros (...) no habían más peluqueros en muchos kilómetros a la redonda, eh...un peluquero, un estilista tenía el cabello hermoso, brillante o sea el cabello más bonito de todo el pueblo y, el otro tenía el cabello feo, trasquilado, lleno de retazos (...) la pregunta es ¿con cuál de esos dos peluqueros se mandarían ustedes a arreglar el cabello? ¿Con el del cabello hermoso o con el del cabello trasquilado? (...) Yo personalmente con el que tiene el cabello trasquilado y feo porque si son dos peluqueros (...) Entonces eh... es algo similar, cuando la gente piensa que por ser psicoterapeutas eh... uno no puede vivir cosas, resulta que el que tenía el cabello hermoso era porque el otro, el que tenía su pelito destruido era el que le arreglaba su cabello y se lo dejaba en muy buenas condiciones, porque ahí entra el otro en la relación, entonces siento que... es eso (T3-70,72,74)

Al finalizar el proceso interventivo correspondiente al caso de Sandra y Gerardo, la terapeuta y la investigadora-interventora se cuestionaron sobre el impacto del cambio al interior del equipo terapéutico, en tanto se identificaron prácticas de cuidado, protección y complacencia hacia el sistema consultante como acciones que contribuyeron al isomorfismo planteado por la pauta sintomática, evitando así la experiencia de sufrimiento. Desde este punto de vista, se comprendió la devolución de la responsabilidad asumida por el equipo investigador-interventor, como el movimiento estratégico que favoreció la aparición de la crisis y con ésta, la emergencia de posibilidades de acción en términos de decisión, propiciando la construcción del cambio. Apéndice B, escenario 8:

I-I-112: De hecho mira lo que ella dice hoy: “fue necesario que pasaran una cantidad de cosas conmigo, para que hoy yo dijera no más”, ¿sí? y me llevo esa pregunta en lo personal, ¿hasta cuándo estamos esperando que las cosas pasen para tomar decisiones?

T-113: ¿Y hasta dónde estoy dispuesta?

I-I-114: Y eso se relaciona también a hasta cuándo nos permitimos un proceso terapéutico, ¿hasta cuándo los consultantes nos digan que nos necesitan y que quieren sentirse acompañados o hasta cuándo soltar es un acto profesional?

Al realizar el balance correspondiente al cierre del proceso interventivo, se connotó la crisis a partir de relatos asociados a la oportunidad de cambio, en tanto se advierte pragmáticamente el movimiento sobre la condición estática del equilibrio, estado que mantiene el isomorfismo de la pauta sintomática. A partir de tal comprensión, se refirió el escenario terapéutico como espacio que posibilitó la ruptura de la pauta de confirmación (creencias, expectativas, supuestos) evidenciada en la interacción del sistema consultante

con los contextos de intervención, responsabilizando a sus miembros sobre la asunción del malestar y la perpetuación del mismo.

Respecto a la redefinición de la demanda de ayuda y la identificación de recursos emergentes en el proceso interventivo -que se configuraron como herramientas en la construcción del cambio-, el equipo investigador-interventor subrayó la emergencia del miedo expuesto por la consultante como una emoción correspondiente frente a la incertidumbre y el desconocimiento expuesto mediante la experiencia novedosa, naturalizando el temor experimentado.

Por último, desde las voces de la terapeuta y la investigadora-interventora, se destacó en la consultante las prácticas de valentía evidenciadas al privilegiar los relatos asociados a la construcción narrativa del self, favoreciendo en consecuencia la validación de sí misma a partir de la experiencia narrada mediante la *humanización*, lo que permitió la instauración de límites con el otro, la asunción de responsabilidades propias y el desempeño de roles a partir desde su reconfiguración, entendiendo el sufrimiento –desde su resignificación- como un elemento que “paradójicamente nos regala una alternativa de bienestar” (Apéndice B, escenario 1, I-I-75).

Resumiendo, las narrativas emergentes en el equipo terapéutico se basaron principalmente en la reconfiguración del rol del psicoterapeuta, mediante la deconstrucción de los relatos socialmente asignados al psicólogo y su quehacer profesional, lo que en consecuencia favoreció la transformación del discurso identitario, siendo la autorreferencia el método y el instrumento posibilitador de cambio en el escenario terapéutico.

A continuación se presenta gráficamente el proceso autorreferencial emergente a lo largo de la investigación-intervención-. En la figura 13 se evidencia la transformación del equipo terapéutico a la luz de las categorías del Macroproyecto (historias, memorias y relatos alternos).

Resultados - Autorreferencia



Figura 13 Resultados – Autorreferencia

Discusión

En este capítulo se discuten los resultados de la investigación-intervención, tomando en consideración los planteamientos conceptuales propuestos en el sistema teórico. Para ello se presenta –en términos explicativos- el contenido hetero y autorreferencial, a la luz de las categorías de historias, memorias y relatos alternos -provenientes de la línea *Historias y Narrativas de los Sistema Humanos en Diversidad de Contextos-*, estructura que permite la articulación e interacción de las categorías metodológicas: *Construcción narrativa de la demanda de ayuda, Comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología, y Experiencia de sufrimiento.*

En éste primer momento, se hace énfasis especialmente sobre los puntos de convergencia y divergencia entre los postulados teóricos citados y los hallazgos emergentes en el ejercicio realizado. Con el propósito de resaltar y esclarecer la contribución de la investigación-intervención al fenómeno clínico, se concluye el texto mediante la propuesta de un modelo comprensivo-explicativo que destaca el doble rol en la psicoterapia como novedad del trabajo desarrollado –razón por la cual, si bien se enuncia a lo largo del documento, se profundiza en ésta al finalizar el texto-.

Historias de sufrimiento: La paradoja del doble rol

La construcción narrativa de la demanda de ayuda se presenta inicialmente a través de la solicitud que los integrantes del sistema familiar realizan al miembro psicólogo, quienes refieren al profesional en psicología –consultante- como experto, versión que se configura como relato dominante. Se trata de una narrativa organizada por epistemes psicológicas, asociada semánticamente al conocimiento de “lo que se debe hacer”, lo que

semióticamente se simboliza como la intervención “adecuada”, que permite a nivel pragmático la resolución del malestar emergente en la familia.

En relación con ello, Estupiñán, González y Serna (2006) argumentan que las experiencias familiares y los relatos en las que son narradas y organizadas, son construidas a través de la interacción conversacional en la familia y otros contextos de su ecología social y cultural, lo cual pone en evidencia el diálogo sostenido históricamente entre la familia y los discursos del ámbito de la salud. De este modo, los relatos dominantes pueden obturar y limitar las posibilidades de experimentar y desarrollar las relaciones de distintas formas, lo que puede configurar un motivo de consulta, y con ello la construcción de una demanda de ayuda, como se precisa en la investigación-intervención desde el malestar en la familia.

En este orden de ideas, el rol del psicólogo consultante es configurado a partir de semánticas de poder disciplinar, bajo la consideración semiótica del profesional en psicología como “el responsable de manejar el conflicto”, lo cual invita a la constitución de un posicionamiento jerárquico al interior de la familia, excluyendo el contexto terapéutico como alternativa frente al malestar. Sin embargo, ante la ineficacia continua en el efecto de las acciones implementadas por el psicólogo consultante para generar el cambio (desde una mirada pragmática), emerge la experiencia de fracaso narrada a través de relatos privilegiados de frustración, sustentados a su vez por semánticas de incumplimiento de expectativas familiares y, articulados semióticamente en términos de incompetencia profesional.

Tal como lo menciona Estrada y Díazgranados (2007) al referirse a los relatos privilegiados de poder propios de la modernidad, el terapeuta es contemplado como profesional provisto de conocimiento a partir del desarrollo de un entrenamiento científico, la experiencia en investigación, la comprensión de la literatura científica, la observación continua y el pensamiento sistemático respecto al escenario terapéutico, lo cual adquiere relevancia frente la pauta de interacción familiar señalada, al traer elementos de un momento histórico previo.

Adicionalmente y haciendo hincapié en las implicaciones socio-culturales en las construcción anterior, se destaca la noción de rol, definida por Deutsch y Krauss (1970) como “el sistema de expectativas que existen en un mundo social que rodea al ocupante en una posición, expectativa referente a su comportamiento hacia los ocupantes de otras posiciones” (p.165), postura que a su vez, advierte el proceso de socialización dentro del proceso de sujeción del individuo a la estructura, mediante normas asociadas al lugar que se va a ocupar (Benedito, 1975), en este caso, el rol del psicólogo.

A partir de allí, emergen cuestionamientos sobre el encargo social o estructura teleológica externa que pretende satisfacer una necesidad, siendo los fines aquellos que dan sentido y orientación a la práctica técnica, lo cual lleva a Miller y Herbert (1971) a tener en cuenta la demanda social constitutiva de la práctica técnica –de la psicología- y, la función que le es asignada a ésta por el complejo social.

Desde este punto de vista, se destaca que la petición de ayuda que la familia hace al psicólogo consultante está relacionada con una matriz socio-cultural, que impone al rol del psicólogo un estatus configurado por narrativas dominantes asociadas al poder -frente a su

ejercicio profesional-, transpolando su posición (rol profesional), función (intervención) y resultado (eficacia) al contexto familiar -movimiento que empieza a vislumbrar el doble rol como emergencia novedosa de esta investigación-.

En este sentido, se identifican historias provenientes de los integrantes de la familia que atribuyen al profesional en psicología la responsabilidad de asumir el conflicto, a partir de semánticas de experticia que vinculan semióticamente, al psicólogo consultante como *conocedor*, lo que favorece la asunción pragmática de rol pasivo por parte de los miembros de la familia frente al problema manifiesto. Ante la experiencia de insatisfacción frente a la expectativa de ayuda, el sistema familiar presenta relatos de juicio hacia el psicólogo consultante que desdibujan su rol familiar y ponen en conflicto el rol profesional.

Retomando las narrativas de experticia y los planteamientos de Estrada y Díazgranados (2007) sobre la modernidad, el autor manifiesta que a las explicaciones del científico se les concede un alto nivel de credibilidad, en tanto sus relatos constituyen historias estructuradas en torno a la manera en que las cosas llegaron a ser lo que son. Estrada y Díazgranados (2007) resalta que la profesión de la salud mental es un producto del contexto moderno y, por tanto, comparte sus supuestos. Al respecto el autor recalca que “desde Freud hasta los terapeutas cognitivos contemporáneos, existe la creencia general de que el terapeuta profesional funciona o (idealmente debería funcionar) como un científico” (p.192).

De acuerdo con el postulado anterior, para Estrada y Díazgranados (2007), el terapeuta ha desempeñado el rol que se le designó en un ritual cultural del pasado, desde el cual “el ignorante, el fracasado y el débil buscan consejo del sabio, del superior, del más

fuerte” (p.194), lo cual se asocia con el rol activo-pasivo asumido por el psicólogo consultante y los miembros de su familia mencionado previa y respectivamente.

Sintetizando, la experiencia de sufrimiento es narrada por el psicólogo consultante a través de relatos dominantes de imposibilidad, integrados por semánticas de incompetencia profesional, asociadas semióticamente al fracaso frente a la solución de la demanda familiar, lo cual le lleva pragmáticamente a considerar el contexto terapéutico como posibilidad de apoyo externo.

Como lo señalan White y Epston (1993), el sufrimiento que conduce a las personas a buscar una terapia, puede ser considerado como expresión de una incoherencia entre las historias que las personas cuentan de sí mismas, y su propia experiencia, o la discrepancia entre las historias que los otros cuentan de ellos, y sus experiencias propias, lo que se observa en la narrativa del psicólogo consultante y los relatos asociados a su identidad (desde el rol profesional) en la voz del sistema familiar.

De este modo, el psicólogo consultante se posiciona desde un doble rol: profesional/familiar en el marco terapéutico. En un primer momento, éste privilegia versiones hipotético-explicativas sobre el motivo de consulta como relato dominante, precisando a partir de su exposición, los procedimientos “adecuados” para atender al síntoma de su familia, solicitando pragmáticamente al terapeuta su confirmación como colega y con ello –en un nivel metacomunicativo- la validación del contexto interventivo, como un escenario que reafirma la psicología, siendo ésta una disciplina que propicia el cambio, en términos semánticos.

En efecto, siguiendo la crítica que Estrada y Díazgranados (2007) plantea sobre el discurso modernista, el profesional calificado ingresa en el escenario terapéutico con una narración bien desarrollada, para la cual existe fundamentación y apoyo en la comunidad de pares, lo que significa que la narración del científico tiene el sello de aprobación profesional –lo que se encuentra en coherencia con la solicitud metacomunicativa realizada por el psicólogo consultante.

En esta medida, se identifica la presentación de dos demandas de ayuda. El psicólogo consultante metacomunica la necesidad de recomponer su lugar como profesional en la familia, al ser descalificado por sus familiares mediante relatos de incompetencia, sustentados a partir de semánticas de ineficacia profesional, y entendidos semióticamente desde la “saturación” –después de que el profesional en psicología (consultante) ha intentado dar solución al malestar sin tener éxito frente a sus expectativas-, entregando pragmáticamente al equipo terapéutico la responsabilidad del proceso de cambio, y evadiendo la misma como medio para excluirse a sí mismo del sistema.

