

Trastornos De Personalidad Desde La Complejidad: Lógica Borrosa y Mundos Posibles

KAREN VIVIANA SALINAS ATUESTA

HELVY GIOVANNY SIERRA VARGAS

Directoras:

ROSA ELENA DUQUE GARCÍA

SANDRA LILIANA AYA ANGARITA

Universidad Santo Tomás

División de Ciencias de la Salud Facultad de Psicología

Maestría en Psicología Clínica y de Familia

Bogotá, D.C. 30 de junio de 2021

Tabla de contenido

Lista de tablas.....	7
Lista de Figuras	8
Resumen	9
Palabras Clave	10
Abstract	11
Keywords	12
Presentación	13
Introducción	17
Problema de Investigación-Intervención.....	17
Pregunta de investigación-intervención	17
Fenómeno de Investigación-Intervención	17
Objetivos de Investigación-Intervención	18
Hipótesis.....	18
Estados del Arte	19
Estado del Arte Documental	19
Aproximación conceptual a los trastornos de personalidad	20
Procesos interventivos en los trastornos de personalidad	25
Terapia familiar sistémica	27

Las ciencias de la complejidad.....	30
Lógica borrosa.....	33
Estado del Arte Testimonial o Contextual	34
Contexto y participantes.....	35
Diseño de escenarios.	36
Procesamiento de la información.....	40
Resultados	41
Dominio explicativo.....	42
Dominio técnico-interventivo	46
Dominio ideológico-simbólico.....	49
Discusión.....	51
Sistema Teórico y Conceptual	59
Marco Paradigmático y Epistemológico	60
Paradigma de la Complejidad	60
Cibernética de segundo orden	62
Aproximación sistémica.....	63
Construccionismo y el conocimiento.....	64
Constructivismo como mirada conexas y autorreferencial.....	66
Comprensión compleja de los trastornos de personalidad	66
Lógica borrosa y procesos interventivos.....	75

El cambio como co-evolución y novedad adaptativa para la construcción de mundos posibles. 79

Método 85

Principios operadores generales de las intervenciones 86

 Autorreferencia y heterorreferencia. 86

 Reflexividad relacional. 86

 Circularidad..... 87

 Borrosidad..... 87

 Contextualidad..... 88

 Conectividad..... 88

Conceptos metodológicos del Macroproyecto de investigación “Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos”..... 88

 Historia..... 89

 Memoria..... 89

 Relatos alternos..... 89

Conceptos metodológicos de la investigación-intervención..... 89

 Construcción narrativa de los trastornos de personalidad como una autoorganización compleja..... 90

 Procesos narrativos conversacionales organizados en la borrosidad para el cambio.91

 Coevolución y novedad adaptativa como cambio narrativo para la construcción de mundos posibles..... 92

Contextos de investigación-intervención y participantes.....	93
Modelización.....	96
Diseños de escenarios narrativo-conversacionales	100
Descripción de los diseños.....	101
Neodiseños	106
Procedimiento para la construcción de resultados	108
Convenciones	110
Resultados	112
Heterorreferencia.....	113
Construcción narrativa de los trastornos de personalidad como una autoorganización compleja.....	113
Procesos narrativos conversacionales organizados en la borrosidad para el cambio.	149
El cambio como co-evolución y novedad adaptativa para la construcción de mundos posibles.	174
Procesos Autorreferenciales de los investigadores-interventores	197
Historias.	197
Memorias.....	206
Relatos alternos.	211
Discusión.....	217

Historias de Trastornos de Personalidad: narraciones monocromáticas 217

Memorias divergentes: actualizando la experiencia 229

Relatos alternos: versión 4k 236

Autorreferencia: comprendiendo los trastornos de personalidad a partir de procesos
 interventivos operados desde la complejidad y la lógica borrosa..... 243

 Historias 244

 Memorias..... 246

 Relatos Alternos 249

Conclusiones 252

 Aportes al fenómeno de estudio de investigación-intervención 252

 Contribuciones a la psicología clínica, al Macroproyecto Institucional y a la Maestría
 259

 Implicaciones para el contexto y los participantes..... 261

 Sobre el proceso autorreferencial en la investigación-intervención 262

 Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones..... 264

Referencias 266

Lista de tablas

Tabla 1.....	36
Tabla 2.....	37
Tabla 3.....	38
Tabla 4.....	39
Tabla 5.....	94
Tabla 6.....	95
Tabla 7.....	97
Tabla 8.....	101
Tabla 9.....	102
Tabla 10.....	103
Tabla 11.....	104
Tabla 12.....	105
Tabla 13.....	106
Tabla 14.....	106
Tabla 15.....	109
Tabla 16.....	111

Lista de Figuras

Figura 1	41
Figura 2	85
Figura 3	95
Figura 4	96
Figura 5	110

Resumen

La presente investigación-intervención se adscribe a la línea de investigación “Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos”, vinculada a la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás. El objetivo general es comprender los trastornos de personalidad a partir de los postulados de la complejidad y la lógica borrosa orientados a la construcción de procesos interventivos polivalentes que permitan la generación de novedades adaptativas, coevolutivas y de mundos posibles. Por lo anterior, se plantea ¿Cómo a través de una comprensión compleja de los trastornos de personalidad se pueden implementar procesos interventivos que movilicen cambios desde una lógica borrosa para la generación de novedades adaptativas, coevolución y mundos posibles? El proyecto corresponde a una investigación-intervención contextual y reflexiva, con metodología cualitativa, orientada por principios epistemológicos de corte sistémico, complejo y de segundo orden.

Se realizaron 6 escenarios en la IPS de la Universidad Santo Tomás con una familia con un integrante con trastorno de personalidad, dos escenarios en el CRIB con un participante con trastorno de personalidad y un escenario con tres psicoterapeutas. Se elaboraron análisis narrativos conversacionales partiendo de los conceptos metodológicos, con el fin de dar cuenta de las comprensiones emergentes en relación con el fenómeno de estudio. Se concluye como aporte a la investigación que los trastornos de personalidad se comprenden como un proceso de autoorganización fallido, a través del cual el sistema construye su identidad y significa su realidad, enmarcadas desde posturas categóricas y bivalentes (salud/enfermedad), estableciendo procesos de cambio direccionados al control, predicción y eliminación del síntoma, invisibilizando el carácter ambiguo, dinámico y borroso de los fenómenos humanos. Por lo anterior, se consolidan relatos alternos que deconstruyen las comprensiones patológicas y dan

apertura hacia una tercera historia en la cual se co-construyen versiones polivalentes, bajo modelos flexibles y posibilitadores que actualizan la experiencia narrada, generando distinciones entre lo patológico como una parte y al sistema familiar como un todo, trascendiendo de una pauta relacional contenedora, favoreciendo la emergencia de procesos de innovación que activen el potencial creativo del sistema y posibiliten identificación de recursos que permitan la coevolución y adaptación de este en el tránsito de su ciclo vital.

Palabras Clave

Trastorno de personalidad, complejidad, reclusos, lógica borrosa, intervención sistémica.

Abstract

This research-intervention is ascribed to the line of research "Family Stories and Narratives in Diversity of Contexts", linked to the Master's Degree in Clinical and Family Psychology at the Santo Tomás University. The general objective is to understand personality disorders from the postulates of complexity and fuzzy logic aimed at the construction of multipurpose interventional processes that allow the generation of adaptive, coevolutionary and possible worlds novelties. Therefore, it is proposed how, through a complex understanding of personality disorders, interventional processes can be implemented that mobilize changes from a fuzzy logic for the generation of adaptive novelties, coevolution and possible worlds? The project corresponds to a contextual and reflective investigation- intervention, with qualitative methodology, guided by epistemological principles of a systemic, complex and second-order nature.

Six scenarios were carried out at the IPS of the Santo Tomás University with a family member with a member with a personality disorder, two scenarios at the CRIB with a participant with a personality disorder, and one scenario with three psychotherapists. Conversational narrative analyzes were developed based on methodological concepts, in order to account for the emerging understandings in relation to the phenomenon of study. It is concluded as a contribution to research that personality disorders are understood as a failed self- organization process, through which the system builds its identity and signifies its reality, framed from categorical and bivalent positions (health / disease), establishing processes of change directed to the control, prediction and elimination of the symptom, making the ambiguous, dynamic and blurred nature of human phenomena invisible. Therefore, alternate accounts are consolidated that deconstruct pathological understandings and opens up a third

story in which multipurpose versions are co-constructed, under flexible and enabling models that update the narrated experience, generating distinctions between the pathological as a part and the family system as a whole, transcending a containing relational pattern, favoring the emergence of processes

Keywords

Personality disorder, complexity, prisoners, fuzzy logic, systemic intervention.

Presentación

La investigación – intervención se titula “Trastornos de personalidad desde la complejidad: lógica borrosa y mundos posibles”, esta se desarrolla como trabajo de grado de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás y se inscribe en el macroproyecto de investigación institucional “Historias y Narrativas de los Sistemas Humanos en Diversidad de Contextos”.

El problema que trata la investigación-intervención, gira en torno a redefinir la comprensión de los trastornos de personalidad a la luz de los aportes de la complejidad y la lógica borrosa, asociada a la construcción de posibilidades interventivas polivalentes orientadas a la generación de novedades adaptativas, coevolución y mundos posibles.

Los contextos en los cuales se desarrolla el ejercicio investigativo-interventivo son La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá (CRIB), el cual ofrece procesos de atención integrales en salud, y la Institución Prestadora de Servicios de Atención Psicológica (IPS) de la Universidad Santo Tomás, la cual brinda espacios de formación en el campo interventivo-investigativo a profesionales en psicología y psicoterapeutas clínicos.