En este punto se introduce, la siguiente solicitud efectuada por el sistema consultante al equipo terapéutico –sobre la resolución del síntoma-, puesto que como lo señalan Botella y Meritxell (2002, citado por Estupiñán y González, 2012), el problema puede ser comprendido desde el bloqueo en los procesos discursivos, narrativos y relacionales de construcción del significado de la experiencia, y el fracaso de las soluciones intentadas a dicho bloqueo; como es relatado previamente a propósito de la dificultad del psicólogo consultante en atender como se espera, al sufrimiento emergente en la familia.

La demanda de ayuda en segundo lugar, es narrada principalmente por el sistema familiar alrededor de la disolución del motivo de consulta, el cual hace referencia -desde los casos abordados respectivamente- al mejoramiento de la relación paterno-filial, la desaparición de la “adicción” frente al consumo de sustancias psicoactivas y, la crianza en el subsistema parento-filial.

Respecto al último motivo en mención, se comprende la adolescencia semánticamente como “una etapa crítica” y con un manejo “inadecuado” bajo la consideración parental, entendiendo narrativamente la expectativa de cambio desde la posibilidad de “no seguir en lo mismo”. Si bien se puntúa el problema sobre el subsistema filial, éste a su vez se narra la demanda de ayuda en términos de apoyo a la madre (psicóloga), quien problematiza la experiencia vivida por el sistema familiar, lo que posiciona al psicólogo consultante como vocero en el contexto terapéutico -en coherencia con el encargo social y los relatos privilegiados en torno al mismo-.

Tal como lo presentan Estupiñán y González (2012), los relatos asociados a la manifestación del síntoma, son acuñados a la incapacidad para considerar una visión multifacética de la experiencia, en tanto se presentan prototipos narrativos específicos, que constituyen invariantes cognitivas organizativas de la misma, quedando sometidas a un conjunto de invariantes temáticas, en lugar de flexibilizar el mundo psicológico y mental de los sistemas humanos.

En coherencia con lo anterior, el sufrimiento es narrado desde dos perspectivas. El psicólogo consultante refiere historias que contemplan explicaciones, hipótesis y categorías diagnósticas, constituidas por semánticas que privilegian el discurso profesional desde la

experticia, favoreciendo la construcción de una alianza con el colega psicoterapeuta a fin de ser reafirmado desde su investidura profesional. De esa manera, entrega a éste último la responsabilidad de su propio proceso de cambio.

No obstante, como lo menciona Villegas Besora (1995; citado en Estupiñán y González, 2012), la reiteración de los contenidos textuales hace el discurso patológico y a su vez, facilita la incapacidad para desarrollar discursos alternativos. En este sentido, distintas patologías son causadas por fijaciones lingüísticas que han dejado de ser funcionales, caracterizando un determinado cuadro psicopatológico (Estupiñán y González, 2012), términos en los cuales es narrado el sufrimiento por el psicólogo consultante.

Volviendo sobre lo anterior, en el proceso psicoterapéutico el psicólogo consultante posicionado desde su rol profesional es quien, elige el “mejor” contexto terapéutico para generar el cambio, lo que isomórficamente lleva a otorgar pragmáticamente al equipo investigador-interventor la responsabilidad de éste, evadiendo su participación activa en el proceso interventivo –como lo hace la familia en el pasado al solicitar su atención profesional frente al malestar experimentado-.

En consecuencia y a fin de validar el lugar profesional en el escenario interventivo, el psicólogo consultante advierte explícitamente la continuidad o el retiro del sistema consultante en el proceso terapéutico, de acuerdo al cumplimiento de sus expectativas, tomando como punto de referencia su juicio profesional –como sucede con éste desde la descalificación al interior de su familia previo al inicio del proceso terapéutico-.

Es así como el psicólogo consultante, se posiciona desde el doble rol en el ámbito interventivo, hecho que se evidencia a partir de narrativas que privilegian semánticas de

inclusión o exclusión del psicoterapeuta, y su interés de formación epistemológica (enfoque sistémico de la psicología), semióticamente entendido como criterio de aprobación del colega terapeuta, determinando con ello –pragmáticamente- la aceptación del proceso interventivo.

A lo anterior se atribuyen relatos dominantes de “éxito de la terapia”, constituidos por semánticas de esperanza de cambio y comprendidos pragmáticamente desde el ejercicio del equipo terapéutico. Así mismo, se evocan narrativas del pasado, con el propósito de destacar semióticamente el uso del criterio profesional frente a la intervención realizada por el psicoterapeuta, como argumento pragmático en la deserción de procesos previos.

En este orden de ideas, se observa la emergencia de dinámicas interaccionales en el sistema consultante, a partir de pautas de poder, que son desplazadas isomórficamente al contexto terapéutico. Desde éste punto de vista, el sistema consultante comprende el escenario interventivo a partir de semánticas de resolución, en tanto se entiende semióticamente como el lugar donde se reconocen las causas que generan el problema, evidenciándose pragmáticamente a través de la elección del espacio terapéutico, con el objetivo de recibir la intervención correspondiente a partir de relatos de obediencia, entre lo que se dice en el marco terapéutico y lo que realiza el sistema consultante.

Estrada y Díazgranados (2007) a partir de la lectura realizada sobre el modernismo, destaca que las teorías terapéuticas, con algunas excepciones, contienen supuestos explícitos sobre la causa de la patología, su ubicación en el consultante o sus relaciones, y los medios a través de los cuales se pueden diagnosticar y eliminar los problemas, lo que es coherente con la narrativa que expone el consultante profesional en psicología como

argumentos de vigilancia del psicoterapeuta y su marco epistemológico dentro del sistema terapéutico.

En complemento, Hernández (2010) amplía la comprensión previa al hacer referencia al concepto de *objetividad como escudo*, en tanto el profesional evalúa y diagnostica partiendo de la creencia desde la cual se legitima el diagnóstico como garante de la curación –lo que se encuentra en sintonía con “el éxito de la terapia” en el proceso terapéutico desarrollado-. En este sentido, el problema ubica al ser humano en la búsqueda de alguna “patología”, “patentada” desde los sistemas de clasificación, lo que mantiene una lógica lineal en el psicólogo consultante, al buscar las causas que evocan el malestar. Al respecto, la autora destaca el impacto de la intervención psiquiátrica u otras profesiones que se han acogido al modelo médico en la atención de los síntomas psicológicos, fijando al individuo a la identidad de paciente, invitándole a reconocerse en el tiempo pasado y acontecimientos específicos de su vida.

En el proceso terapéutico desarrollado dentro de la investigación-intervención, se narra el sufrimiento a partir de la desobediencia del subsistema filial en el contexto familiar. No obstante, al explorar la esfera conyugal, se hace referencia a la “celotipia, la rigidez y el malgenio” del cónyuge como “causales” de malestar. Dicho relato dominante expuesto por la psicóloga consultante, está basado en epistemes disciplinares, además de estar compuesto por semánticas asociadas a un discurso de poder, desde el cual semióticamente se concibe la conducta del otro a través de la imposibilidad de cambio, y pragmáticamente se evidencia en la emisión de relatos de incapacidad y carencia de autonomía del cónyuge sobre su comportamiento.

Volviendo sobre los relatos de imposibilidad, White y Epston (1993) por su parte, afirman que el discurso deficitario predominante en el contexto cultural, posibilita el etiquetamiento de la conducta como problema, concebido a partir de una construcción narrativa dominante, que descalifica, limita o niega aspectos significativos de la experiencia, el sentido de identidad, y la competencia de las personas, como es explicitado anteriormente. En consecuencia, Estupiñán, González y Serna (2006) señalan que al presentarse soluciones fallidas, los sistemas humanos refieren sentirse incapaces de vivir, en tanto no se evidencian significados alternativos al relato dominante, fijando de manera rígida, la construcción identitaria –a partir de términos como “celotipia”-.

El psicólogo consultante emite juicios en el contexto terapéutico, configurados por semánticas de posibilidad e imposibilidad atribuidas al paciente identificado, respecto a su conducta, favoreciendo pragmáticamente la configuración de una dinámica relacional de poder basada en la jerarquía del psicólogo a través de su investidura epistemológica; lo cual es percibido en el entorno familiar a partir de semánticas de descalificación. Esto lo lleva a cuestionar el cumplimiento de las funciones asociadas al rol familiar desde la incompetencia profesional, juzgando “la incoherencia” entre el discurso disciplinar y el ejercicio del rol correspondiente en el sistema familiar.

En coherencia con lo anterior, Estupiñán, González y Serna (2006) indican que los problemas de la existencia humana contemplan una dimensión temporal, en cuanto la narrativa es situada desde la estructura discursiva en la organización del significado, el sentido de la experiencia y acción de los sistemas humanos. Si bien los relatos se puntúan en tiempo pasado, se significan en la experiencia actual.

Respecto al posicionamiento del rol profesional asumido por el psicólogo consultante, se presentan relatos dominantes asociados al discurso disciplinar, semióticamente significados como el procedimiento interventivo requerido para “mejorar”, excluyendo al otro de la posición tomada frente al conflicto, lo que dificulta la posibilidad de co-construcción y, en consecuencia, la emergencia del cambio. Según Estrada y Díazgranados (2007), de acuerdo con las consideraciones anteriores, se comunica al otro indirectamente –quien no es psicólogo- que es ignorante, insensible, o emocionalmente incapaz de conocer la realidad, momento en el que el terapeuta se posiciona como el que “todo lo sabe y conoce”, siendo éste el modelo al cual el consultante “debe llegar”.

En respuesta al posicionamiento jerárquico asumido por el psicólogo consultante en la familia, sus integrantes hacen uso de narrativas asociadas al rol ocupado en el sistema, favoreciendo en ocasiones una pauta simétrica, al configurarse semánticamente el rol del profesional como un lugar de “autoridad” y “reconocimiento” –semióticamente hablando-, lo que pragmáticamente representa desacato –de los miembros de la familia- como un modo de resistirse a tal posicionamiento y argumentar narrativamente la imposibilidad de cambio.

Bajo este punto de vista, la experiencia de sufrimiento se organiza mediante relatos de poder asociados semánticamente a la autoridad, lo que en un nivel pragmático desencadena la descalificación (a través de la agresión) del psicólogo consultante por parte del sistema familiar, al confrontar el conocimiento otorgado a la construcción del rol profesional, con el cumplimiento del rol ocupado en la familia. En este sentido, se organiza la experiencia de sufrimiento alrededor del fracaso del ejercicio del doble rol asumido.

Integrando los significados en mención, Maturana (1999) señala la agresión en contraste con el amor, subrayándola como el dominio de conductas relacionales a través de las cuales se niega al otro directa o indirectamente como legítimo, en coexistencia consigo mismo; produciéndose cuando el otro no cumple con las expectativas, cuando no hubo previo acuerdo, lo cual se evidencia en los relatos de invisibilización narrados por el sistema consultante. Por último, el autor indica la indiferencia, en contraste con las emociones señaladas, desde el dominio de conductas relacionales a través de las cuales el otro no es reconocido como tal, es decir, el otro es ausencia de presencia.

En síntesis, se evidencia una pauta de descalificación en el sistema conyugal que incluye el estatus del psicólogo como garante de legitimidad y de autoridad parental, lo que en el impasse de la pareja puede arrojar al sistema hacia la agresividad. Desde este punto de vista, el rol del psicólogo consultante se presenta como marcador de contexto para la emergencia del conflicto.

Considerando la dinámica relacional configurada, se destaca la dificultad en la construcción de acuerdos en el sistema conyugal, que flexibilicen la construcción de crianza a partir del reconocimiento, involucramiento y co-participación en la misma. Respecto a la construcción de pareja, parentalidad y familia, el sistema consultante refiere versiones socio-culturales integradas por semánticas del “deber ser”, lo cual semióticamente se concibe desde la asunción del rol ideal, en tanto cumple con las expectativas contextuales, propiciando la búsqueda de la figura masculina significada como autoridad, representada desde el rol paterno, así como la figura femenina como símbolo de compañía y afecto. Dicha dinámica mantiene la constitución de pareja, escindiendo el

dominio emocional a partir del malestar experimentado por sus integrantes, en tanto considerarlo constituye una amenaza de disolución del sistema familiar.

El “deber ser” es abordado por Gergen (2006), indicando que no se trata solamente de la expansión del yo por la interacción propiciada en las relaciones, lo que acosa al individuo con la necesidad del “deber” continuamente, sino también una infiltración en la conciencia cotidiana de la duda sobre sí mismo, lo que a su vez evoca una sensación de vacuidad e insuficiencia, producto colateral de la colonización del yo y la aparición de espectros sociales, desde los cuales se incorpora aquello que se considera “bueno”, “correcto” o “ejemplar”, como es el caso de la construcción del rol de pareja, parental y familiar.

En éste sentido, el autor subraya que la saturación social, proporciona una multiplicidad de lenguajes del yo, incoherentes y, en ocasiones, desvinculados entre sí, consecuencia de la multiplicidad de relaciones también desconectadas, que impulsan al individuo en direcciones distintas. Esto incita a desempeñar una diversidad de roles que permiten que el concepto del “yo auténtico” se difumine; de lo cual se da cuenta en la investigación-intervención a partir de la escisión del dominio emocional.

Estrada y Díazgranados (2007) agrega que la constante saturación de la cultura pone en peligro las premisas previas sobre el yo, y permea las pautas de relación, señalando que todas las premisas acerca de “lo que somos realmente” son consecuencia de una cultura en un momento histórico.

Retomando el posicionamiento del rol profesional en el contexto terapéutico, y ante el anuncio de cierre del proceso interventivo por parte el equipo investigador-interventor, el

sistema consultante presenta historias de descalificación del rol y la competencia profesional de la terapeuta e investigadora-interventora, atravesadas por semánticas de insatisfacción frente al incumplimiento estricto de las expectativas configuradas sobre el proceso terapéutico. Lo anterior es comprendido semióticamente como ausencia de cambio, generando señalamientos a nivel pragmático sobre la irresolución del motivo de consulta, la intervención desarrollada, y el criterio de convocatoria de los participantes en el escenario terapéutico.

Como lo referencia Gergen (2006) (respecto al posicionamiento del psicólogo consultante en el escenario interventivo), los títulos que se asocian al estatus indican la posición social asumida, y el servicio que cumple en la comunidad, lo que denota el yo inserto en lo social, evidenciándose en las pautas de relación, como se puntúa en la interacción con el equipo terapéutico.

Como consecuencia de lo anterior, el sistema consultante concibe el contexto terapéutico desde semánticas de conocimiento experto, donde el cambio se contempla semióticamente a través del cumplimiento de expectativa, lo que a su vez se encuentra asociado pragmáticamente al seguimiento de directrices e instrucciones ofrecidas por el psicoterapeuta –como sucede con el psicólogo consultante previo a la búsqueda del escenario terapéutico, ante el fracaso de las expectativas del sistema familiar-.

En conclusión, se resalta el doble rol como elemento novedoso y articulador de la presente investigación-intervención, puesto que es a partir del posicionamiento asumido por el psicólogo consultante y el psicoterapeuta –en la familia y en el espacio interventivo- que se formula una doble demanda de ayuda –resolución del motivo de consulta familiar y

validación del lugar del profesional en psicología en el sistema familiar- y a partir de esta, la configuración de dinámicas de relación en contexto terapéutico que favorecen el posicionamiento jerárquico -basado en relatos de experticia-, la asunción de un rol pasivo de los miembros de la familia –lugar desde el cual emergen prácticas de descalificación frente al psicólogo desde su rol profesional- y en consecuencia, el isomorfismo entre el sistema consultante y el equipo investigador-interventor que mantiene el problema y dificultan el cambio.

Memorias que humanizan la experiencia: La deconstrucción del rol

A partir de la experiencia de insatisfacción vivida por el psicólogo consultante al interior de la familia, emergen cuestionamientos que confrontan su lugar desde el rol familiar y el conocimiento disciplinario, lo cual favorece el reposicionamiento del profesional en psicología (que consulta) a través del proceso interventivo, ubicándose estructuralmente en el rol correspondiente en el sistema familiar.

En este sentido, surgen en el psicólogo consultante relatos subdominantes que privilegian la experticia desde su propia vida, favoreciendo la descentralización del rol profesional a partir de la consideración semiótica de corresponsabilidad, -tanto en la configuración del problema como en el proceso de cambio-, y en consecuencia – a nivel pragmático- la participación activa de todos los miembros que integran la familia.

Lo anterior es coherente con el planteamiento de Hernández (2010), quien subraya la coexistencia de la psicología clínica compleja como alternativa en la que surgen formas diversas de humanización y se valoriza tanto la voz de los beneficiarios de los servicios como la de los actores profesionales implicados, en tanto se contempla al ser humano como

“sujeto” creador de conocimiento y la relación con los demás, como contextos gestantes del mundo psíquico y subjetivo.

Al deconstruir el relato que sostiene el rol de experticia presentado al inicio por el sistema consultante, se difumina la demanda de ayuda que privilegia la convalidación del psicólogo –consultante-, a partir de la interacción con el psicoterapeuta y la configuración del contexto interventivo -acción mediante la cual se comprende el síntoma con base en una lectura individual-.

Desde este punto de vista, las familias participantes narran la experiencia de sufrimiento a partir de relatos subdominantes que hacen referencia a la redefinición del problema, lo cual involucra una comprensión interaccional, a partir del reconocimiento de cada uno de los integrantes del sistema familiar, como agentes activos en la construcción del problema y, el proceso de cambio, lo que involucra la creación de realidades alternas que posibilitan la experiencia de bienestar –organizada por el relato identitario reconfigurado mediante la diversificación e integración de roles asumidos-. De otra parte, se redefine el contexto terapéutico a partir de semánticas que destacan dicho escenario, como un espacio de construcción de cambio.

Del mismo modo, como lo exponen Boscolo y Bertrando (2009) el proceso terapéutico se convierte en un proceso de re-narración de las historias (re-storying), desde el cual se recupera la posibilidad y la capacidad de ser autores (a través de la interacción con el terapeuta) de historias positivas para sí mismos que ofrezcan un sentido y por tanto, disminuyan el sufrimiento. En complemento, Estupiñán y González (2012) agregan que la terapia psicológica se convierte en el contexto en el cual el diálogo posibilita la emergencia

de discursos alternativos, a través de la resignificación de experiencias específicas, modificaciones en los patrones relacionales, y el surgimiento de realidades alternas.

Adicionalmente, se resalta el reposicionamiento del psicoterapeuta quien se narra a sí mismo como facilitador en el proceso conversacional reflexivo, lo que permite isomórficamente el reconocimiento de sí como co-constructor del cambio.

Volviendo sobre el reposicionamiento del psicólogo consultante en el sistema familiar, emergen los recursos personales y familiares –se destaca particularmente el dominio emocional- producto de dicha movilización, que a su vez amplían las posibilidades de relación parento-filial, a través de versiones subdominantes que promueven la autonomía e individuación. Al respecto, Maturana (1999) señala que al distinguir emociones en la vida diaria, es posible observar diferentes dominios o tipos de conductas relacionales, haciendo énfasis en que al pasar de una emoción a otra éstos se modifican, lo cual explica las alternativas emergentes en el ejercicio investigativo-interventivo que trascienden el motivo de consulta, y advierten la presentación de nuevas formas de interacción paterno-filial.

Específicamente, frente a la construcción de la pareja –en el proceso terapéutico- se puntúa la diversidad, entre los miembros del sistema conyugal, como semántica que integra la reciprocidad y complementariedad, elementos que corresponden a la acción conjunta desde una lectura semiótica. En este sentido, se identifican semánticas de comunicación continua en los relatos expuestos por los cónyuges, como aquello que posibilita a nivel pragmático la co-participación en las decisiones del subsistema filial.

Sumado a ello, emergen memorias que hacen referencia a la co-construcción de escenarios de pareja, a partir del reconocimiento y la puntuación de acontecimientos

extraordinarios, desde los cuales los integrantes del sistema conyugal se narran como creadores de mundos posibles. Surgen entonces, nuevas formas de comunicación que atraviesan el lenguaje digital y analógico, lo que se comprende semióticamente desde la corresponsabilidad. Surgen relatos de cuidado mutuo, a partir de semánticas de diversidad, diferencia y singularidad entre sí, entendidas a nivel semiótico desde la reciprocidad, y evidenciadas a través de prácticas de complacencia, negociación y satisfacción de pareja.

En coherencia con lo anterior, la construcción narrativa de la demanda de ayuda es redefinida por el sistema conyugal a partir de la emergencia de versiones subdominantes que presentan alternativas en la construcción de pareja, parentalidad y familia, desde las cuales se articulan semánticas asociadas a los límites con terceros (modelos referentes de crianza en la historia personal, subsistema filial y familia extensa), siendo la innovación y la reinención de sí mismos a partir del reconocimiento de las necesidades mutuas, la noción semiótica de las narrativas presentadas. Esto lleva a los participantes a la configuración de un rol activo en la creación y construcción con el otro, siendo el espacio donde emerge la corresponsabilidad, nuevamente, como pretexto de la reconstrucción del sistema conyugal, parental y familiar.

Es así como a la luz de perspectivas construccionistas sociales, Estupiñán, González y Serna (2006) relatan una visión discursiva, lingüística y contextual del significado de la experiencia y de la acción, situando en este caso la construcción de la parentalidad y la conyugalidad como un significado emergente en la relación, al considerar la coherencia del individuo, las construcciones narrativas de su experiencia y la acción, con su contexto social. En este sentido, atribuir significado a la experiencia implica convocar a los interlocutores pertenecientes a la comunidad local, lo que determina la inclusión de las

convenciones sociales, culturales, lingüísticas, narrativas, históricas, relacionales y discursivas.

En síntesis, al reconocer versiones subdominantes que diversifican las narrativas privilegiadas asociados al psicólogo y su ejercicio profesional, se deconstruyen los relatos dominantes en relación con el *conocimiento experto* –y el saber procedimental respecto a la conducta humana- y se redefine el contexto interventivo como espacio de co-construcción de cambio –involucrando la participación de los miembros que integran la familia-. En este sentido, se promueve el reposicionamiento del psicólogo consultante en el sistema familiar, generando consigo la disolución de la demanda de ayuda *encubierta*, facilitando –desde el rol estructural- en consecuencia la redefinición del problema y la resignificación del sufrimiento, mediante la intervención de la epistemes psicológicas a través de las cuales se organiza la experiencia.

Relatos alternos: La re-invencción del self

A partir de las memorias emergentes, se deconstruyen las epistemes profesionales que categorizan el síntoma mediante el proceso interventivo, lo que favorece la emergencia de alternativas de cambio a través de la actualización de la experiencia vivida a la experiencia narrada, tránsito que a su vez permite la reconfiguración del relato identitario.

Según Gergen (2006), el planteamiento referido anteriormente se propicia al ampliar el potencial semántico de expresión del sí mismo, puesto que se vuelven posibles otras opciones en el campo de las relaciones humanas, argumentando que los términos usados en el lenguaje imponen límites a las actuaciones -lo que en el escenario interventivo constituye la trascendencia de las epistemes hacia otras posibilidades de definición del self-.

En complemento, Monge y León (1998) afirman que el dolor y el sufrimiento coexisten en la vida humana, razón por la cual el hombre a lo largo de la historia ha buscado una explicación acerca de su sentido, basado en su propia experiencia, lo cual si bien no elimina la categoría del sufrimiento, permite su resignificación a partir del sentido atribuido.

En síntesis, se reconfigura el rol familiar del psicólogo consultante a partir de la deconstrucción de relatos dominantes que contienen epistemes profesionales, desde las cuales se contempla “cambiar” al portador del síntoma a quien se atribuye linealmente como la causa de la experiencia de sufrimiento en el sistema familiar, otorgando posteriormente-a nivel pragmático- la responsabilidad de cambio en términos de “éxito” al equipo investigador-interventor. No obstante, como lo menciona Estrada y Díazgranados (2007) la renuncia del terapeuta al rol que lo define como conocedor superior, propicia la construcción de una relación colaborativa a partir de la cual emergen recursos en doble dirección, lo que en el ejercicio investigativo promueve la movilización del sistema familiar.

Del mismo modo –siguiendo el isomorfismo descrito- es a partir del anuncio de cierre del proceso terapéutico que emerge la crisis en el sistema consultante y con esta, el reconocimiento del problema y/o conflicto, desde semánticas de cambio, posibilidad y alternativa, significadas semióticamente desde la consideración de bienestar, al propiciar la toma de decisiones frente a la relación conyugal -en un nivel pragmático-, como una manera de asumir y gestionar el sufrimiento desde lo individual y relacional.

Dicha postura sobre la aparición del problema, se conecta con el postulado de Frankl (2004) quien plantea que el sufrimiento no es siempre un fenómeno patológico, señalando que puede tratarse de un logro humano, particularmente cuando surge de la frustración existencial. Sumado a ello, el autor duda de que la búsqueda de sentido para la propia existencia provenga exclusivamente de la enfermedad, puesto que la frustración existencial no es considerada ni patógena ni patológica. No obstante, refiere que en ocasiones el especialista, buscando eliminar dicho malestar, utiliza drogas tranquilizantes sin antes conducir al paciente a través de su crisis existencial de crecimiento y desarrollo, lo que en el ejercicio de la investigación-intervención se vislumbra como posibilidad de cambio.

Volviendo sobre lo anterior, la confrontación de la experiencia vivida en relación con el otro, promueve en el psicólogo consultante la expresión de relatos alternos asociados a la disolución de la pareja, constituidos por semánticas asociadas a la aceptación de sí, que a su vez favorecen la reconfiguración narrativa del self y con ello, el reconocimiento de la experiencia de sufrimiento –desde el dominio emocional- mediante la autonomía y la toma de decisiones en términos semióticos y pragmáticos respectivamente.