La investigación-intervención propuesta busca ofrecer al campo de la psicología clínica una comprensión compleja de los trastornos de personalidad a partir de procesos narrativos conversacionales que posibiliten abordar los relatos dominantes del sistema familiar en torno al fenómeno de estudio. Lo anterior con el fin de establecer procesos interventivos direccionados a deconstruir los relatos prototípicos y rígidos, a partir de procesos recursivos dialógicos, que integren las diferentes voces que participan en la co-construcción de los procesos de cambio y

evolución, a partir del estudio de las dinámicas relacionales, las experiencias vividas y el esquema de significados.

El enfoque sistémico desde una mirada constructivista-construccionista compleja posibilita amplificar las comprensiones frente al abordaje del fenómeno de estudio, dado que posibilita establecer procesos recursivos y reflexivos a partir de escenarios conversacionales que contribuyen a generar nuevas formas de conceptualizar, descubrir y reflexionar sobre la realidad inmersa en las pautas patológicas, que se enmarcan en un contexto interaccional y narrativo, a partir de los principios paradigmáticos y operadores del macroproyecto de investigación, los cuales son, autorreferencia y heteroreferencia, reflexividad relacional, borrosidad, circularidad, contextualidad y conectividad.

El documento da cuenta de seis capítulos, los cuales se exponen a continuación: En el primer capítulo, se aborda el estado del arte, en primera instancia se encuentra el estado del arte documental, a través del cual se realiza un desarrollo conceptual, epistemológico, paradigmático e investigativo del fenómeno de investigación-intervención a partir de tres ejes fundamentales: aproximación conceptual a los trastornos de personalidad, Procesos interventivos en los trastornos de personalidad y ciencias de la complejidad. Posteriormente se realizan abordajes frente al fenómeno de investigación-intervención, a partir del estado del arte testimonial, el cual parte su unidad análisis en los dominios de indagación explicativo, técnico-interventivo e ideológico simbólico, este se desarrolla con la participación de un psicoterapeuta y un consultante diagnosticado con trastorno de personalidad a través de dos escenarios narrativo-conversacionales.

En el segundo capítulo se presenta el sistema teórico, en el cual se presentan los fundamentos teóricos, epistemológicos y pragmáticos que dan cuenta del fenómeno de estudio. Dicha revisión se aborda desde los siguientes ejes conceptuales: Comprensión compleja de los trastornos de personalidad, lógica borrosa y procesos interventivos y el cambio como co-evolución y novedad adaptativa para la construcción de mundos posibles.

En el tercer capítulo, se desarrolla el método, se exponen los principios operadores de los escenarios de investigación-intervención, el sistema conceptual del macroproyecto de Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos, los conceptos metodológicos, la modelización, el diseño de los escenarios narrativo-conversacionales y las herramientas metodológicas utilizadas.

En el cuarto capítulo, se abordan los resultados obtenidos a partir de una construcción autorreflexiva y heterorreflexiva dentro del ejercicio investigativo-interventivo en relación con los conceptos metodológicos de la investigación-intervención a la luz de las categorías del macroproyecto institucional "Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos": historias, memorias y relatos alternos.

En el quinto capítulo, se presenta la discusión, allí se contrastan las observaciones con los postulados teóricos desarrollados en el estado del arte y el sistema teórico, con el fin de dar cuenta de las implicaciones de proceso investigativo-interventivo en relación con la hipótesis y el fenómeno de estudio.

Por último, en el sexto capítulo, se exponen las conclusiones, haciendo una síntesis de cada uno de los apartados previos, recalando los aportes de la investigación-intervención respecto al fenómeno de estudio, las contribuciones a la psicología clínica, el macroproyecto y la

Maestría, las implicaciones, las consideraciones autorreferenciales, y las limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones.

Introducción

En este apartado se plantea la pertinencia de implementar un proceso de investigación-intervención con base en el fenómeno de estudio, a través del planteamiento del problema y la pregunta de investigación, a partir de la emergencia de este, se plantea el fenómeno de estudio, el cual se enmarca en la definición del problema, los actores involucrados y el marco conceptual y metodológico que define el estudio. Seguido de esto, se plantean los objetivos, donde se observan los logros que se desean alcanzar a través del proceso de investigación. Finalmente, se diseña la hipótesis, esta emerge como propuesta explicativa de carácter investigativo e interventivo del fenómeno, la cual busca dar cuenta de los procesos de cambio.

Problema de Investigación-Intervención

Redefinición de la comprensión de los trastornos de personalidad a la luz de los aportes de la complejidad y la lógica borrosa, asociada a la construcción de posibilidades interventivas polivalentes orientadas a la generación de novedades adaptativas, coevolución y mundos posibles.

Pregunta de investigación-intervención

¿Cómo a través de una comprensión compleja de los trastornos de personalidad se pueden implementar procesos interventivos que movilicen cambios desde una lógica borrosa para la generación de novedades adaptativas, coevolución y mundos posibles?

Fenómeno de Investigación-Intervención

Trastornos de personalidad desde la complejidad y la lógica borrosa para la construcción de intervenciones orientadas a la generación de mundos posibles.

Objetivos de Investigación-Intervención

Objetivo general

Comprender los trastornos de personalidad a partir de los postulados de la complejidad y la lógica borrosa orientados a la construcción de procesos interventivos polivalentes que permitan la generación de novedades adaptativas, coevolutivas y de mundos posibles.

Objetivos específicos

Explicar los trastornos de personalidad a través de la complejidad y la lógica borrosa.

Desarrollar procesos interventivos polivalentes que permitan la emergencia de novedades adaptativas, coevolutivas y de mundos posibles.

Hipótesis

Comprender los trastornos de personalidad a través de la complejidad y la lógica borrosa posibilitan la construcción de intervenciones terapéuticas polivalentes, que favorecen la emergencia de novedades adaptativas, coevolutivas y de mundos posibles.

Estados del Arte

El estado del arte que se expone a continuación se divide en tres partes, en primer lugar, se hace referencia al estado del arte documental, en el cual se realiza una revisión conceptual y metodológica de los últimos estudios desarrollados a nivel teórico e interventivo en torno al fenómeno de estudio. En segundo lugar, se expone el estado del arte testimonial, el cual tiene como fin comprender el fenómeno de estudio, a través de un proceso conversacional con los diferentes actores involucrados. Finalmente se conversa entre ambos estados del arte, de tal forma que esto permita la emergencia de conocimiento novedoso en la construcción del fenómeno de estudio.

Estado del Arte Documental

El presente estado del arte documental tiene como fin brindar una aproximación a los avances conceptuales y metodológicos en relación con los trastornos de personalidad desde la complejidad y la lógica borrosa para la construcción de intervenciones orientadas a la generación de mundos posibles. Para tal propósito, se partió de una búsqueda de las perspectivas teóricas y estudios realizados en los últimos 10 años en relación con el fenómeno, dicho proceso arrojó como resultado 47 artículos, desarrollados en países como Estados Unidos, Colombia, España, México, bajo metodología cuantitativa y cualitativa, las palabras claves fueron trastornos de personalidad, prevalencia de trastornos de personalidad, reclusos, conducta delictiva, intervención sistémica, intervención en trastornos de personalidad

La información obtenida se agrupó en los ejes temáticos, definidos como aproximación conceptual a los trastornos de personalidad, procesos interventivos en los trastornos de personalidad y las ciencias de la complejidad; a partir de dichas categorías, se desarrolló un abordaje que da cuenta del conocimiento novedoso construido a través de las investigaciones, el

cual brinda una aproximación conceptual y metodológica en relación con el fenómeno de estudio.

Aproximación conceptual a los trastornos de personalidad

A partir de la búsqueda documental, se encuentra que la variable trastornos de personalidad, ha sido poco abordada desde el modelo sistémico. Por lo cual, como menciona Seelbach (2013), a través del tiempo se han planteado diversas concepciones en relación con la definición y explicación de la personalidad y su patología. Respecto al término de personalidad, se puede retomar su origen en el teatro clásico de la antigua Grecia, en el cual el término “persona” hacía referencia a la máscara con la que los actores cubrían sus rostros asumiendo diferentes características y roles dentro de un mismo individuo. En la actualidad, modelos teóricos integrativos, han buscado brindar una aproximación al término personalidad, pasando de relacionarlo con un objeto tangible, a asociarlo a las características explícitas de las personas, hasta llegar a definirlo como los rasgos internos y ocultos de las personas (T. Millon, Grossman, Meagher, & Ramnath, 2006; Montaña, Palacios, & Gantiva, 2009).

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, desde el enfoque sistémico, en años anteriores, el estudio de la personalidad y su patología, o el simple uso de dicha terminología no habría sido aceptado, dado que la personalidad era comprendida como un proceso intrapsíquico, el cual no tenía conexión con los modos de relación de los sistemas. Es importante resaltar cómo a través de la búsqueda documental, se encuentran los postulados del psicólogo y psiquiatra Juan Luis Linares (2012, 2015), el cual expresa una búsqueda de reivindicar el papel que cumple el sistema relacional del individuo que presenta un trastorno de personalidad.

Inicialmente, Linares (2012, p. 94) define la personalidad como “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural”, es decir, para dicho autor, aunque la personalidad define al sujeto bajo un concepto individual, este es el resultado de la experiencia relacional a través de un proceso dialógico entre los eventos pasados y la situación actual, en el cual los eventos presentes pueden reestructurar lo vivido, del mismo modo se resalta cómo los factores biológicos y contextuales son fundamentales en la definición de personalidad, dado que la genética influye en la predisposición a presentar ciertos rasgos y la cultura los encuadra con base en la mitología social de sus miembros.