Según Monge y León (1998), el sufrimiento se define como aquello que realza la existencia humana, despierta el componente espiritual, y direcciona al hombre hacia sí mismo y su propia existencia como se evidencia en la investigación-intervención a través de la autonomía, la cual desemboca en la acción, favoreciendo -como lo señalan los autores- la adquisición de virtudes y sentido de trascendencia.

El sistema consultante identifica la unión de pareja como relato dominante en tanto se concibe como única posibilidad, ante las expectativas configuradas desde la construcción

de éxito, basadas en semánticas provenientes de narrativas socio-culturales. En este sentido, al emerger la disolución de la pareja como relato alternativo, se redefine el sufrimiento como posibilidad de bienestar –semióticamente-, a partir de semánticas que privilegian la individualidad y, en consecuencia, proponen –pragmáticamente- la separación de la pareja.

Si bien Monge y León (1998) atribuyen al sufrimiento calificativos que le connotan de “negativo o malo”, como ocurre en la práctica investigativa-interventiva cuando se puntúan polaridades semánticas, es posible reconocer su sentido volviendo sobre el sufrimiento como alternativa. Esto significa, en otras palabras, que el ser humano es quien elige qué desea vivir en la experiencia dolorosa, lo que se evidencia en el sistema conyugal, desde la decisión que enmarca caminos posibles de bienestar.

En conexión con lo anterior y de acuerdo a la construcción identitaria planteada por Estrada y Díazgranados (2007), el autor advierte que tener un solo medio para hacer inteligible al yo, limita el rango de relaciones o situaciones en las que es posible funcionar de manera satisfactoria. Se redefine así la demanda de ayuda -que vincula el “yo profesional” a la resolución del problema- a partir de los relatos emergentes en el psicólogo consultante, quien renuncia a la pauta que mantiene el síntoma –desde su posicionamiento inicial-, puesto que conlleva la definición de sí a través de la existencia del otro, y en consecuencia la anulación del self en la relación, lo que promueve el cambio en el sistema consultante –pragmáticamente- en términos de elección.

Con relación a lo anterior, el psicólogo consultante refiere relatos de temor asociados semánticamente a *la debilidad*, lo cual es simbolizado semióticamente a partir de la emergencia de la incertidumbre -ligada a la decisión tomada-. No obstante, ante la

presentación de dicha experiencia, el profesional consultante reconoce sus recursos personales –desde su reconstrucción identitaria-, dando lugar a las alternativas de sentido.

Al respecto, Frankl (2004) hace énfasis en que el interés principal del hombre no es encontrar el placer o evitar el dolor, sino encontrarle un sentido a la vida, considerando incluso el sentido del posible sufrimiento, siendo los recursos del sistema consultante una alternativa que favorece el cambio, a partir del sentido que se otorga a la experiencia desde la incomodidad evocada por la consideración del devenir.

Siguiendo esta línea, la demanda de ayuda -como marcador del contexto terapéutico- desaparece, puesto que el sistema consultante redefine narrativamente el cambio mediante semánticas que privilegian a los miembros integrantes como gestores del mismo -en coherencia con el dominio cognitivo, emocional y pragmático-, lo cual es asociado a los procesos de autoorganización y autonomía propios de los sistemas.

De este modo emergen relatos alternos que humanizan la experiencia, resolviendo así el doble rol como un impasse en la construcción del sistema terapéutico. Si bien surge el lenguaje, desde el conocimiento académico, se reconoce semánticamente como un medio para comunicar al otro aquello que emerge en el dominio cognitivo y emocional, que a su vez trasciende a la esfera pragmática, no como un fin, en tanto no se concibe como un acto explicativo desde la causalidad lineal.

Según Shotter en su conferencia “Acción conjunta como una emergencia de la vida” (comunicación personal. 9 de abril, 2011), citado por Díaz, Martínez y Muñoz (2012), la comunicación “(...) no se limita a la simple palabra, sino que tiene un contenido corporal que brinda la fuerza emocional, en aras de desencadenar una respuesta determinada en el

otro, y evocar una emocionalidad en éste, dinámica que determinaría la acción conjunta” (p.10). Desde esta perspectiva, en el proceso investigativo-interventivo se acepta al otro en la interacción, y a partir de allí, se co-construyen nuevas dinámicas de relación que dan lugar a la apertura de posibilidades de ser y estar en familia, significadas desde la construcción de bienestar.

Siguiendo los hallazgos presentados por Hernández (2010), la autora refiere que la articulación de todas las dimensiones de la vida en la comprensión e intervención de los problemas, da lugar a su despatologización. Por su parte, Gergen (2006) vincula las actuaciones emocionales como acciones que se limitan ante ciertos contextos, de acuerdo a la aprobación social, entendiendo que son las reglas culturales las que determinan cuándo y dónde puede tener lugar una actuación emocional, así como las reacciones de los demás. En el escenario terapéutico, lo anterior tiene sentido al privilegiar la co-participación en el proceso de cambio, puesto que lleva implícito la aprobación consensuada de quienes integran el sistema terapéutico.

En síntesis, se resignifica la experiencia de sufrimiento a partir de la reconfiguración del relato identitario de los participantes, en tanto se evidencia coherencia en el dominio cognitivo desde el reconocimiento del self en relación, la manifestación del sentir en el dominio emocional, y la toma de acción mediante la definición de la relación a través del dominio pragmático. Esto para Gergen (2006) significa que al deconstruirse la categoría de la persona individual, se vuelve esencial la conciencia en construcción, y desde allí es posible darse cuenta de quién se es, por la manera como es construido a través de los grupos sociales. Así mismo, el autor afirma que la multiplicidad de relaciones permite una transformación en la capacidad social del individuo, para saber acerca de y cómo, motivo

por el cual el sentido relativamente coherente que tenía del yo en la cultura tradicional, da lugar a múltiples posibilidades antagónicas.

En conclusión, los relatos alternos que emergieron a lo largo del proceso de investigación-intervención se basaron en las posibilidades de reinención del self, lo que favoreció la actualización de la experiencia y con ello, la reconfiguración del contexto terapéutico como único escenario de cambio.

Autorreferencia: La experiencia del doble rol como espejo de sufrimiento

Previo a la presentación del proceso autorreferencial atravesado por el equipo terapéutico a lo largo de la investigación-intervención, es importante aclarar que si bien se retoman algunos autores y sus conceptos esenciales -propios del sistema teórico-, el texto que se expone a continuación privilegia la experiencia de la terapeuta y la investigadora-interventora -a partir del proceso psicoterapéutico desarrollado- sobre la contrastación teórica de los resultados obtenidos. Lo anterior obedece a la interacción entre el sistema consultante y el equipo terapéutico, desde la cual se plantea la emergencia del isomorfismo, como elemento novedoso y a su vez fundamental para la comprensión del problema y la construcción del cambio, lo que implica la carencia de posturas conceptuales que lo sustenten. Con el fin de entender la vinculación de los elementos involucrados en la pauta de interacción descrita, es pertinente considerar una organización de un nivel superior o metateórico, razón por la cual se propone el doble vínculo (Bateson, 1998) como hipótesis teórica asociada a la configuración del doble rol.

Historias de sufrimiento: La reivindicación del doble rol como estrategia de defensa. En tanto el equipo investigador-interventor identifica la pauta de descalificación de los miembros de la familia hacia el psicólogo consultante respecto a su rol, competencia y ejercicio profesional, acepta la demanda de ayuda metacomunicada por éste como “promesa de cambio”, a fin de reivindicar la eficacia de la psicología como disciplina, lo cual mantiene rígidamente los relatos dominantes de experticia, tanto en el discurso del psicólogo consultante -a través de las epistemes profesionales que posicionan al profesional en psicología desde el rol de experto- como en el sistema de ayuda, isomórficamente. Se destaca la presencia de historias asociadas al poder, integradas por semánticas de conocimiento profesional (“al saberlo todo”), asumiendo pragmáticamente la responsabilidad del cambio.

De este modo, al instaurarse la demanda de ayuda como marcador de contexto, se ubica al equipo terapéutico en una situación de doble vínculo que exige la construcción de un escenario reflexivo que recree campos de comunicación metacontextuales, interviniendo así la paradoja impuesta por las historias configuradas como demanda de ayuda, lo que implica un tercer lugar en otro nivel lógico.

Memorias: La incertidumbre como brújula de conocimiento. A partir de la pauta de interacción isomórfica que mantiene el síntoma en el contexto terapéutico -desde la cual el psicólogo consultante refiere “no saber qué hacer” con el malestar emergente en su familia (razón por la cual acude al proceso interventivo), y el impacto autorreferencial en la terapeuta e investigadora-interventora desde el dominio emocional al reconocer y asumir “no saber qué hacer” (representado en términos de frustración)-, el equipo terapéutico utiliza la autorreferencia como estrategia interventiva para exponer la posibilidad de "no

saber qué hacer" como relato subdominante en el quehacer profesional, excluyendo con ello la competencia y el ejercicio ético y profesional de la disciplina, lo que propicia pragmáticamente la corresponsabilidad de los miembros del sistema terapéutico en el proceso interventivo, así como la descentralización del rol profesional asumido por el psicólogo consultante, favoreciendo la ruptura de la pauta isomórfica.

En este sentido, se propicia la deconstrucción narrativa de las epistemes profesionales, facilitando el tránsito de una lectura individual que se encuentra ligada al motivo de consulta, a una comprensión interaccional-relacional que favorece el reconocimiento de la co-construcción del problema y la redefinición del mismo –fuente organizadora de la experiencia de sufrimiento-. Desde éste punto de vista, el psicólogo consultante se asume a sí mismo en un rol familiar, propiciando la disolución del rol profesional y el ejercicio del mismo al interior de la familia. Simultáneamente, el equipo terapéutico se repositona como co-constructor de cambio, dejando de lado los relatos que privilegian una mirada experta, que sustenta en el conocimiento de la psicología una versión única de verdad, ubicando al psicoterapeuta jerárquicamente sobre el sistema consultante.

A propósito de la co-construcción, Anderson y Goolishian (1996) destacan que los significados son creados y experimentados por los individuos que conversan, puesto que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión, que se configura a través de la construcción social y el diálogo. Volviendo sobre los relatos asociados a epistemes, los autores manifiestan que los seres humanos viven y entienden su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, las mismas que organizan y dan sentido a su

experiencia, lo que en la práctica investigativa-interventiva invita a un doble posicionamiento tanto en el sistema consultante como en el sistema de ayuda.

Es así como se redefine el contexto terapéutico como escenario de co-construcción, lugar desde el cual los actores participantes se narran como agentes activos en la emergencia del problema, así como del proceso de cambio (incluyendo a los integrantes del equipo terapéutico), evidenciado mediante relatos de corresponsabilidad que a su vez configuran una estructura heterárquica en la psicoterapia. Al respecto, Anderson y Goolishian (1996) refieren que en el sistema terapéutico la comunicación es esencial en el intercambio dialogal, pues constituye un sistema lingüístico y a su vez, de organización del problema y de disolución del mismo.

Relatos alternos: Del reflejo al re-conocimiento. En términos generales, el equipo terapéutico a través del proceso conversacional reflexivo, redefine la construcción narrativa asociada al psicoterapeuta, aquella basada en la experticia -a nivel semántico- y la capacidad de atender y resolver el síntoma motivo de consulta –semióticamente- expresado en el escenario terapéutico, asumiendo pragmáticamente la responsabilidad de generar el cambio.

Como lo mencionan Anderson y Goolishian (1996) desde una concepción hermenéutica, en el contexto terapéutico el cambio está representado por la creación dialogal de la nueva narración, es decir, el proceso dialogal a través del cual la interpretación inicia desde los preconceptos del terapeuta, dando lugar al círculo de significado que favorece el desarrollo de un escenario conversacional que a su vez permite la emergencia de “lo nuevo”, a través del diálogo, como se precisa más adelante

Se refiere el anuncio del cierre del proceso terapéutico como un acontecimiento que favoreció la emergencia de relatos alternos. En principio, se considera la expresión del mismo –por parte del equipo investigador-interventor- como una forma de “entregar” a la familia la posibilidad de construir y crear su propia versión de parentalidad, conyugalidad y familia. No obstante, es a partir de tal puntuación que emerge nuevamente el relato dominante de experticia en la familia, compuesto por: semánticas de descalificación hacia equipo investigador –interventor, sustentadas por epistemes profesionales, y semióticamente basadas en la incompetencia profesional frente a la intervención del motivo de consulta, la convocatoria de participantes al contexto interventivo, y la resolución del conflicto en términos de cambio.

En consecuencia, el sistema de ayuda propone el equipo reflexivo como estrategia interventiva para realizar la devolución del contenido emergente a nivel autorreferencial –al asumir los relatos de la familia como señalamientos al rol (semiótica) de carácter amenazante (semántica) en términos identitarios-, develando la pauta relacional isomórfica evidenciada en el sistema terapéutico y desplazando la mirada hacia el contexto familiar –al comprender la dinámica interaccional que mantiene el síntoma-. A partir de allí, se propicia la crisis que promueve la ruptura de la pauta sintomática, al convertirse el equipo terapéutico en un observador de las acciones tomadas por la familia como sistema autónomo.

Como lo propone Andersen (1991), la conversación terapéutica desde el equipo reflexivo introduce modificaciones semánticas en el mundo de significados de las familias. De este modo, se propone que sean los clientes quienes construyan sus propias alternativas, permitiéndose el diálogo sobre el diálogo con los demás, lo cual da cuenta en la autonomía

revelada por el sistema consultante mediante la escucha en un sistema observante (que incluye al equipo investigador-interventor).

Así como ocurre con el psicólogo consultante y su familia, sucede con el equipo terapéutico y el sistema consultante. En un primer momento surge el deseo de “cambiar al otro” a través de la comprensión de las interacciones implícitas en el intercambio relacional (en el contexto familiar y terapéutico respectivamente). Sin embargo, al reconocer al otro mediante la construcción de sí, emerge el bienestar en términos de coherencia con el relato identitario, el cual busca ser reconfigurado al deconstruir el “deber ser” de los roles desempeñados, facilitando la movilización de la pauta isomórfica y con ella, el cambio. De acuerdo a lo anterior, Gergen (2006) hace referencia al término *Multifrenia*, para indicar la noción que designa la escisión del individuo en una multiplicidad de investiduras de su yo, lo que se articula con la diversidad de roles asumidos en el sistema consultante, y los significados integrados al yo, a partir de los supuestos sociales del “deber ser”.

Referente a la emergencia de la crisis propiciada en el contexto interventivo, McNamee (1996) la define como una experiencia límite, al margen de cánones aceptados socialmente, lo que implica una reconstrucción de la identidad y representa malestar para el individuo, al participar en formas centralizadas y colectivas de discurso.

A través de la post-sesión, el equipo terapéutico conversa sobre el cierre del escenario investigativo-interventivo recogiendo los aspectos significativos del trabajo co-terapéutico y las reacciones emergente a lo largo del proceso interventivo según Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1991), destacando la consolidación de equipo, la integración de comprensiones sistémico-complejas y contextuales, el ejercicio autorreferencial continuo, y la complementariedad interventiva que favoreció la aplicación de estrategias y técnicas de

acuerdo a la demanda del sistema consultante, posibilitando el proceso de cambio en términos de mundos y caminos alternos.

Asociado a lo anterior, la terapeuta e investigadora-interventora se cuestionan sobre el rol del psicoterapeuta, las expectativas que habitan sobre el mismo y el ejercicio profesional, en tanto se percibe una sensación de fracaso frente a los deseos de movilización que no fueron cumplidas de acuerdo a las construcciones preconcebidas. Desde éste punto de vista, se contempla el cambio como proceso emergente en la co-construcción propiciada por el sistema terapéutico, reconociendo la incertidumbre como componente inherente a la vida humana y el impacto del azar frente a la imposibilidad de “saberlo todo” para intervenir de manera profesional, ética y humana.

Estupiñán y González (2012) hacen referencia al significado evocado al interior del contexto terapéutico, como una emergencia de la relación, producto de la acción conjunta, pautada por las relaciones entre los interlocutores y sus posiciones subjetivas en las prácticas discursivas, como se evidencia previamente en la comprensión del cambio, “(...) donde la experiencia es candidata al significado en un conjunto de afirmaciones que la constituyen como objeto del lenguaje” (p.106).

Los actores participantes (tanto el sistema consultante como la terapeuta tratante y la investigadora-interventora), se narran a sí mismos desde la construcción de alternativas del self, lo que favorece la actualización de la experiencia vivida como imposibilidad de cambio, a la experiencia narrada como posibilidad, evidenciando la reconfiguración del relato identitario y en consecuencia, la resignificación de la experiencia de sufrimiento. Como lo menciona Payne (2002), el relato del yo es una narración que se construye definiendo la identidad del sujeto (sí mismo), considerando sus recuerdos y percepciones de

la vida, los roles que desempeña en diversos contextos y sus relaciones sociales; en la investigación-intervención si bien se asume el posicionamiento del rol familiar, éste es reconfigurado a partir de la creación de nuevas formas de relación en las familias participantes.

Concluyendo el apartado autorreferencial, se destaca el planteamiento de Hernández (2010), que resalta la emergencia como propiedad de los sistemas complejos, y la creación de contextos de cambio, espacio donde los individuos refuerzan su autonomía, y las instancias sociales potencian la sinergia de sus actuaciones enfatizando en su capacidad generativa.

Hacia un modelo comprensivo-explicativo del doble rol del psicólogo en la psicoterapia

Considerando los hallazgos emergentes en la presente investigación-intervención, y posterior al análisis interpretativo hetero y autorreferencial, se destaca el doble rol del psicólogo consultante y del psicoterapeuta como componente novedoso producto del trabajo desarrollado. En efecto, se describe a continuación la pauta de interacción que sustenta el posicionamiento desde el doble rol al interior del sistema familiar y el contexto interventivo (ver figura 14)

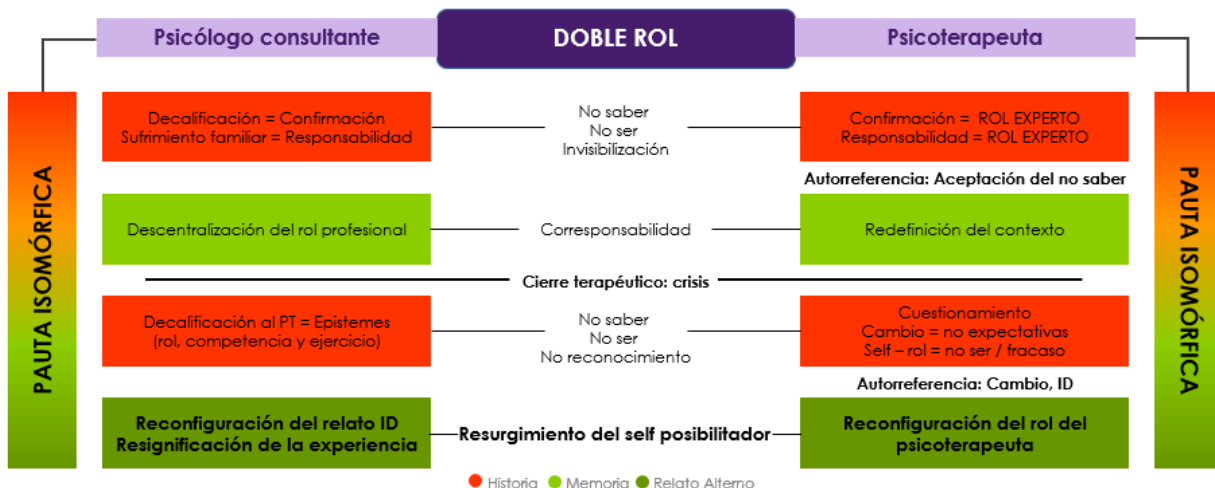


Figura 14 Modelo explicativo-interventivo del doble rol

La doble invisibilización del self. En tanto emerge la experiencia de malestar en la familia, quienes la componen entregan al miembro psicólogo la responsabilidad de atender dicha situación, poniendo en él su expectativa de resolución. Éste, al asumir la demanda de ayuda configurada a partir de los relatos de los otros miembros de la familia, toma el rol profesional desde el encargo social que representa la desaparición del síntoma a partir del conocimiento y el saber propio de la psicología.

No obstante, ante el mantenimiento de la pauta sintomática y la descalificación de la familia frente al incumplimiento de sus expectativas (como aquello que configura el rol), surge la experiencia de fracaso, semióticamente comprendida a partir de la incompetencia profesional.

En este sentido, se invisibiliza el lugar del psicólogo consultante en la familia desde el ámbito profesional y así mismo, desde el rol ocupado estructuralmente en el sistema familiar, favoreciendo prácticas de no reconocimiento de sí. Siguiendo esta perspectiva, se

entiende la dinámica relacional-interaccional descrita a partir de la imposibilidad, en tanto no permite la emergencia de posibilidades que desvirtúen las expectativas y su cumplimiento, como el criterio de reconocimiento y validación del otro en la relación.

El isomorfismo del no reconocimiento. Cuando el sistema familiar se aproxima al escenario terapéutico, el psicólogo consultante mantiene la asunción del doble posicionamiento, desde el cual se configura narrativamente la demanda de ayuda doble. En primer lugar, el psicólogo consultante busca en el colega psicoterapeuta la confirmación del rol profesional y en segundo lugar, la resolución del malestar relatado por la familia en términos de motivo de consulta, significado a su vez como la reivindicación de la disciplina, en términos del cumplimiento de las expectativas de cambio, entregando al psicoterapeuta dicha responsabilidad.

Isomórficamente, el psicoterapeuta acepta el encargo del colega consultante, lo que le lleva a posicionarse desde el rol de experto, con el propósito de responder a la demanda planteada, en tanto reconoce la descalificación y con ésta, la invisibilización indirecta de su rol profesional en el contexto terapéutico.

Sin embargo, al privilegiar la demanda de ayuda y en consecuencia, dirigir la intervención a la resolución de la solicitud familiar, emerge en el psicoterapeuta la experiencia de fracaso (así como es resaltado en el apartado anterior desde la vivencia del psicólogo consultante en el sistema familiar), situándose desde el no reconocimiento a partir de relatos de incompetencia profesional.

El resurgimiento del self posibilitador. Frente al desconocimiento del proceder interventivo, el psicoterapeuta hace uso de la autorreferencia como recurso terapéutico,

reconociendo el “no saber” así como la experiencia de frustración generada ante el sistema consultante, lo cual permite integrar el “no conocer” como una posibilidad, favoreciendo la deconstrucción narrativa de la experticia y a su vez, la reconfiguración del rol profesional como co-autor del proceso de cambio, permitiendo la emergencia de la co-responsabilidad y el posicionamiento del psicólogo consultante desde el rol familiar, lo cual lleva a la redefinición del problema y de la intervención orientada al sistema consultante.

Ante la emergencia de la crisis en el sistema consultante, producto del anuncio del cierre del proceso terapéutico, el psicólogo consultante se posiciona nuevamente desde el rol profesional, descalificando el rol del psicoterapeuta, la competencia y el ejercicio profesional, dando cuenta nuevamente de la pauta isomórfica entre el psicólogo consultante y el sistema familiar -señalada al principio de la descripción-.

De nuevo, la autorreferencia permite en el psicoterapeuta la emergencia de un proceso autorreflexivo desde el cual se cuestiona sobre la construcción identitaria a partir del rol profesional, distinguiendo el “deber ser”, sustentado en el encargo social al ser diversamente posible, lo que a su vez le invita a explorar las semánticas asociadas al cambio, las cuales se encuentran rígidamente sostenidas sobre las expectativas del rol como construcción social.

A partir de la reconfiguración identitaria del psicoterapeuta, se permite confrontar la construcción de cambio en el sistema consultante, precisando la atribución equivalente al cumplimiento de las expectativas, desde el discurso profesional (en la voz del psicólogo consultante) y la experiencia del sistema familiar (en la voz de quienes lo integran), lo que favorece la deconstrucción del “deber ser” implícito en la diversidad de roles asumidos

ecológicamente por los integrantes de la familia y con ello, el resurgimiento del self como posibilitador de realidades que sincronizan la dimensión cognitiva y emocional, e impulsan a la acción desde el ámbito pragmático, dando lugar a la emergencia del cambio.

Finalmente, cabe resaltar que cuando el equipo investigador-interventor manifiesta la enunciación metacomunicativa a través del reconocimiento de “no saber qué hacer”, propicia la ruptura del doble vínculo favoreciendo la redefinición de la relación y la emergencia de memorias que, posteriormente, son consolidadas a través de relatos alternos orientados al bienestar.

Conclusiones

El presente apartado tiene como propósito dar a conocer los principales aportes para la comprensión e intervención del fenómeno de estudio, a la luz de cada de los capítulos desarrollados a lo largo del documento. Posteriormente, se destacan las contribuciones de la investigación a la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia y al Macro-proyecto Institucional de Investigación *Historias y narrativas de los sistemas humanos en diversidad de contextos*, finalizando con las implicaciones relevantes para el contexto, los actores sociales participantes, y la investigadora-interventora desde su proceso autorreferencial.

Aportes al fenómeno de investigación-intervención

Se estableció como fenómeno de investigación-intervención la *comprensión narrativa de la experiencia de sufrimiento, en familias con un miembro psicólogo, que acuden a un proceso psicoterapéutico*. Al respecto, los estados del arte documental y testimonial desarrollados favorecieron la redefinición del fenómeno planteado al inicio del trabajo investigativo, en tanto se concebía la construcción psicopatológica como foco de observación e intervención. No obstante, a partir de la exploración del desarrollo conceptual, epistemológico y paradigmático realizado y, en coherencia con los relatos de los psicoterapeutas participantes, analizados a la luz de los dominios de indagación de orden explicativo, técnico-interventivo, e ideológico simbólico, se define el sufrimiento como categoría emergente y, referente organizador del fenómeno de estudio.