Es importante resaltar el aporte que brinda Linares (2012, 2015) frente a la definición del fenómeno de estudio, dado que expone el papel fundamental que ejerce el sistema familiar de origen en la construcción de la personalidad. Para dicho autor los cambios identitarios y narrativos más importantes en la vida del sujeto, suceden exclusivamente dentro del sistema familiar, por lo tanto, la nutrición relacional influye en la construcción de la personalidad de sus integrantes; cuando la organización familiar se torna caótica y la mitología negligente, se genera un sistema disfuncional en la cual los individuos desarrollan una débil identidad y una narrativa no identitaria, convirtiéndose en sujetos vulnerables a presentar un trastorno de personalidad (Jl Linares, 2012, 2015).

Por otro lado, a la luz de los hallazgos obtenidos de la búsqueda documental, se observa un factor clave en el abordaje que se le va a dar dentro de la investigación a los trastornos de personalidad, dado que se encuentra en estudios como los de Bateman, Gunderson, & Mulder (2016) y Martínez-González, Munera-Ramos, & Becoña-Iglesias (2013), que los trastornos de personalidad presentan una alta comorbilidad con otras patologías, lo cual expone el vacío

teórico que existe a la hora de abordar los trastorno de personalidad, dado que no tienen en cuenta la psicopatología concomitante en el desarrollo de procesos interventivos.

De igual forma, frente a la demanda de ayuda, se ha encontrado que las psicopatologías concomitantes con los trastornos de personalidad, se relacionan con la solicitud de procesos de atención psicoterapéutica, ya que como mencionan Martínez-González, Munera-Ramos, & Becoña-Iglesias (2013), la presencia de patología en el eje I (según la evaluación multiaxial presente hasta el DSM IV-R) se convierte en una de las razones que más movilizan a los sujetos al solicitar ayuda psicológica.

Por otro lado, tomando estudios como el de Ramos (2012), el cual en una muestra de sujetos que habían sido diagnosticados con trastorno de personalidad grave, encontró que existe una relación entre autoestima y trastorno de personalidad, dado que la patología del individuo se ve afectada por la fluctuación y variabilidad entre la percepción que tiene de sí mismo y de su forma de relacionarse con el entorno, se evidencia cómo el fenómeno de estudio no solo responde a una categoría, sino que este se ve afectado por la multiplicidad de factores que influyen en el modo de relacionarse del individuo, como en este caso la autoestima.

Por lo anterior, se puede concluir que para el desarrollo de la presente investigación es importante evaluar no solo los rasgos que definen al trastorno de personalidad, sino también se debe realizar un análisis detallado de los diversos factores que pueden estar implicados en la presencia del trastorno, como lo puede ser la comorbilidad con otras patologías, o el nivel de autoestima del individuo, dado que solo cuando se observa al fenómeno de estudio desde las diferentes aristas, se llegará a comprender realmente cómo este se moviliza dentro de la población de interés.

Dentro del desarrollo de la indagación documental, surgen cuestionamientos en relación con el papel que cumplen los trastornos de personalidad en personas que están en estado de reclusión debido a la comisión de algún delito, para dar respuesta a dichos interrogantes, se encuentra que autores como Calvo et al. (2016), han identificado una asociación positiva entre las conductas delictivas y la presencia de trastornos de personalidad. De igual forma, Amar, Cervantes, Brunal, & Crespo (2011) en un estudio comparativo entre sujetos que cometieron actos delictivos, encontraron que la comisión de delitos se relaciona de forma directa con los rasgos psicopatológicos de la persona, dado que mientras más grave sea el delito, el cuadro clínico va a ser más crítico.

A partir de estas investigaciones, se evidencia la importancia de implementar programas de intervención con población que anteriormente han pasado por un proceso de reclusión y presentan un trastorno de personalidad, en el hecho que los rasgos patológicos de personalidad podrían actuar como factores predisponentes o desencadenantes de la conducta delictiva, por lo anterior, si se interviene dicho fenómeno se podría de forma indirecta, prevenir la posible comisión de delitos en dichos individuos.

Esto se reafirma por lo descrito por Arias, Canales, & De la Torre (2016), dado que los datos de su investigación develaron la importancia de delimitar cuáles son los estilos de personalidad patológicos que se asocian con mayor frecuencia al desarrollo de comportamientos delictivos, permitiendo de este modo, el diseño de programas de prevención y tratamiento efectivos que diferencien las características propias de cada grupo y respondan a las necesidades de cada individuo (Amar et al., 2011).

Sumado a lo anterior, a través de la búsqueda documental, se encuentra que los trastornos de personalidad han sido de gran interés investigativo en población reclusa, en países como

España y México; dichos estudios se han dedicado indagar la prevalencia de los trastornos de personalidad en población reclusa. Autores como Celedón-Rivero, Brunal-Vergara, & Sánchez-Carballo (2014), encontraron que los sujetos que cometieron delitos violentos, presentaban una alta prevalencia en trastornos de personalidad.

Por otro lado, Calvo et al. (2016) identificaron una prevalencia de trastornos de personalidad del 53%; sumado a lo anterior, Marín-Basallote & Navarro-Repiso (2012), en una muestra de 128 reclusos determinaron que el 35% presentaban un trastorno de personalidad, uno de los datos más alarmantes es el obtenido en la investigación desarrollada por Pérez, Fernández-Suárez, Bringas, & Rodríguez-Díaz (2014), los cuales encontraron una prevalencia del 92% en trastornos de personalidad en población en estado de reclusión.

Sin embargo, existiendo investigaciones que muestran las altas cifras en relación con la prevalencia de trastornos de personalidad, no se encuentran estudios durante los últimos 5 años frente a dicha problemática en población Colombiana, por tanto, se parte de lo planteado por Pérez, Fernández-Suárez, Bringas, & Rodríguez-Díaz (2014), en relación con que los centros de reclusión deben propender por el bienestar social, psicológico y emocional del individuo, dado que su razón de ser es la reeducación y la reinserción de dichas personas a la sociedad, seguido del hecho que cuando el individuo sale de prisión las instituciones sociales no le brindan el acompañamiento en los procesos de reintegración a la sociedad, se está convirtiendo al delincuente en una víctima del sistema social y político.

Ahora, sumada a la limitada capacidad de atención de los servicios de salud mental y comunitaria en los centros de reclusión, otros factores que adquiere gran importancia para este estudio es la relación que se ha encontrado entre centros de reclusión y enfermedades mentales, dado que la prisión, en contraposición de su misión, puede llegar a aumentar la probabilidad de

padecer o empeorar el cuadro clínico del individuo, especialmente en los casos en los que se deben cumplir penas de larga duración y en prisiones de máxima seguridad (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012).

Por lo anterior, esta investigación, busca mitigar la desigualdad que existe frente a la prestación de servicios que propendan por la salud mental de la población con trastornos de personalidad y, como se ha conversado en líneas anteriores, de su sistema familiar, los cuales también se ven afectados por la desigualdad política y social actual, esto, a través del desarrollo de procesos de interventivos que promuevan la reintegración del individuo en la sociedad.

Es de resaltar como Rodríguez-Arebola (2005) menciona, que el estudio de los trastornos de la personalidad se ha convertido en uno de los principales temas de investigación dentro del área clínica en el mundo, dejando el interrogante de si en otros países han identificado la importancia de realizar tales investigaciones, por qué en Colombia aún no se ha abundado en esfuerzos para el estudio de dicha variable, y más si se toma en cuenta dos factores principales,

el primero, como se comentó anteriormente, el hecho que esta patología no solo afecta a un individuo, sino a todo su sistema familiar, y en segundo lugar la necesidad de pensar nuevas formas de intervención con estos sistemas.

Procesos interventivos en los trastornos de personalidad

Sobral, Luengo, Gómez-Fraguela, Romero, & Villar (2007), mencionan la importancia de comprender la multiplicidad de rasgos de cada individuo en los trastornos de personalidad, los cuales no se pueden simplificar en categorías, por tal motivo, brindan como alternativa el estudio del fenómeno a través de una perspectiva dimensional, dado que ve la patología como un continuo, en el cual los rasgos se movilizan entre normales a patológicos, resaltando la

inoperancia de agruparlos en criterios diagnósticos, dado que, como se ha demostrado, la dimensión categorial presenta una baja fiabilidad (Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet, 2013).

El aporte teórico de estos autores resalta la necesidad de brindar una aproximación sistémica al fenómeno de estudio, dado que dicho modelo no tiene como fin categorizar al individuo en una variable específica, sino por el contrario identifica los dilemas dentro de los marcos de referencia del sistema, lo cual permite ampliar las lecturas frente al fenómeno de estudio.

A través de la búsqueda documental, se observa que son escasas las investigaciones que tienen como fin evaluar la efectividad de las intervenciones clínicas en trastornos de personalidad, convirtiéndose, tal como menciona Pedrero (2008), en una de las áreas de mayor desafío para la psicología científica y en este caso para el modelo sistémico. La mayoría de los estudios realizados se han desarrollado a través de modelos cognitivo-conductuales y psicodinámicos, los cuales se han enfocado exclusivamente en estudiar el trastorno límite de la personalidad, exponiendo un vacío teórico desde el modelo sistémico, y desde el estudio de los diferentes tipos de trastorno de personalidad.

La teoría bioevolucionista integradora planteada por Millon (1996; 2004; 2007 citado por Ortiz & Scheller, 2011), se ha convertido en uno de los cuerpos teóricos que más se ha aproximado a la explicación de la personalidad y sus trastornos, dichos postulados se desarrollan a través de la integración del enfoque cognitivo y el psicodinámico, toman a consideración la estructura relacional del individuo, siendo una de las primeras aproximaciones integradoras de la personalidad.