Lo anterior obedece al reconocimiento de la psicopatología desde semánticas de incapacidad, dejando de lado el reconocimiento de los significados asociados al síntoma experimentado, lo que según García y Castro (2008) enmascara la existencia, dificultando el desarrollo potencial del individuo. Bajo esta lógica, la atribución de sentido al malestar

emergente, dinamiza la comprensión y la transformación de la enfermedad, entendiendo dicha experiencia desde el sufrimiento, concepto definido por Augsburger (2004) como la posibilidad de atender a los conflictos cotidianos presentados en las interrelaciones sociales, sin generar patologización de las mismas.

De este modo, el síntoma es comprendido como producto de la interacción entre el individuo y sus contextos, siendo el proceso recursivo -propio del intercambio relacional- el camino que permite la co-construcción a través del lenguaje como herramienta de creación de realidades diversas. En consonancia con esto, la acción psicoterapéutica constituye un medio fundamental en la reconfiguración de la experiencia de sufrimiento, en tanto propicia la resignificación de historias de vulnerabilidad y déficit, a través de la ampliación de memorias que plantean mundos posibles a partir de la re-narración del self (Celis y Serna, 2004), versiones consolidadas mediante relatos alternos que a su vez favorecen novedades co-evolutivas de autonomía y búsqueda de bienestar.

A partir de las voces de los actores participantes y los registros de la indagación documental, se resalta adicionalmente el impacto de la relación terapéutica en la movilización de los sistemas consultantes y la emergencia del cambio. Sin embargo -volviendo sobre la población de la presente investigación-intervención-, se observa el posicionamiento del psicólogo en el contexto familiar e interventivo desde su rol profesional, lo cual configura una construcción dilemática respecto a la incoherencia entre la competencia profesional y el rol de consultante, sustentado semióticamente a partir de la constitución del psicólogo como “símbolo de salud mental y funcionamiento psíquico”.

Desde allí el psicólogo consultante narra la experiencia de sufrimiento, a partir de categorías diagnósticas que configuran narrativas hipotéticas-explicativas sobre el motivo de consulta, reafirmando en su posicionamiento profesional, lugar desde donde se construye simultáneamente el relato identitario. No obstante, se presenta al contexto terapéutico - adicional a los relatos privilegiados narrados como sufrimiento en la familia-, un motivo de consulta asociado al agotamiento del psicólogo frente a la experiencia de fracaso, asociada a la imposibilidad de dar solución al síntoma emergente en su sistema familiar, señalado a partir de historias de “pérdida de control”.

A partir de los hallazgos emergentes en los estados del arte y enfatizando sobre el objetivo general de la investigación-intervención, que busca *Comprender cómo se organiza la experiencia de sufrimiento, en familias con un miembro psicólogo, así como el proceso de construcción y deconstrucción narrativa en las conversaciones psicoterapéuticas*, se consideró pertinente ampliar las historias narradas desde las epistemes profesionales en el primer contacto con el contexto terapéutico, a través de la creación de la categoría metodológica *Construcción narrativa de la demanda de ayuda*.

Retomando la transformación emergente en el contenido documental y el ejercicio testimonial sobre el sufrimiento, como noción posibilitadora de cambio desde la acción terapéutica, se propone explorar la construcción y deconstrucción narrativa de los relatos dominantes que lo articulan a través de la categoría metodológica *Experiencia de sufrimiento*.

Por último y correspondiendo a la descripción de la dinámica relacional e interaccional emergente en el contexto familiar e interventivo, a partir del posicionamiento

profesional asumido por el psicólogo consultante, se construye la categoría metodológica *Comprensiones acerca del rol familiar y profesional en psicología*.

En el método, se favoreció la construcción de realidades múltiples y consigo, la posibilidad de acción en el marco investigativo-interventivo, al articular la reflexividad como forma de conocimiento a través de la contextualidad del sentido, mediante el diseño contextual-reflexivo.

De este modo, la Narrativa Conversacional desde el planteamiento de Estupiñán y González (2012), constituyó un mecanismo que posibilitó la organización de historias personales y colectivas emergentes en la interacción, orientando el significado y sentido contextual de la experiencia de los actores participantes.

Los principios paradigmáticos operadores de la investigación-intervención: la experiencia reflexiva, el conexionismo y la coordinación de significados, los procesos conversacionales, el co-aprendizaje y la creatividad, y la contextualidad de los procesos, propiciaron la construcción y operación de los escenarios narrativo-conversacionales y equipos reflexivos implementados como estrategia de investigación-intervención, los cuales, en coherencia con Correa, Silva, Belloc y Martínez (2006), permitieron la conformación de territorios de escucha e interacción social, así como la transformación de la vivencia a una experiencia narrada por los sistemas participantes, fuera de los sistemas expertos.

Los resultados de la investigación-intervención develan el doble rol del psicólogo en el sistema familiar y terapéutico como elemento emergente y novedoso del ejercicio investigativo-interventivo. Los hallazgos de la investigación muestran en un primer momento que la demanda de ayuda se construye narrativamente a través de una doble solicitud: la

resolución del motivo de consulta, narrado a través de epistemes psicológicas que privilegian una mirada categorial, conceptual y/o psicopatológica. De otra parte e implícitamente, el psicólogo miembro de la familia busca la confirmación del rol profesional en el equipo terapéutico -en términos de competencia y experticia-, como consecuencia de la descalificación de quienes integran su sistema familiar, y acuñan a éste la resolución del malestar experimentado así como la permanencia del síntoma.

Mediante el ejercicio autorreferencial el equipo terapéutico favorece la deconstrucción narrativa del sufrimiento, a través del proceso conversacional, posibilitando la emergencia de memorias que permiten la redefinición del problema; y con ésta, el reposicionamiento del psicólogo consultante en su rol familiar, privilegiando en consecuencia, la atención profesional sobre la demanda de ayuda narrada desde la voz de la familia.

En tanto, el sistema de ayuda interviene la pauta isomórfica de descalificación y no reconocimiento desplazada al contexto interventivo, se reconfigura el relato identitario de la psicoterapeuta e investigadora-interventora, lo que autorreferencialmente permite la movilización del sistema consultante promoviendo la reconstrucción narrativa del self, y consigo, la reconfiguración del rol estructural en la familia. Se consolidan así, relatos alternos que facilitan la actualización de la experiencia vivida a la experiencia narrada, destacando finalmente la construcción narrativa de la demanda de ayuda en términos de autonomía.

Considerando los aportes del doble rol al fenómeno de estudio, y atendiendo a su funcionamiento en el proceso de cambio, se propone a continuación un esquema que favorece su comprensión en términos explicativos y operativos, integrando paralelamente el concepto

de marcos psicológicos y la Teoría del *Doble Vínculo* (en el subtítulo posterior y en Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones) expuestos por Bateson (1998), en tanto permite una visión complementaria.

Contribuciones a la psicología clínica, al Macroproyecto Institucional y a la Maestría

A partir del ejercicio investigativo-interventivo realizado, se propone un modelo comprensivo-explicativo para el abordaje familiar de sistemas consultantes que integran un miembro psicólogo, en el marco del contexto terapéutico. Principalmente se destaca el doble rol del psicólogo consultante, y el psicoterapeuta como componente novedoso del trabajo desarrollado. A continuación se describen tres fases que vislumbran el proceso interventivo.

La primera fase se titula *La doble invisibilización del self*, momento en el cual emerge la experiencia de malestar en la familia, y sus integrantes otorgan al psicólogo (miembro) la responsabilidad de resolución del mismo. Éste, al asumir la demanda de ayuda configurada en el sistema familiar, toma el rol profesional buscando dar respuesta al encargo social sobre la desaparición del síntoma a partir del saber propio de la psicología.

No obstante, ante la presentación reiterada de la pauta sintomática y la descalificación subsiguiente de la familia frente al incumplimiento de sus expectativas (como aquello que configura el rol), surge la experiencia de fracaso, semióticamente comprendida a partir de la incompetencia profesional. En este sentido, se invisibiliza el lugar del psicólogo consultante en la familia desde su rol estructural y profesional, favoreciendo la presentación de prácticas de no reconocimiento de sí. Considerando lo anterior, se entiende la dinámica interaccional descrita a partir de la imposibilidad, en tanto no se permite la emergencia de alternativas que

desvirtúen las expectativas y su cumplimiento, como criterio de reconocimiento y validación del otro en la relación.

La segunda fase se titula *El isomorfismo del no reconocimiento*, la cual tiene lugar cuando el sistema familiar se aproxima al escenario terapéutico, y desde este espacio, el psicólogo consultante mantiene la asunción del doble posicionamiento, configurando narrativamente desde allí la doble demanda de ayuda. En primer lugar, éste busca en su colega psicoterapeuta la confirmación del rol profesional y, en segundo lugar, la resolución del motivo de consulta familiar, significado a su vez como la reivindicación de la disciplina en términos del cumplimiento de las expectativas de cambio, entregando al psicoterapeuta dicha responsabilidad.

Isomórficamente, el psicoterapeuta acepta el encargo del colega consultante, lo que le lleva a posicionarse desde el rol de experto, con el propósito de responder a la demanda planteada; en tanto reconoce la descalificación, y con ésta, la invisibilización indirecta de su rol profesional en el contexto terapéutico. Sin embargo, al privilegiar la demanda de ayuda y en consecuencia, dirigir la intervención a la resolución de la solicitud familiar, emerge en el psicoterapeuta la experiencia de fracaso (del mismo modo que el psicólogo consultante en el sistema familiar), situándose desde el no reconocimiento a partir de relatos de incompetencia profesional.

Como tercera fase se presenta *El resurgimiento del self posibilitador*. Frente al desconocimiento del proceder interventivo, el psicoterapeuta hace uso de la autorreferencia como recurso terapéutico, lo que permite integrar el “no conocer” como una posibilidad, favoreciendo la deconstrucción narrativa de la experticia y, a su vez, la reconfiguración del

rol profesional como co-autor del proceso de cambio desde la construcción de co-responsabilidad, permitiendo el reposicionamiento del psicólogo consultante desde el rol familiar, así como la redefinición del problema presentado por el sistema consultante.

Ante la crisis emergente en el sistema terapéutico, el psicólogo consultante se posiciona nuevamente desde el rol profesional, descalificando en el psicoterapeuta el rol, la competencia y el ejercicio profesional, dando cuenta nuevamente de la pauta isomórfica entre el psicólogo consultante y el sistema familiar -señalada al principio de la descripción-. En un segundo momento, la autorreferencia permite al psicoterapeuta un proceso reflexivo desde el cual se cuestiona la construcción identitaria del rol profesional, distinguiendo el “deber ser” sustentado en el encargo social -al ser diversamente posible-, lo que a su vez le invita a explorar semánticas asociadas al cambio, rígidamente sostenidas sobre las expectativas del rol profesional como construcción social.

A partir de la reconfiguración identitaria del psicoterapeuta, se confronta la construcción de cambio en el sistema consultante, precisando la atribución equivalente al cumplimiento de las expectativas desde el discurso profesional (en la voz del psicólogo consultante) y la experiencia del sistema familiar (en la voz de quienes lo integran), lo cual favorece la deconstrucción del “deber ser” implícito en la diversidad de roles asumidos ecológicamente por los integrantes de la familia y, con ello, el resurgimiento del self como posibilitador de realidades que sincronizan la dimensión cognitiva y emocional y, que impulsan la acción desde el ámbito pragmático, dando lugar a la emergencia del cambio.

El tránsito previamente descrito sugiere tomar en consideración el concepto de marco psicológico propuesto por Bateson (1998) a fin de ampliar su comprensión. Como lo

menciona el autor, “(...) todo mensaje metacomunicativo define, explícita o implícitamente el conjunto de mensaje sobre los cuales comunica” (p. 216), lo que implica la existencia de un marco psicológico y con éste, la delimitación de un tipo lógico. Siguiendo esta línea, es a través de la exposición de las meta-reglas que se atiende a la contradicción en los mensajes emitidos por el sistema consultante (alrededor de la demanda de ayuda), clarificando el sentido y la naturaleza de la relación terapéutica, siendo ésta una proyección isomórfica que a su vez reconfigura la pauta de interacción inicial.

En coherencia con lo anterior, se sugiere orientar la intervención clínica a la deconstrucción de narrativas asociadas al doble rol del psicólogo, con el fin de favorecer la reconfiguración de la experiencia de sufrimiento y, con ello, la emergencia de procesos de cambio.

Implicaciones para el contexto y los participantes

Respecto a la Institución Prestadora de Servicios de Atención Psicológica IPS USTA, contexto en el que se desarrolló la investigación-intervención, se reconoce la disposición de los recursos humanos, físicos y tecnológicos para los propósitos del trabajo realizado. Se sugiere a la institución mencionada, la implementación de procesos de co-terapia como modalidad psicoterapéutica que favorece la relación cooperativa, la potencialización de los recursos profesionales, y el enriquecimiento de la labor interventiva; en tanto integra la diversidad de saberes, coordina la acción terapéutica, y activa procesos reflexivos conjuntamente, posibilitando significativamente la emergencia de cambio en los sistemas consultantes.