Terapia familiar sistémica

A pesar que exista una limitación frente a la cantidad de estudios desarrollados desde el modelo sistémico en relación al fenómeno, el estudio de los trastornos de personalidad y demás patologías descritas en la literatura, no es un elemento nuevo en el modelo sistémico, tomando a consideración los estudios de Bateson (s.f citado por Diaz, 2012) y sus aportes desde las pautas doble vinculares, es así que la terapia familiar tiene sus orígenes en la investigación clínica, en el estudio de los procesos relacionales en sistemas que tenían un integrante de la familia diagnosticado con un trastorno de personalidad. Lo anterior hace una llamada importante al modelo sistémico para que vuelva a abordar un fenómeno tan presente y común como son los trastornos de personalidad, razón por la cual emerge esta investigación.

En las posturas teóricas más actuales, es interesante mencionar lo descrito por Martínez & Martín (2015), dado que reivindican el papel del enfoque sistémico en la terapia y los procesos de cambio, en su investigación ellos plantean que desde los primeros años de vida los sistemas relacionales se encargan de configurar la personalidad del individuo, por tal motivo, cuando se presenta una ruptura en dichas relaciones este altera sus estructuras, aumentando la probabilidad de presentar una psicopatología. Esto enriquece el abordaje explicativo del fenómeno de estudio, en relación con el hecho que, en los trastornos de personalidad, es fundamental el papel del psicólogo sistémico, dado que este tiene la función de reconstruir los fracasos relacionales dentro del sistema, que predisponen el desarrollo de la patología.

Las intervenciones clínicas que trabajan los trastornos de personalidad deben realizar un abordaje integral del individuo a partir de la comprensión compleja de su identidad, su familia, los vínculos relacionales, sus dilemas y las formas de afrontarlos, determinando cómo estos se ven influenciados por la patología que presentan (Carrillo, 2015). Es así como lo expuesto hace

presente la necesidad de implementar investigaciones que integren la mirada sistémica del fenómeno y de este modo poder ampliar comprensiones más relacionales y dinámicas de la patología y a su vez, permitan el desarrollo de intervenciones que resignifiquen la importancia de la terapia familiar sistémica.

De igual forma, la búsqueda documental, permite dar cuenta, desde la perspectiva sistémica, del papel fundamental que cumplen los procesos relacionales en el desarrollo de procesos interventivos en los trastornos de personalidad, dado que las pautas de interacción dentro del sistema, pueden promover el desarrollo de la sintomatología del individuo y el mantenimiento de la misma (Riveros & Garzón, 2014), sumado a esto, tal como afirman Rodríguez-Moya & Peláez (2013), los trastornos de personalidad no solo afectan a la persona que presenta la patología, sino a todo el sistema familiar, lo cual genera que el cuadro clínico del individuo se torne más crítico.

Los artículos analizados permiten ampliar la comprensión del fenómeno en relación con los procesos de cambio generados a partir de la terapia familiar en trastornos de personalidad; tal como mencionan Rodríguez-Moya & Peláez (2013), la terapia familiar busca informar al sistema sobre la patología, determinar cuáles son las principales problemáticas, restablecer los lazos familiares, mejorar la comunicación y establecer redes de apoyo. De igual forma, a través de la construcción de la relación entre el terapeuta y la familia, se van recreando experiencias y generando cambios, los procesos de intervención buscan que las familias comprendan las diferentes situaciones que se presentan tanto a nivel individual como familiar, las dinámicas relacionales asociadas a los factores que influyen en la problemática (Riveros & Garzón, 2014).

Investigaciones como la de Fernández, Fombellida, & Herrero (2005), brindan una aproximación al estudio de los trastornos de personalidad desde la perspectiva sistémica al

emplear la terapia familiar en los trastornos graves de la personalidad, a través de la implementación de técnicas como, resolución de problemas, intervenciones estructurales o metafóricas, preguntas circulares, rituales, proyección de futuro, externalizaciones y búsqueda de soluciones. Este estudio se demuestran resultados significativos en el proceso de intervención, especialmente en lo que respecta a la comunicación y relación familiar, conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento, actitud positiva frente al futuro, lo cual soporta el proceso investigativo a desarrollar, dado que expone cómo la terapia familiar puede promover procesos adaptativos en sistemas familiares conformados por un miembro que presenta un trastorno de personalidad.

Del mismo modo, Gil, Montoya, Ocampo, Orozco, & Pineda (2016), a través de la aplicación de técnicas interventivas sistémicas, como la narrativa, encontraron que los sujetos después del proceso lograron resignificar sus experiencias y se observa disminución en su sintomatología clínica. Sumado a lo anterior, en la investigación de Maida, Rojas, Sostin, Contreras, & Aberg (2011), se encontró que la terapia familiar tiene efectos a largo plazo, especialmente en lo que respecta al cambio de percepciones, la disminución de la sintomatología clínica, el desarrollo de espacios comunicacionales más efectivos, la apertura y el mantenimiento de relaciones con miembros que anteriormente habían sido excluidos (Maida et al., 2011).

Esto denota un factor importante dentro del abordaje del fenómeno de estudio, ya que, uno de los principales obstáculos en el desarrollo de procesos interventivos en trastornos de personalidad, era el hecho que se observaba una efectividad, pero esta era a corto plazo, con los hallazgos de Maida et al., (2011), se plantea la posibilidad de implementar intervenciones sistémicas que generan una mejoría a largo plazo en relación con los síntomas principales y a la adaptación social asociada.

Otro de los temas que adquiere relevancia para el desarrollo de esta investigación, es lo mencionado por Beeney, Hallquist, Clifton, Lazarus, & Pilkonis (2016), los cuales encontraron que la vinculación de las redes de apoyo primarias influye en el tratamiento de los trastornos de personalidad, dado que esta variable se asocia de forma positiva a la disminución de la sintomatología y puede volverse predictor de un mal estado en su salud mental.

Tal como afirma Ruiz (2010), se ha encontrado que son escasos los tratamientos diseñados para los trastornos de personalidad desde el modelo sistémico. Una de las dificultades que presentan los diseños de técnicas de intervención se relaciona con el desarrollo de terapias individuales, ignorando la influencia que ejerce el sistema familiar como factor predisponente de los trastornos de personalidad.

Se puede concluir que el aporte teórico del estudio parte del interés de evaluar la efectividad de la terapia familiar sistémica que presentan un trastorno de personalidad con el fin de contribuir en el diseño de programas de intervención que propendan por una mejor calidad de vida tanto en el individuo, como en su familia.

Las ciencias de la complejidad

El hablar de complejidad lleva inicialmente al no iniciado a pensar en los planteamientos de Morin & Pakman (1998), pero la complejidad no puede ser vista desde una sola arista, ya que esta es una forma de mirar lo que definimos como realidad, siendo en sí una construcción novedosa que lleva implícita una revolución en lo que refiere a conocimiento. Maldonado & Gómez (2010) indican que la complejidad responde a un conjunto de teorías plurivalentes a

nivel de métodos y lógicas, que aportan a la construcción de múltiples respuestas, donde ninguna vale por sí misma y que no todas son equivalentes. Esta ciencia intenta explicar la danza

que existe entre caos y el orden, pero, aunque esta es una forma de explicar ese entramado que es complejidad, esta no se puede encasillar en una sola definición (C. E. Maldonado & Gómez, 2010).

Después de esta breve definición se busca realizar un abordaje de cómo estas ciencias han danzado con la psicología y en especial con los planteamientos relacionados con los trastornos de personalidad. Es así que hablar de complejidad en la psicología es un tema reciente, las investigaciones en psicología se han centrado generalmente en modelos de abordaje científicos clásicos, aunque es importante retomar que en el modelo sistémico se toma a consideración construcciones más cualitativas y revisiones desde la investigación-intervención (Estupiñán, Niño, & Rodríguez, 2006), que, aunque responden a construcciones un tanto más elaboradas no son de por sí campos que se muevan en la complejidad.

La complejidad ha sido abordada de manera constante a modo de reflexión sobre construcciones relacionadas con la educación, esto se puede ver en lo expuesto por Chacón-Prado (2015), quienes a partir de los planteamientos de Morín (1999) exponen una forma de construcción en formación de personas a distancia, tomando como núcleo principal las vinculaciones entre conocimiento emergente con el conocimiento ya adquirido, adicionalmente la gestión de la incertidumbre en los procesos de aprendizaje. Esto también es abordado por Juárez & Comboni (2012), quienes exponen la necesidad de un cambio en la forma como se construyen los procesos de educación, indicando que desde las ciencias de la complejidad se pueden construir puentes dialógicos entre el conocimiento y el “devenir bio-socio-antropo-ecocultural-histórico” (Juárez & Comboni, (2012), p. 49) con el que cuenta cada individuo.

La transdisciplinariedad es otro elemento abordado desde las recientes publicaciones relacionadas en complejidad, sobre esto Osorio García (2012) hace un llamado importante sobre

la necesidad de realizar construcciones multidimensionales y multirreferenciales de la realidad con el objetivo de lograr realizar comprensiones más complejas de los fenómenos, lo cual permitiría lo que él define como el “conocimiento del conocimiento” (p. 272).

Estas miradas multirreferenciales también son abordadas en la definición de mundos posibles que realiza Badía (2013), este autor hace una revisión del concepto desde los postulados de Adams (1974) y Menzel (1986), concluyendo que no se debe reducir las conceptualizaciones de mundos posibles para que respondan a la claridad y precisiones (en ocasiones matemáticas) e invita a realizar mayores búsquedas fuera de los marcos de referencias ya establecidos.

En el libro *“El mundo de las ciencias de la complejidad, un estado del arte”*, Maldonado & Gómez (2010) realizan una importante revisión de los abordajes que ha tenido la complejidad en varios temas, es interesante ver que en lo que corresponde a psicología se ven solamente los aportes de Maturana & Varela (1990, 1994, citados por Maldonado & Gómez, 2010) sobre el concepto de la autopoiesis. Aunque recientemente esto ha cambiado, dado que se cuenta con los aportes de Duque-García (2017) que toma en consideración la forma como se configuran procesos investigativos en psicología mediante los adyacentes posibles, los agentes autónomos, los relieves adaptativos, las estructuras disipativas, la lógica borrosa, entre otros elementos y además, postula la idea de una mirada transdisciplinar de la psicoterapia desde una biosfera endoestética.