A partir del ejercicio investigativo-interventivo se favorece la re-narración de los participantes, desde la construcción de alternativas del self, lo que promueve la actualización de la experiencia vivida como imposibilidad de cambio, y la experiencia narrada como posibilidad, evidenciando la reconfiguración del relato identitario y la resignificación de la experiencia de sufrimiento. Si bien se asume el posicionamiento del rol familiar, éste es reconfigurado mediante la creación de nuevas formas de relación en las familias participantes.

En el proceso co-terapéutico, puntualmente, se redefine la demanda de ayuda dirigida hacia el contexto interventivo, invitando a la *desaparición* de los terceros, a fin de generar una aproximación al conflicto que favorezca el proceso de auto-organización y autonomía del sistema consultante.

Sobre el proceso autorreferencial en la investigación-intervención

Al concebir el fenómeno psicopatológico como punto de partida, la investigadora-interventora tuvo como propósito explorar la organización de la experiencia sintomática en familias de psicólogos, profundizando sobre las historias narradas por sus integrantes cuando algún miembro es señalado como portador del síntoma, posibilitando la comprensión de la dinámica relacional configurada en el sistema familiar.

En tanto la investigadora-interventora considera como supuesto inicial que las categorías diagnósticas favorecen la comprensión y la intervención clínica, la transformación conceptual propuesta por los hallazgos de los estados del arte documental y testimonial -a partir de los cuales surge el sufrimiento como concepto- implica la redefinición del constructo psicopatológico por parte de la investigadora-interventora, a través del proceso

reflexivo realizado, desde el cual se generan órdenes de recursividad que propician la confrontación de sus relatos privilegiados acerca de los discursos patologizantes. Al considerar la versión diagnóstica como única vía de comprensión, se reconoce la limitación de la acción interventiva en tanto reafirma la construcción narrativa del self presentada por el sistema consultante, en términos de déficit e incapacidad, imposibilitando la reconfiguración de la experiencia sintomática.

La generación de escenarios conversacionales con las familias de psicólogos y psicoterapeutas, desde diferentes niveles de observación, no solo permitió la identificación de historias de sufrimiento asociadas al motivo de consulta que, en coherencia con lo anterior, plantean epistemes profesionales que buscan comprender y explicar el síntoma; sino también de un dilema de identidad, desde el cual se desdibuja el rol familiar y se desvirtúa el profesional en el contexto familiar e interventivo, emergiendo la desintegración del self a partir la experiencia de vacuidad como voz de sufrimiento.

Desde la mirada del equipo investigador-interventor, en este punto convergen el relato identitario que articula la experiencia de ser psicólogo en su familia, y, a su vez, ser psicoterapeuta en el contexto interventivo. El escenario terapéutico emerge entonces como una posibilidad de reivindicar la historia narrada por el profesional en psicología, desde su rol familiar y voz de consultante, entendiendo dicho espacio -a partir de la experiencia vivida por el psicoterapeuta al interior de su sistema familiar-, como aquel que permite la reconfiguración de la experiencia. En este sentido, el equipo terapéutico se reconoce a sí mismo desde su naturaleza familiar, a partir de la invisibilización de su rol estructural y, a su vez, la imposibilidad de ocupar el lugar profesional bajo el “impedimento” de generar procesos de cambio cuando de su familia se trata.

Correspondiendo a lo anterior, el equipo investigador-interventor parte de la “sensación de impotencia” -ante la invisibilización del relato profesional al interior de la familia-, para legitimar la voz del psicólogo consultante buscando reposicionarle en el sistema familiar.

En el marco de la co-terapia, las pre-sesiones desarrolladas, posibilitaron al equipo terapéutico la construcción de escenarios conversacionales-reflexivos, que permitieron la consolidación de focos de observación durante la sesión, considerando transversalmente los objetivos de la investigación-intervención. Si bien las sesiones favorecieron la implementación de estrategias interventivas, que a su vez generaron la movilización del sistema consultante, éstas fueron principalmente el escenario donde la creatividad y la innovación tuvieron lugar, en tanto se presentaron momentos dialógicos que confrontaron el rol, la competencia y el ejercicio profesional del psicólogo en doble vía. Esto llevó al uso continuo de la autorreferencia como recurso terapéutico para propiciar el cambio.

Desde este punto de vista, las inter-sesiones jugaron un papel significativo en el trabajo co-terapéutico, puesto que permitieron explorar los prejuicios, las creencias, los mitos y las emociones emergentes en la terapeuta y la investigadora-interventora, a partir de las historias narradas sobre el rol familiar y profesional del psicólogo en el sistema familiar, y las dinámicas relacionales observadas a partir de las mismas, reorientando los focos de intervención. Las post-sesiones posibilitaron el proceso reflexivo en el equipo investigador-interventor, a través del abordaje de la autorreferencia en el psicoterapeuta, poniendo en juego el sentido y significado asociado al doble rol del psicólogo, desde una lectura personal y profesional.

Del trabajo co-terapéutico se destaca la consolidación de equipo, la integración de comprensiones sistémico-complejas y contextuales, el ejercicio autorreferencial continuo, y la complementariedad interventiva, como elementos que favorecieron el proceso de cambio en términos de horizontes posibles. La terapeuta y la investigadora-interventora se cuestionan sobre la construcción del rol del psicoterapeuta, encontrando en su concepción historias asociadas al profesional que “sabe cómo orientar, guiar y atender a la demanda”, dando cumplimiento con ello al marco de expectativas co-construidas en el sistema terapéutico, frente a la demanda de ayuda y el ejercicio profesional del terapeuta mediante la manifestación de prácticas de complacencia.

Bajo esta consideración, la aparición de la crisis es vivida por el equipo investigador-interventor desde la experiencia de fracaso, frustración y decepción, llevándole al reconocimiento del “no saber qué hacer” interventivamente, lo cual permite la confrontación del “deber ser” del psicoterapeuta, la configuración del rol y la definición de la competencia profesional, posibilitando así la deconstrucción de la experticia y del cambio.

En consecuencia, resurge el *yo auténtico* –término propuesto por Gergen (2006)- que propone y promueve diversas formas de ser y estar en el contexto interventivo, haciendo de éste un teatro donde los actores se reinventan para encarnar personajes, construir historias y con ellas, recrear escenarios, los cuales dan lugar a una danza dialógica que armoniza el lenguaje, la corporalidad y el encuentro humano, a través de la melodiosa e intrépida sinfonía del azar y la incertidumbre.

Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones

Si bien se abordó la autorreferencia en el estado del arte documental de la investigación-intervención, no se retomó conceptualmente en el sistema teórico y, por tanto, no fue tomada en consideración como foco de observación desde las categorías metodológicas construidas. Sin embargo, a partir de los resultados obtenidos, se resalta la autorreferencia como un elemento fundamental en el desarrollo del trabajo implementado, particularmente desde una mirada interventiva, en tanto constituyó un recurso primordial en el proceso de cambio.

Como lo menciona Sánchez (2013) es pertinente discriminar lo que pertenece a sí mismo, de lo que le corresponde al entorno, indicando la necesidad de cuestionar las creencias, deseos y preferencias propias, como se presentó en el proceso co-terapéutico al iniciar la ruptura del isomorfismo del no reconocimiento. El autor señala que cuando se genera disonancia por la presencia simultánea de dos cogniciones contradictorias acerca de la definición del yo, se minimiza el malestar experimentado a través de la justificación o la alteración del sistema de creencias, con el objetivo de tomar una idea nueva y volver a la consistencia interna.

Dado que el doble rol se presenta como un concepto emergente en el desarrollo de la investigación-intervención, se sugiere para futuras investigaciones incluir dentro del marco comprensivo y explicativo la Teoría de los Tipos Lógicos descrita por Rusell y ampliada por Gregory Bateson (1998) a partir de la definición del *doble vínculo*, esto con el fin de apoyar la discusión generada entre los hallazgos del ejercicio investigativo y los planteamientos teórico-explicativos del proceso de cambio.

Retomando la propuesta de Bateson (1998), se observa en el contexto interventivo la construcción de un doble vínculo entre el sistema consultante y el equipo terapéutico. En un primer momento, la investigadora-interventora y la terapeuta toman la demanda de ayuda enunciada en el motivo de consulta como el mensaje que el sistema familiar desea comunicar (mandato primario), no obstante, al manifestarse simultánea e implícitamente la necesidad de confirmación del psicólogo consultante -al interior de la familia- desde un rol de experticia (mandato secundario), el equipo terapéutico se encuentra bajo dos órdenes contradictorias, pues al redefinir el problema y considerar la deconstrucción narrativa de las epistemes psicológicas como posible foco de intervención para favorecer el cambio, se reposicionaría al profesional en psicología privilegiando su lugar como miembro de la familia, lo cual representaría una contradicción frente a la demanda de ayuda narrada por el sistema al ingresar al escenario terapéutico.

Al operar en coherencia con el proceso de cambio, se traslada la pauta interaccional evidenciada en el sistema familiar al sistema de ayuda, siendo la descalificación sobre la competencia profesional (mandato negativo terciario), la práctica que se presenta isomórficamente hacia el equipo terapéutico, sustentada mediante narrativas que priorizan -a nivel semántico- las epistemes psicológicas como relato de poder.

Bajo esta lógica, cuando el equipo investigador-interventor metacomunica “no saber qué hacer” –deconstruyendo las narrativas asociadas a la competencia profesional, la experticia y el poder-, se propicia la ruptura del doble vínculo promoviendo la redefinición de la relación y la emergencia de memorias que, posteriormente, son consolidadas a través de relatos alternos que permiten la resignificación del sufrimiento a partir de la reconfiguración del relato identitario.

Respecto a investigaciones posteriores se sugiere incluir la autorreferencia, como una categoría metodológica, a fin de profundizar sobre el psicoterapeuta y su ejercicio profesional en la construcción de la relación terapéutica con un colega, para ampliar la observación ecológica de los procesos de estancamiento y de cambio en el escenario interventivo. Así mismo, se recomienda considerar diferentes niveles de abordaje en la intervención con psicólogos, a fin de evidenciar las variaciones emergentes en las dinámicas relacionales e interaccionales que favorecen o dificultan la movilización de los sistemas, ante el surgimiento de problemas humanos.

Post-scriptum

En el encuentro de sustentación oral del trabajo de grado *Historias de sufrimiento en familias de psicólogos: El doble rol en la psicoterapia* participó la directora de la Maestría Luz Marina Moncada Torres, las docentes jurados María Piedad Rojas Gil y Andrea Alexandra Gutiérrez Velasco, la directora asesora de la investigación-intervención Rosa Elena Duque García y la estudiante expositora Gabriela Cortés Zapata, en compañía de los asistentes voluntarios.

La investigadora-interventora dio inicio al espacio académico a través de la presentación correspondiente -en coherencia con las consideraciones protocolarias pertinentes en dicho escenario- seguido por el equipo reflexivo liderado por las docentes jurados en torno a las apreciaciones generales del contenido previo, continuando con la conversación posterior entre la investigadora y la directora asesora -a propósito de la conversación de las evaluadoras-, finalizando con la deliberación del trabajo de grado.

En este orden de ideas, la investigadora-interventora realizó la exposición verbal del trabajo desarrollado a la luz de los capítulos que integraron la investigación, resaltando de este modo el fenómeno de estudio, la pregunta articuladora y los objetivos generales planteados alrededor de éste -como elementos introductorios-, siguiendo así con los estados del arte -documental y testimonial-, el sistema teórico, el método, los resultados, la discusión y las conclusiones dentro del tiempo establecido para ello.

En primer lugar, las docentes jurados destacaron la coherencia evidenciada en el documento escrito, especificando la modelización como el apartado que permitió dar cuenta de la transformación y el cambio emergente de manera clara y concreta en el proceso

investigativo, a la luz de los aportes y contribuciones de cada capítulo. Así mismo se realiza el cumplimiento del propósito de la presentación como complemento del texto –del cual se exalta la producción escrita-.

Referente al contenido sustentado, las evaluadoras resaltaron el tránsito teórico que soportó el paso de la psicopatología al estudio del sufrimiento, subrayándose la recursividad que favoreció la redefinición del fenómeno de investigación-intervención y la pertinencia de los objetivos planteados. Consecutivamente, se hizo hincapié en el señalamiento que la expositora realizó en torno a las recomendaciones para futuras investigaciones, al considerar la autorreferencia como posible categoría metodológica, en tanto se observa su aparición como emergencia en el trabajo llevado a cabo y se reconoce su lugar en la configuración del cambio presente en el campo de investigación-intervención. En este sentido, se rescató la posición asumida por la estudiante desde una consideración ética al advertir dichas consideraciones en el marco de la sustentación.

De otra parte, las docentes enfatizaron el proceso autorreferencial del equipo terapéutico, subrayando la identificación del isomorfismo que lleva a la ruptura del doble vínculo evidenciado en el contexto terapéutico, mediante la deconstrucción de las narrativas que fundamentan el doble rol del psicólogo en la psicoterapia, lugar que a su vez contiene una demanda doble de ayuda. En consecuencia, se retomó la construcción de sufrimiento a partir de la premisa: “la falta de reconocimiento en la relación”, exaltando la doble descalificación del psicólogo en el ámbito familiar e interventivo como un hallazgo fundamental para promover la reconfiguración identitaria del psicoterapeuta y con ésta, el cambio en el sistema consultante desde una mirada clínica. Desde este punto de vista, se

destacó el reconocimiento del escenario interventivo mediante la autopoiesis y la autoorganización observada hacia el cierre del proceso psicoterapéutico.