Ya a nivel de Colombia, los núcleos de abordajes más comunes recientemente en lo que respecta a ciencias de la complejidad están centrados en nivel de la Biología, Ingeniería, Filosofía, Economía y Antropología (C. E. Maldonado & Gómez, 2010). Tomando en consideración la revisión del estado del arte documental de Maldonado & Gómez, menos del 1%

de los textos publicados entre la mitad del siglo pasado y primera década del presente siglo exploran la relación entre complejidad y psicología.

Por lo anterior, el libro de Duque-García (2017) presenta un importante aporte frente a una mirada compleja de los procesos formativos-interventivos en terapeutas, sobre esto refiere la importancia de moverse en una tecnobiosfera que sirve como nexo de conexión entre la psicología y la complejidad, permitiendo la emergencia de conocimiento novedoso. Para este planteamiento hace un llamado a lo expuesto por Watts (2006, citado por Duque-García, 2017) mediante los coeficientes de agrupación, los cuales según Gutiérrez & Herrera (2015), corresponden a sistemas conformados por una gran cantidad de elementos, que se caracterizan por una interacción no trivial.

En el trabajo de Duque-García (2017) se aborda la crisis que mediante las bifurcaciones y fluctuaciones permite la emergencia de mundos posibles, esta noción va de la mano con otros autores quienes exponen que nuestro mundo está inmerso en otros subconjuntos de mundos que pueden existir de manera simultánea a nivel espacio-temporal (Badía, 2013; Rocca, 2005; Vélez León, 2016). Las anteriores comprensiones permiten en terapia hacer actualizaciones de las versiones deficitarias que traen los sistemas consultantes a sesión y movilizaciones a partir de expectativas construidas a partir de los adyacentes posibles.

Lógica borrosa

Otro concepto importante para el presente trabajo corresponde a la lógica borrosa que fue planteada de manera extensa por Kosko (1995), quien retoma la teoría de los conjuntos borrosos expuestos por Zadeh (1965, citado por Martínez-García & Martínez-Caro, 2010); lo más novedoso de este planteamiento está centrado en construcciones polivalentes de la realidad, es

así que a partir de este planteamiento se entra a debatir las construcciones bivalentes kantianas y se amplía la gama de matices polivalentes con las que un fenómeno puede ser visto. Sobre los trabajos en Lógica borrosa existen publicaciones recientes que se han estado acercando de otras disciplinas a la psicología y psiquiatría.

Se han realizado trabajos desde la lógica borrosa para abordar las construcciones epistemológicas psiquiátricas de la transexualidad a partir de la borrosidad. Sobre esto Hueso-Holgado (2011) realiza una invitación a revisar las epistemologías psiquiátricas, dado que se requiere ser revisado desde una realidad multivalente y difusa, ya que en especial en este fenómeno se han tenido abordajes reduccionistas, el punto más interesante es el reconocimiento de las nosológicas dimensionales como aproximaciones a la lógica borrosa desde el campo de la psiquiatría clínica.

Finalmente, uno de los trabajos más dicentes sobre la lógica borrosa en psicoterapia es el presentado por Botella (2007), quien plantea la utilización de mapas cognitivos borrosos en los procesos de psicoterapia, estos se caracterizan por simulaciones que permiten ver las posibilidades en las tomas de las decisiones que se presentan en el comportamiento de un sistema complejo, que toma en consideración los múltiples bucles de feedback. Pero como refiere el autor, también tiene sus limitaciones al aplicarlo a psicoterapia, dado que esto requiere un amplio conocimiento de las características del caso para la construcción de los espacios de simulación y aprender a gestionar el hecho que estas simulaciones son aproximaciones cualitativas de sistemas no lineales.

Estado del Arte Testimonial o Contextual

El desarrollo del estado de arte testimonial parte de la necesidad de brindar una comprensión más amplia en relación con la conceptualización de los trastornos de personalidad y

el desarrollo de procesos interventivos en sistemas familiares en los cuales uno de sus miembros presenta dicha patología. Por lo anterior, el objetivo de este es comprender el fenómeno de estudio, a través de un proceso conversacional con los diferentes actores involucrados, quienes relatan cuales son los mitos y creencias que existen en relación con el fenómeno de estudio y cómo se comportan frente a este.

En el estado del arte testimonial, se narran las diferentes comprensiones que existen en relación con la definición de los trastornos de personalidad, los rasgos que definen a la persona que presenta dicha patología, los procesos interventivos que se pueden implementar y así mismo la efectividad de estos, a través del desarrollo de los dominios de indagación de los escenarios conversacionales, los cuales responden al orden explicativo, orden técnico-interventivo y orden ideológico-simbólico.

Contexto y participantes.

Los escenarios se desarrollaron en el Centro Terapéutico de Tunja, lugar al cual asisten las personas que, en consulta con un médico general en una IPS, son remitidas a procesos de atención psicológica. En primer lugar, se diseñó un escenario conversacional con un consultante, el cual es diagnosticado con trastorno de personalidad esquizoide y se crea un segundo escenario, en el que participa una psicóloga clínica, la cual dentro de su experiencia profesional ha desarrollado procesos de evaluación, diagnóstico e intervención con consultantes diagnosticados con trastorno de personalidad (véase tabla 1).

Tabla 1*Contextos y participantes*

Participante	Edad	Estado Civil	Procedencia	Rol	Lugar
W.F.R.F	25	Soltero	Tunja	Consultante	Centro terapéutico
N.A.P.G.	28	Soltero	Tunja	Consultante	Centro terapéutico

Diseño de escenarios.

Para el desarrollo de la matriz testimonial los escenarios propuestos se implementaron en el Centro Terapéutico de la ciudad de Tunja, en el cual se brindan servicios de atención clínica, entre otros. Inicialmente se contacta a la psicóloga, la cual brinda información respecto a la posibilidad de identificar un caso que responda a la necesidad dentro de la investigación. Al encontrar una respuesta afirmativa, se contacta al primer actor, definido como consultante el cual autoriza su participación en el desarrollo del primer escenario, el cual incluye la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de MILLON (MCMI-III).

El escenario se desarrolló dentro de una sesión en terapia, constó de tres escenas, en la primera se generó un diálogo entre la psicóloga y la investigadora, con el fin de llegar a acuerdos frente a cómo se desarrollaría el guion de la entrevista y la aplicación del instrumento, en la segunda escena se realizó la aplicación del MCMI-III y en la tercera escena se desarrolló la conversación con base en las preguntas guía (véase Tabla 2).

Tabla 2*Escenario 1.*

Escenario 1	
Objetivo	Comprender el fenómeno de estudio, a través de un proceso conversacional con el sujeto identificado como portador del síntoma, en el cual relata cuáles son los mitos y creencias que existen en relación con el fenómeno de estudio y cómo se comportan frente a este.
Participantes	Consultante IPS Psicóloga clínica Investigadora-interventora
Focos	Trastornos de personalidad Dinámica relacional
Preguntas orientadoras	¿Cuáles son los dominios explicativos en relación con el diagnóstico? ¿Cuáles son los procedimientos que han desarrollado frente al diagnóstico y qué se puede asociar al dominio técnico-interventivo? ¿Cuáles son los constructos ideológicos-simbólicos asociados al diagnóstico?
Guiones	Escena 1: presentación del investigador y del objetivo de la aplicación. Escena 2: diligenciamiento del consentimiento informado. Escena 3: aplicación prueba Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI III). Escena 4: entrevista orientada por preguntas guía ¿Cómo se define a sí mismo? Cuando ha presentado dificultades ¿cómo las ha afrontado? ¿Qué opina de su familia? ¿Siente que cuenta con el apoyo de su familia? ¿Cómo es su relación con los demás? ¿Se considera una persona sociable? Cuando se presenta una situación en la cual no está de acuerdo o le molesta, ¿Cómo se comporta? Escena 5: cierre del espacio y agradecimiento por participar en la investigación.

Para el desarrollo del segundo escenario se convocó a la psicóloga clínica, la cual dentro de los procesos terapéuticos desarrollados cuenta con la experiencia para abordar casos de

personas con trastornos de personalidad, el escenario se desarrolló dentro de un consultorio de la institución y consta de una escena (véase Tabla 3).

Tabla 3

Escenario no. 2

Escenario N° 2	
Objetivo	Comprender el fenómeno de estudio, a través de un proceso conversacional con el psicólogo clínico, en el cual relata cuales son los mitos y creencias que existen en relación con el fenómeno de estudio y cómo lo interviene.
Participantes	Psicóloga clínica Investigadora-interventora
Focos	Trastornos de personalidad Dinámica relacional
Preguntas orientadoras	¿Cuáles son los dominios explicativos en relación con el diagnóstico? ¿Cuáles son los procedimientos que han desarrollado frente al diagnóstico y qué se puede asociar al dominio técnico-interventivo? ¿Cuáles son los constructos ideológicos-simbólicos asociados al diagnóstico?
Guiones	Escena 1: presentación del investigador y del objetivo de la aplicación. Escena 2: diligenciamiento del consentimiento informado. Escena 3: entrevista orientada por preguntas guía ¿Qué es para usted un trastorno de personalidad? ¿Ha trabajado con consultantes diagnosticados con trastorno de personalidad? ¿Cómo define las relaciones sociales y familiares de los consultantes diagnosticados con un trastorno de personalidad? ¿Cuáles son las técnicas interventivas que implementa en los procesos terapéuticos con personas que presentan un trastorno de personalidad? ¿Qué aspectos considera se deben tener en cuenta para el desarrollo de procesos interventivos? Recuerda un caso que ha sido significativo con relación a este fenómeno, ¿Qué podría comentarnos con relación a los procesos de cambio y transformación?

Escena.5: cierre del espacio y agradecimiento por participar en la investigación.

Neodiseños.

En el desarrollo del segundo escenario, se transformó debido a que surgieron preguntas que no estaban establecidas en el guion, las cuales permitían ampliar la comprensión frente al fenómeno de estudio (véase tabla 4).

Tabla 4

Neodiseño del Escenario N° 2

Escenario 1	
Objetivo	Comprender el fenómeno de estudio, a través de un proceso conversacional con el psicólogo clínico, en el cual relata cuales son los mitos y creencias que existen con relación al fenómeno de estudio y cómo lo interviene.
Participantes	Psicóloga clínica Investigadora-interventora
Focos	Trastornos de personalidad Dinámica relacional
Preguntas orientadoras	¿Cuáles son los dominios explicativos en relación con el diagnóstico? ¿Cuáles son los procedimientos que han desarrollado frente al diagnóstico y qué se puede asociar al dominio técnico-interventivo? ¿Cuáles son los constructos ideológicos-simbólicos asociados al diagnóstico?
Guiones	Escena 1: presentación del investigador y del objetivo de la aplicación. Escena 2: diligenciamiento del consentimiento informado. Escena 3: entrevista orientada por preguntas guía Bajo tu experiencia clínica, ¿tú has trabajado con consultantes que presenten un trastorno de personalidad? ¿Cómo podrías definir los trastornos de personalidad? ¿Cómo crees que esto se puede configurar o convertirse en un problema para el sujeto?

Tú dices que ¿se ven afectadas las relaciones con su medio?
 ¿Cómo crees que se ven afectadas?, por ejemplo, con su familia
 Podrías decir que ¿si hay una persona que tiene un trastorno de personalidad esta puede llegar a alterar tanto, por ejemplo, su sistema, permitiendo que hasta un familiar o una persona cercana a ella desarrolle algún tipo de patología?
 ¿Qué más contextos crees que se ven afectados?
 Bajo tu experiencia clínica ¿Cuáles son las técnicas de intervención que has utilizado?
 ¿Qué cambios crees que se han generado al desarrollar estas técnicas intervenidas que me mencionas?
 ¿A qué te refieres con podría ser limitada?
 ¿Qué consideras que se debe tener en cuenta para el desarrollo de futuras intervenciones?, ¿Qué aspectos posiblemente no se han trabajado, pero podrían favorecer mucho un proceso interventivo?
 ¿Recuerdas un caso que haya sido significativo con relación al fenómeno que estamos hablando trastornos de personalidad?
 ¿Cuántas sesiones llevaste con él en intervención?
 ¿El consultante presento un intento de suicidio?
 ¿Las sesiones que desarrollaste fueron a nivel individual?
 ¿Qué crees que hubiera cambiado si hubieses trabajado con todo el sistema familiar?
 ¿Cuáles consideras que son las estrategias principales que se tienen en cuenta al abordar una intervención?
 ¿Cuáles consideras que serían las estrategias principales que se deberían tener en cuenta en un abordaje interventivo en una persona con una patología cómo está?
 Escena.5: cierre del espacio y agradecimiento por participar en la investigación.

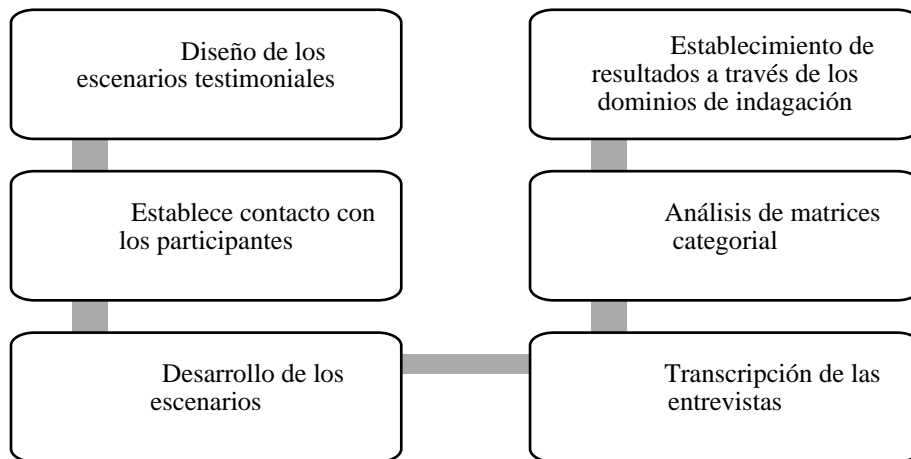
Procesamiento de la información.

Inicialmente se realizó el diseño de los escenarios, luego se generó contacto con los participantes comentando el procedimiento que se deseaba realizar según el objetivo de investigación. Al contar con dicha participación se convocó a los actores para el desarrollo de los

escenarios los cuales fueron grabados en audio, luego la entrevista se transcribió, convirtiéndose en textualidad, pasaron por matrices para un análisis categorial, según 3 dominios con base en el contenido heterorreferencial y autorreferencial. Finalmente, se organizaron los datos obtenidos en la matriz por dominios y se plantearon los resultados (véase figura 1).

Figura 1

Flujograma procesamiento de la información



Resultados

Los resultados se abordan a través de los tres dominios de indagación, el primero hace referencia al orden explicativo, el cual busca comprender hipótesis, constructos explicativos, metáforas y conceptos, utilizados para explicar y abordar los fenómenos clínicos. El segundo dominio es de orden técnico-interventivo, el cual se compone por los modos de acción, ideologías e intervenciones que implementan las familias, equipos e instituciones en los escenarios de intervención terapéutica o social. Finalmente, el tercer dominio pertenece al orden ideológico- simbólico en el cual se identifican los mitos y creencias que tienen las personas, familias e instituciones a como comprender el fenómeno de estudio y sus cambios (Duque, Niño, Rojas y Parra, 2015).

A continuación, se analizan los dominios en el orden descrito anteriormente.

Dominio explicativo

En los encuentros conversacionales al indagar por la definición conceptual de los trastornos de personalidad desde la perspectiva de la psicóloga experta, esta comenta que *“Bueno el trastorno de personalidad es un trastorno de conducta desadaptativa en el cual la persona se le dificulta adaptarse al medio en que se encuentra, también se presentan bastantes distorsiones cognitivas en este tipo de trastornos”* (EAT 2, PE, L8), en esta narrativa la psicóloga experta aborda dos factores principales que son de gran importancia a la hora de definir y caracterizar un trastorno de personalidad; el primero asociado a las dinámicas relacionales, en el cual el individuo no es capaz de enfrentarse a las condiciones físicas y psíquicas que le ofrece su medio y, en segundo lugar, en relación con su estructura de pensamiento, dado que el individuo es incapaz de interpretar los eventos que suceden en su medio.

Sumado a lo anterior, la psicóloga experta narra que *“por ejemplo como ellos tienen un pensamiento tan rígido, tienen un pensamiento tan polarizado y perfeccionista... entonces tenía una consultante que tenía este tipo de trastorno y a la hora que la cogía un trancón entonces le genera un malestar significativo”* (EAT 2, PE, L22).

Con base en lo mencionado anteriormente, se generan aperturas conversacionales frente a temas que son de discusión actualmente desde los mundos borrosos, como lo es comprender que el ser humano por naturaleza es ambiguo, por tal motivo cuando una persona considera que su forma de relacionarse con su medio y de interpretarlo, es la única manera posible de hacerlo, debido a la inflexibilidad y rigidez de su pensamiento, se generara un malestar a nivel individual y social, que en este caso afecta la gravedad e intensidad de los síntomas.

Otro de los aspectos de análisis dentro de lo conversado con la psicóloga experta, es cuando menciona que “...*tienden a magnificar sus problemas, a personalizar sus dificultades, tienden a tener una anticipación muy negativa acerca de las cosas... existe un ansiedad social... su comunicación probablemente esté afectada... tienen pobre control de sus emociones...*’ (EAT 2, PE, L22).

Las narrativas de la psicóloga experta en el fragmento mencionado anteriormente, giran en torno establecer rasgos característicos que permitan abordar los trastornos de personalidad, a partir de esto, se puede resaltar que la incapacidad del consultante para controlar sus emociones y desarrollar procesos comunicacionales asertivos, el mantener una constante hipervigilancia frente a las situaciones cotidianas, afectan de manera significativa al individuo, en primer lugar a nivel físico, dado que presentan activaciones fisiológicas elevadas, y en su área familiar y social, siendo esta la principal perjudicada, dado que ni el individuo, ni el sistema logran implementar mecanismos que permitan el desarrollo de relaciones interpersonales adaptativas.

Continuando con lo expuesto por la psicóloga experta, a partir de los planteamientos en relación con los contextos que pueden verse afectados, se genera un esbozo más amplio en lo que respecta a la influencia de las dinámicas relacionales y los modos de comportamiento de las personas con trastorno de personalidad, entendiendo que, a pesar que el diagnóstico va direccionado a la persona identificada como problema, se observa cómo diversos sistemas, especialmente el familiar, tienen un papel protagónico en la predisposición y mantenimiento de dicha patología, dado que, por ejemplo, los miembros del sistema familiar se convierten en coayudantes que impiden la evolución del mismo, a través del no establecimiento de roles y la no definición de límites o jerarquías (EAT 2, PE, L16; EAT 2, PE, L18 y EAT 2, PE, L38).