Referente a la contribución de la investigación-intervención a la psicología clínica y a la Maestría, las docentes jurados señalaron las alternativas de trabajo en el contexto de la supervisión frente al uso de la autorreferencia desde una lectura formativa, subrayando la profundización acerca de los pedidos implícitos y explícitos que los sistemas consultantes realizan al terapeuta.

Por último, al considerar el sufrimiento como una construcción compleja, las evaluadoras plantearon su expectativa sobre la conexión de dicho concepto en la discusión de la investigación –a propósito de la redefinición realizada en el estado del arte documental, mediante la cual se promovió el diálogo entre epistemologías diversas-, puesto que al concluir el documento se vislumbró con mayor pertinencia el doble rol respecto a la organización de la experiencia.

Atendiendo al contenido señalado por las docentes, en la conversación entre la directora asesora y la investigadora-interventora se resaltó la potencia del trabajo en mención a partir de la profundización en torno al concepto de sufrimiento como una noción que permite entender lo problemático en las familias que integran un miembro psicólogo, así como la posibilidad de cambio y desarrollo. En adición, se destacó la conexión emergente con la autorreferencia entendida reflexivamente como dispositivo de cambio -al facilitar la organización generativa de los contextos-, y recurso que potencializa la movilización en los sistemas consultantes y de la coterapia de segundo orden.

Por otra parte, se recalcó el valor explicativo que otorga la construcción del *doble vínculo* propuesta por Bateson (1998) para comprender el funcionamiento relacional en familias donde hay un integrante psicólogo -en su composición- al interior del escenario terapéutico, complementando -mediante la lógica planteada por el autor- la observación de las dinámicas de interacción que promueven el cambio al intervenir autorreferencialmente el doble rol del psicólogo y del psicoterapeuta, pues como se establece en el capítulo de *conclusiones* esto favorece la reconfiguración de la experiencia de sufrimiento y en consecuencia, la redefinición del contexto de ayuda al generarse autopoieticamente procesos de autoorganización en la familia consultante.

En relación con los hallazgos que suscita la investigación-intervención la docente asesora sugirió retomar las contribuciones del documento “Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos” escrito por Dora Isabel Garzón (2008) y revisar sus alcances, a fin de hacer una renovación del mismo mediante la producción de un artículo que permita vislumbrar los avances pertinentes alrededor de la autorreferencia, proponiendo a su vez un aporte significativo a los procesos de formación clínica desarrollados por la Maestría.

Referencias

- Aguilar, I.G., Arévalo, A. (2012). Patrones de interacción en familias con un miembro con esquizofrenia (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, Sh. y Gergen, K (Eds). *La Terapia como Construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- Ardila, Y.L., Durán, A. (2013). Terapia Sistémica en jóvenes con síntomas depresivos hacia la comprensión y cambios de las relaciones consigo mismos y con sus sistemas significativos (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Arenas, M.K., Jaramillo, J.H., Riaño, P.A., González, O. (2004). Descripción y comprensión contextual de la pauta relacional y las narrativas del juego patológico en los contextos sociales significativos del jugador (tesis de pregrado). Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
- Augsburger, A.C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16, 71-80.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente, una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Bayés, R. (2009). Sobre la felicidad y el sufrimiento. *Quaderns de Psicologia*, 11, 11-16.
- Bayés, R. (2010). Aproximación a la historia y perspectivas de la psicología del sufrimiento y de la muerte en España. *Información psicológica*, 100, 7-13.

- Becerra N., Novoa, M.M. (2010). Análisis funcional de la relación terapéutica con una paciente con trastorno límite de la personalidad (tesis de especialización). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Benedito, G. (1975). Rol del psicólogo: Rol asignado, rol asumido y rol posible. En N. Braunstein (ed.), *Psicología: Ideología y ciencia* (pp.403-419). México: Siglo XXI.
- Bermejo, J.C., Lozano, B., Villacieros, M., Carabias, R. (2013). Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36, 35-45.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (2009). *Terapia Sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Brandão, G. (2008). Luhmann y la Complejidad: una introducción Transdisciplinar. *Revista Mad*, 19, 99-110.
- Capra, F. (1998). *La trama de la vida*. Madrid: Anagrama.
- Cardona, L.F. (2015). La experiencia del sufrimiento y la medicina *mentis*". *Desde el Jardín de Freud*, 15, 191-203.
- Carretero, A., Raich, R.M., Sánchez, L., Rusiñol, J., Sánchez, D. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Clinical and Health*, 20, 145-157.
- Cases, G. (2014). Vitricación ovular: una decisión inteligente. Rol del psicólogo en los tratamientos de reproducción asistida. *Vox juris*, 28, 67-91.
- Cassell, E. (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131, 531-4.

- Celis, R.A., Serma, A. (2004). La pauta adicta desde la comprensión de los mundos de vida: Una mirada desde la investigación de segundo orden. (Tesis de maestría). Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
- Correa, M., Silva, T., Belloc, M., Martínez, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns De L'institut Català D'antropologia*, 22, 48-69.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psykhé*, 19, 3-17.
- Cuevas, C., López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 97-114.
- De la Vega, R., Román, M., Ruiz, R., Hernández, J.M. (2014). ¿Cómo perciben los entrenadores de fútbol el rol del psicólogo del deporte?: un estudio comparativo. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14, 27-36.
- Deutsch, M., Krauss, R. (1970). *Teorías en Psicología Social*. Buenos Aires: Paidós.
- Esteve, N., Román, N., González, M., Fraile, M., García, I. (2010). Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico. *Clínica y Salud*.44, 285-297.
- Estrada, A.M., Díazgranados, S. (2007). *Construccionismo social: Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Uniandes.

Estupiñán, J. (2003). Algunos principios orientadores en los procesos de investigación, intervención y formación de terapeutas consultores de familia. En J. Estupiñán, A. Hernández, M. Barragán, D. Rodríguez, D.I. Garzón, M.I. Polo, L. Rodríguez, M.A. González, L. Morales, H. Sandoval. (Ed.), *Construcciones en psicología compleja. Aportes y dilemas*. (p.p. 49-75). Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.

Estupiñán, J., González, O. (2008). *Guión para la elaboración del estado del arte testimonial y contextual. Sobre fenómenos clínicos en los campos narrativos*. Bogotá: Documento inédito.

Estupiñán, J., González, O., Serna, A. (2006). *Dossier de Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Estupiñán, J., González, O. (2012). *Narrativa Conversacional, Relatos de Vida y Tramas Humanos: Hacia la Comprensión de la Emergencia del Self en interacción en Contextos Ecológicos*. Bogotá: Editorial Universidad Santo Tomás.

Fichte, J. (1974). *Sociología*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial: Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

García, G. y Castro, A. (2008). La psicopatología como la máscara de la existencia. *Universitas Psychologica*, 7, 585-600.

Garciandía, J.A. (2011). *Pensar sistémico: Una introducción al pensamiento sistémico*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

- Garzón, D. I. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Revista Diversitas*, 4, 159-171.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2006). *El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, M.A., Martos, A. (2005). Implantación de programas de formación e intervención en las asociaciones de familiares de Alzheimer en España: Análisis del rol del profesional de la Psicología. *Pensamiento psicológico*, 1, 65-74.
- González, M., González, I., Vicencio, K. (2014). Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas*, 13, 108-120.
- Granada, O., Morales, M. P., López, J.J. (2012). Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 65-71.
- Guerra, C., Fuenzalida, A., Hernández, C. (2009). Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. *Terapia Psicológica*, 27, 73-81.
- Guízar, D.P, Saracco, R., Fresán, A. (2012). Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 35, 339-344.
- Hernández, A. (2004). *Psicoterapia sistémica breve: La construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. Bogotá: El Buho.

- Hernández, A. (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana. Hacia una psicología clínica compleja*. Bogotá: Editorial Universidad Santo Tomás.
- Herrera, G. (2013). El sufrimiento humano como posibilidad para la fe en la realidad del VIH/SIDA. *Franciscanum*, 55, 195-217.
- Isaac, B.G., García, G., Bosch, V., Méndez, J., Mercedes, C. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23, 217-226.
- Keeney, B. (1991). *La estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- La Rotta, E. (2012). Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con psicopatología severa. *Revista de Psicología*, 30, 129-168.
- Ley N° 1090. Diario Oficial No.46383, Bogotá, Colombia, 6 de septiembre de 2006.
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Luhmann, N. (1998). *Sistemas Sociales: Lineamientos para una teoría general*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Luna, R. (2008). Cambio social y cultura de resignación y el sufrimiento. *Espacio abierto*, 17, 267-284.
- Makowski, S. (2013). Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México. *Revista en Ciencias Sociales*, 11, 283-308.
- Marcos, J.A., Garrido, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27, 339-362.

- Maturana, H. (1996). Realidad: La Búsqueda de la Objetividad o la Persecución del Argumento que Obliga. En M. Pakman, *Construcciones de la Experiencia Humana*. Barcelona: Gedisa.
- Maturana, H. (1997). *La objetividad un argumento para obligar*. Santiago de Chile: Dolmen.
- Maturana, H. (1999). *Transformación en la convivencia*. Santiago de Chile: Dolmen.
- Maturana, H., Dávila, X. (2008). *Habitar humano: en seis ensayos de biología-cultural*. Santiago de Chile: Juan Carlos Sáez editor.
- Miller, J., Herbert, T. (1971). *Ciencias sociales: ideología y conocimiento*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Miramontes, F. (2013). La teoría del sentido del sufrimiento. Fundamentación filosófica de una terapéutica: Scheler y Frankl. *Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1*, 51-55.
- Monge, M.A., León, J.L. (1998). *El sentido del sufrimiento*. Madrid: Ediciones palabra.
- Montezuma del Castillo, O. (2003). El rol del psicólogo en el síndrome de Tourette. *Persona, 6*, 151-178.
- Morales, G., Pérez, J., Menares, M.A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12*, 9-25.
- Morin, E. (1997). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

- Navarro, M.A. (2014). Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 711-723.
- Nieves, S., Beyebach, M., Torres, P., González, A. (2009). Terapia Familiar Breve y atención primaria: Un caso de trastorno somatomorfo. *Terapia Psicológica*, 27, 239-246.
- Pereira, R. (2013). Psicopatología y Terapia Familiar: Una relación compleja. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5, 175-183.
- Pinedo, I.A. (2014). Apropriación del sufrimiento y búsqueda de sentido. *Tesis Psicológica*, 8, 36-49.
- Piña, J.A. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en psicología*, 15, 233-255.
- Prado, J., García, J., Sánchez, S. (2013). Funcionamiento de la Terapia Cognitivo-Interpersonal en los Trastornos de la Personalidad: Estudio de dos casos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 139-149.
- Ramos, J.M. (2012). Autoestima y trastornos de la personalidad de lo lineal a lo complejo. *Clínica y Salud*, 23, 123-139.
- Redondo, D. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Revista electrónica de estudiantes Esc. De psicología*, 8(1), 61-80.
- Rodríguez, L., Peláez, J.C. (2013). Terapia Familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10, 75-84.

- Ruíz, A.O., Vázquez, R., Mancilla, J.M., Viladrich, C., Halley, M.E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57.
- Sánchez, L.M. (2013). Auto- y heterorreferencia: intervención, supervisión. *Revista Trabajo Social*, 16, 127-141.
- Schnitman, D. F. (2008). Diálogos generativos. En Rodríguez, G. Diálogos Appreciativos: El socioconstruccionismo en acción (págs. 25-54). Madrid: Dykinson.
- Selvini, M. (2008). Once tipos de personalidad. La integración de la diagnosis de personalidad en el pensamiento sistémico complejo. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 22.
- Selvini, M. (2013). Anclaje de la investigación sistémica a las psicopatologías, pero también a los diagnósticos de personalidad y a los ajustes postraumáticos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5, 184-186.
- Sierra, M.A. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30, 191-199.
- Silva, M.A., Cardozo, J.M. (2010). Abordaje psicoterapéutico sistémico individual con jóvenes diagnosticados con trastorno de somatización (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Torralba, F. (2007). Aproximación a la esencia del sufrimiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 23-37.

- Torres, D.C., Tumiña, S.M. (2011). Construcción narrativa conversacional del Trastorno Afectivo Bipolar con la persona diagnosticada, su familia y los contextos de atención de salud mental (tesis de maestría). Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
- Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología (2009). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Umbarger, C.C. (1983). *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Varela, F., Maturana, H., Uribe, R. (1974). Autopoiesis: the organization of living systems, its characterization and a model. *Biosystems*, 5, 187-196
- Velásquez, L.F. (2009). Logoterapia con personas que experimentan dolor, sufrimiento y pérdida del sentido de la vida. *Revista CES Psicología*, 2, 95-105.
- Vidal, F.L. (2010). Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico. *Revista de Investigación en Psicología*, 13, 231-242.
- Vilar, S. (1997). *La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos disciplinarios*. Barcelona: Kairós.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M., Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.