Sumado a lo anterior, cuando se indaga en el consultante sobre los modos como afronta las situaciones problema, este convierte en un recurso el desarrollo de comportamientos evitativos, considerándolo como la mejor solución intentada para abordar situaciones conflictivas. Lo anterior se observa cuando menciona que “*varias veces evitando esa situación ¿sí? O sea, digamos estoy en tal sitio mejor me voy a otro sitio más o voy y regresó... entonces, pues trato de controlar la respiración // y pensar en otras cosas*” (EAT 1, C, L79).

Uno de los aspectos que más llama la atención gira en torno a la demanda de ayuda inicial de las personas que asisten a sesión y que suelen terminar siendo diagnosticadas con trastorno de personalidad. Estas personas llegan generalmente a consulta por otro tipo de problemáticas, especialmente ansiedad, asociada a la dificultad para relacionarse con su contexto social, tal como lo explica la psicóloga experta en el escenario (EAT 2, PE, L28 y EAT 2, PE, L40).

Por otra parte, al abordar los dominios explicativos en relación con el diagnóstico, la psicóloga experta vislumbra dos aspectos importantes el primero, en relación con la necesidad de desarrollar diagnósticos diferenciales que permitan el diseño de procesos interventivos que respondan a las necesidades específicas de cada sistema, y el segundo, respecto a cómo los trastornos de personalidad suelen ser concomitantes con otras patologías. Dado que la psicóloga experta menciona que “*las que he tenido vienen asociadas más que todo a ansiedad, es muy importante hacer un diagnóstico diferencial... y depende del tipo de trastorno una intervención familiar e intervención cognitiva*” (EAT 2, PE, L40).

Frente a la efectividad de los procesos interventivos, emerge en el diálogo con la psicóloga experta el hecho que “*digamos que la terapia cognitiva es muy clave, sin embargo, podría ser limitada*” (EAT 2, PE, L22), lo cual pone presente que la terapia cognitivo conductual, a pesar que genera ciertos cambios en el consultante, se ve limitada dado que dentro de su marco

de intervención no incluye al sistema familiar, siendo éste un actor principal en el desarrollo de la problemática que presenta el individuo. Esto sumado a lo mencionado por el consultante dentro del desarrollo del escenario 1, el cual considera que el avance obtenido dentro del proceso interventivo, bajo el modelo cognitivo-conductual no ha sido el esperado, descrito literalmente como “*muy poco*” (EAT 1, C, L37).

Finalmente, esto resalta cómo a pesar de que el psicólogo trabaje y sus creencias giren en torno a otro modelo teórico, como lo es el cognitivo conductual, no puede apartar el hecho y la necesidad de implementar procesos interventivos con personas con trastornos de personalidad que no solo abarque al individuo sino a todo el sistema. Lo anterior, basado en lo mencionado por la psicóloga experta en relación con que “*tienen una resistencia al cambio, especialmente al cambio cognitivo y conductual...*” (EAT 2, PE, L24) y “*... es muy importante el apoyo y la intervención familiar...*” (EAT 2, PE, L26).

Según la información obtenida en el análisis de las narrativas de los participantes, se generan hallazgos que permiten brindar una explicación del fenómeno investigativo, que parte de la experiencia de profesionales que a través de sus prácticas clínicas han logrado generar un abordaje propio de dicho fenómeno. En primer lugar, el reconocimiento que hace la psicóloga frente al hecho que los trastornos de personalidad principalmente son patologías que afectan y se ven influenciada principalmente tanto por el sistema familiar, como los sistemas amplios a los cuales pertenece el individuo, y la problemática se presenta cuando no logran llegar a un consenso entre dichos sistemas en relación con las exigencias del medio y las exigencias propias de cada miembro dentro del sistema.

Sumado a lo anterior, se observa cómo a través de otros esquemas teóricos se generan ciertos consensos frente a la comprensión del ser humano, entendiendo que para brindar una

explicación de los trastornos de personalidad se debe tener en cuenta que el ser humano es un sujeto ambiguo, en el cual un mismo comportamiento puede ser interpretado de maneras diferentes dependiendo del observador.

En lo que respecta a los procesos de evaluación y diagnóstico, se generan dos aportes en cuanto a la comprensión de dicho proceso, el primero en relación con que los individuos que asisten a consulta y que posteriormente son diagnosticados con trastorno de personalidad, inicialmente su demanda de ayuda era por otro tipo de problemática, como ansiedad. De igual forma, se resalta el hecho que a la hora de elaborar el diagnóstico es importante tener en cuenta las patologías o problemáticas concomitantes. Finalmente, en lo que respecta a procesos interventivos se hace latente la implementación de técnicas que involucren al sistema familiar dentro de la consulta.

Dominio técnico-interventivo

Desde los escenarios narrativos conversacionales, se puede observar cómo a partir de la explicación de los modos de proceder de los sistemas y las prácticas sociales de dicha población, la narrativa de la psicóloga invitada gira en torno a cómo las dinámicas relacionales familiares se ven afectadas por la sintomatología que presenta el individuo, dado que no se generan procesos adaptativos dentro del sistema que permitan su evolución. Lo anterior se observa en relatos como *“la hija empezaba a adoptar comportamientos similares a los de su madre (consultante), también está el caso de la consultante, en el cual digamos su relación familiar se vio perjudicada...”* (EAT 2, PE, L16).

De igual forma, la psicóloga experta, brinda un punto de partida en relación con cómo las prácticas familiares influyen en el modo de proceder de los individuos, dado que éstos pueden tanto reforzar esquemas cognitivos rígidos, como promover procesos evolutivos (EAT 2, PE,

L38), de igual forma, brindar un abordaje explicativo en relación con el nivel de afectación familiar y cómo los trastornos de personalidad pueden estar asociados a sistemas familiares problemáticos, caracterizados por ser rígidos, inflexibles y violentos (EAT 2, PE, L38).

Respecto a los procesos de intervención desarrollados por la psicóloga experta, se encuentra que estos se encuadran en el modelo cognitivo-conductual, a través de la implementación de estrategias enfocadas en la reestructuración cognitiva, la comunicación asertiva, el control de emociones, el manejo de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento, su fin es generar que los consultantes modifiquen sus pensamientos de forma más racional y aprendan a adaptarse en cierta medida a su medio (EAT 2, PE, L20).

Sin embargo, al indagar por la efectividad de dichos tratamientos, de la psicóloga emergen narrativas como “... *en el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo... tienden a adaptarse muy bien al tratamiento cognitivo...en otros tipos de trastorno como el esquizotípico... la terapia cognitiva es muy clave, sin embargo podría ser limitada*” (EAT 2, PE, L22); por tal motivo, se puede inferir que a partir de la implementación de intervenciones cognitivo conductuales se observan efectos positivos en procesos desarrollados con personas con trastornos de personalidad, las cuales suelen ser muy resistentes al cambio, sin embargo, se hace necesario diseñar intervenciones que involucren no sólo al individuo diagnosticado con la patología sino a todo su sistema familiar.

Por otro lado, en el escenario conversacional desarrollado con el consultante, cuando se abarca la temática en relación con cómo se moviliza en su medio social, este relata “*con los demás, es muy, muy restringida... hablo con muy poca gente... es todo difícil*” (EAT 1, C, L95).

Con base en lo anterior, en lo que respecta al modo de proceder del consultante dentro de su sistema social, se encuentra que este mantiene una pauta restrictiva y de desconfianza, lo cual limita su círculo social y genera dificultades para el establecimiento de redes de apoyo. Por tal motivo, dicha situación llevó a que el consultante asociara el consumo de SPA como método de escape a las problemáticas que se presentan (EAT 1, C, L83).

Durante el encuentro conversacional con el consultante, cuando se indaga frente al avance obtenido en el proceso de terapia este comenta que ha sido de un 20% (EAT 1, PE, L41), lo cual deja un interrogante frente a la efectividad del tratamiento y los avances obtenidos en el proceso terapéutico, el cual no ha sido mayor, esto invita a una postura reflexiva frente a cómo se están abordando los procesos terapéuticos y qué se debe hacer para que se generen mejores resultados a mediano y a largo plazo.

Los datos obtenidos en el dominio técnico-interventivo brindan una aproximación al fenómeno de estudio, dado que explica cómo los modos de proceder de los sistemas familiares influyen en la predisposición y mantenimiento de la problemática, sumado a que estos datos aportan a la investigación, dado que develan como otros sistemas también se ven involucrados, dado que una persona con trastorno de personalidad puede llegar a aislarse de su sistema social tanto en contextos laborales como académicos, entre otros.

De igual forma, este dominio cuestiona los procesos interventivos que se vienen desarrollando desde otros modelos, como el cognitivo conductual, dado que los actores de los escenarios coinciden en el hecho que las técnicas interventivas aplicadas no están generando los cambios esperados, y una de las posibles causas es la no inclusión del sistema familiar dentro de la terapia.

Dominio ideológico-simbólico

Los espacios narrativos conversacionales, permitieron delimitar las creencias que tenían los actores frente al fenómeno de estudio. En el escenario con la psicóloga experta se identifican relatos privilegiados frente al hecho que consideraba que los trastornos de personalidad pueden llegar a convertirse en una problemática para el sistema familiar, en el momento en que el miembro identificado con la patología desarrolla pensamientos desadaptativos y respuestas fisiológicas inadecuadas (EAT 2, PE, L10).

Complementando lo anterior, a partir de la voz de la psicóloga experta, se identifica que el sistema de ideas que presentan los consultantes diagnosticados con dicha patología, gira en torno a cómo el sistema social los señala y rechaza y en otros casos sienten que puede llegar a ser perseguidos, sumado a esto, presentan una gran dificultad desarrollar una visión generativa frente a su futuro (EAT 2, PE, L28 y EAT 2, PE, 34). Lo mencionado anteriormente, brinda una aproximación en lo que respecta a los factores que se deben tener en cuenta dentro del abordaje y comprensión del fenómeno de estudio, se observa cómo el individuo diagnosticado con la patología mantiene un sistema de creencias que afecta su modo de relación con los sistemas amplios.

En la descripción de un caso específico, por parte de la psicóloga experta, se encuentra que el sistema de ideas del consultante gira en torno al gusto marcado por las películas pornográficas y la presencia de fantasías sexuales con su familia y animales (EAT 2, PE, 30). Esto muestra la importancia de resignificar el marco de referencia del individuo y cómo estas construcciones motivan el desarrollo de pautas interaccionales inadecuadas.

Además, frente a narrativas como *“pues según él manifestaba, como el mismo, su familia también es muy rígida y son muy resistentes al cambio, son personas que tienen muy poca*

aceptación de sus dificultades, no logran ver que, digamos el problema ahí no le veía ninguna clase de problemática... hubiera servido bastante teniendo en cuenta que la madre era una figura tanto permisiva como una figura sobreprotectora” (EAT 2, PE, 34), se identifica a partir de la experiencia de la psicóloga experta, cómo los procesos terapéuticos deben contribuir al cambio de las narraciones privilegiadas del sistema familiar, dado que los miembros del sistema suelen ignorar la complejidad de los procesos interaccionales, limitándose a asignar toda la responsabilidad al sujeto que presenta la sintomatología, convirtiéndose en simples observadores.

En el proceso conversacional con el consultante, dentro del escenario 1, se indaga por las concepciones y creencias que tiene de sí mismo y de otros, a partir de esto, se encuentra que las lecturas del consultante giran en torno a semánticas asociadas a la problemática en términos de comportamientos desadaptativos, de igual forma, se observa cómo la construcción identitaria del consultante se ha desarrollado a partir de los déficits. Lo anterior, a partir de la emergencia de relatos como *“pues una persona poco sociable, no sé, solapado, tímido me dice la otra psiquiatra que soy tímido, ¡que soy temido!”* (EAT 1, C, 69), *“pues yo siempre he sido así porque soy agresivo física y verbalmente”* (EAT 1, C, 75).

Sumado a lo anterior, el consultante considera que la complejidad de su patología y, por ende, de su sintomatología afecta las relaciones familiares dado que genera una sensación de incapacidad para promover cambios favorables. En lo que respecta a los marcos de referencia que mueven la creencia sobre lo que es una familia, el consultante relata que *“mi familia, pues digamos no es una familia como tal, porque yo vi y muchas telenovelas ¿sí? acompañando a mi mamá, pase mucho tiempo viendo televisión, puedo decir qué es un poco disfuncional”* (EAT 1, C, 85), esto expone como el consultante al comparar su sistema familiar con familias que observa

en las novelas, lo que lleva a que sus narrativas privilegiadas mantengan al consultante en narrativas deficitarias sobre su sistema familiar.

Finalmente, frente al dominio ideológico-simbólico, se puede concluir que los datos obtenidos aportan a la construcción del fenómeno de estudio, dado que muestran cómo a través de diversas vivencias, se ha generado un sistema de creencias frente al fenómeno de estudio, tanto a nivel individual y familiar, lo cual frena el desarrollo de procesos evolutivos dentro del sistema.

Por otro lado, estas voces muestran cómo el sistema familiar de las personas con trastorno de personalidad no cuenta con los recursos necesarios para adaptarse, supliendo de este modo las expectativas relacionales de los miembros, razón por la cual se movilizan buscando exclusivamente su bienestar individual. De igual forma, a partir de los escenarios, emergen relatos, en los cuales se identifica cómo las personas con trastorno de personalidad se narran desde una construcción identitaria deficitaria, que impide el desarrollo de recursos generativos que propendan por la evolución de todo el sistema.

Discusión

En este apartado se conversará a partir de las categorías propuestas que integrarán los avances conceptuales y metodológicos encontrados en el estado del arte documental, con las voces de los diferentes actores que participaron en el estado del arte testimonial. El objetivo es generar herramientas que permitan la construcción teórica y metodológica del fenómeno de estudio.

En el eje temático que hace referencia a la aproximación conceptual de los trastornos de personalidad, se ha observado, a través de los hallazgos obtenidos en el estado del arte

documental, que las investigaciones que abordan la temática desde el enfoque sistémico han sido escasas. Entre las más significativas, se cuenta con el planteamiento teórico desarrollado por Linares (2012, 2015), el cual intenta realizar un abordaje conceptual de la personalidad, la cual define como el resultado de la experiencia relacional del individuo. También toma en consideración factores como la temporalidad en la construcción de personalidad, ya que ve incluida una construcción dialógica entre pasado y presente.

Otro elemento importante está relacionado con lo que él define como *nutrición relacional* y el papel fundamental que cumple en la construcción y actualización de la personalidad, dado que cuando se presentan falencias a nivel emocional, los individuos se tornan vulnerables a desarrollar un trastorno de personalidad.

Por otra parte, en los hallazgos obtenidos en el estado del arte documental se observa un factor que influye de manera importante en el abordaje que se le brinda a los trastornos de personalidad dentro de un proceso interventivo, dado que, autores como Bateman, Gunderson, & Mulder (2016) y Martínez-González, Munera-Ramos, & Becoña-Iglesias (2013), mencionan que los trastornos de personalidad presentan una alta comorbilidad con otras patologías, lo cual va de la mano con lo referido dentro de los escenarios conversacionales a través de la voz de la psicóloga experta, indicando que en su experiencia clínica tiende a ver de manera constante la presencia de otro trastorno concomitante.

Estos datos brindan una nueva apertura a la hora de abordar el fenómeno de estudio, dado que muestra la importancia de elaborar distinciones con base en las psicopatologías concomitantes, las cuales pueden llegar a determinar el curso y el efecto de un proceso interventivo, es decir, a la hora de realizar un abordaje explicativo del fenómeno, es de gran importancia tomar en consideración la posible presencia de patologías asociadas a los trastornos

de personalidad, dado que esto es una importante variable que debe ser tomada en cuenta para el desarrollo de procesos interventivos.

De igual forma, a partir de lo expuesto por Ramos (2012), Martínez-González, Munera-Ramos y Becoña-Iglesias (2013) y por la voz de la psicóloga experta en el escenario testimonial, se encuentra que es frecuente la presencia de patologías asociadas, como ansiedad, las cuales se convierten en la solicitud inicial de ayuda, en sujetos que son posteriormente diagnosticados con trastorno de personalidad. Con base en lo anterior, se puede concluir que para el abordaje del fenómeno de estudio en la presente investigación es importante evaluar los diversos elementos que influyen en la gestión, mantenimiento y curso del trastorno, dado que los procesos de intervención deben responder de manera puntual a la necesidad de cada individuo.

Por otro lado, en la indagación testimonial y documental surge una postura reflexiva frente al papel que juegan los trastornos de personalidad en sujetos con características contextuales especiales, como en el caso de los individuos que cuentan con medidas intramurales, es decir, personas en situación de reclusión.

Frente a lo anterior, Calvo et al. (2016), y Amar, Cervantes, Brunal, & Crespo (2011) relacionan las conductas delictivas violentas con la presencia de trastornos de personalidad, complementado con lo expuesto por el consultante en el escenario testimonial, quien refiere que actualmente cuenta con pautas agresivas a nivel verbal y físicas, esto va de la mano con una construcción identitaria en la cual se puntúa como una persona agresiva. A partir de lo mencionado, se observa la importancia de contar con un tratamiento que logre con el tiempo no solo resignificar las construcciones identitarias del sujeto, sino que reduzca la posibilidad de presencia de pautas violentas que lleven a la posible comisión de un delito.

Por otro lado, se resalta una gran dificultad que existe en relación con el abordaje teórico y metodológico que se ha realizado al fenómeno de estudio, sumado a que el abordaje investigativo tanto a nivel de prevalencia, como de estrategias interventivas a nivel internacional es escaso, existiendo una deuda de la comunidad científica con este grupo poblacional. En Colombia la situación es aún más crítica, dado que no se lograron identificar investigaciones que evidencien interés en abordar este fenómeno y más aún en evaluar las posibles estrategias interventivas que permitan no solo reducir las conductas violentas, sino brindar una mejor calidad de vida a este tipo de población, sobre todo si se toman en cuenta factores como la alta prevalencia de trastornos de personalidad en reclusos (Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012, Celedón-Rivero, Brunal-Vergara, y Sánchez-Carballo, 2014, Pérez, Fernández-Suárez, Bringas, y Rodríguez-Díaz, 2014 y Calvo et al., 2016) y el aumento significativo de la población penitenciaria en los centros de reclusión (ONUDD, 2011, Ministerio de Justicia y del Derecho, 2013 y Torres et al., 2014).

Partiendo de los planteamientos de Pérez, Fernández-Suárez, Bringas, & Rodríguez-Díaz (2014), en relación con que los centros de reclusión tienen como fin la reeducación y reinserción laboral de estos sujetos, situación que no está sucediendo, se observa que en Colombia existe una alta deuda social en lo que respecta no solo al objetivo que deberían tener estos centros, sino al desarrollo de nuevos avances en la mirada de este complejo fenómeno. Por tal motivo, a partir de esta investigación se busca realizar un abordaje que permita eliminar las brechas sociales que existen frente a la oportunidad de recibir servicios de atención psicológica que respondan a las necesidades propias de dicha población.

Ahora, en lo que respecta al segundo eje temático relacionado con los procesos interventivos de los trastornos de personalidad, se parte desde lo expuesto por Sobral, Luengo,

Gómez-Fraguela, Romero, & Villar (2007), quien invita a comprender la multiplicidad de rasgos de cada individuo, lo que lleva a una dificultad importante cuando se intenta enmarcar a un individuo en una categoría específica.

Estos autores proponen la necesidad de ver la personalidad no como una categoría, sino como un continuo entre lo normal y lo patológico, esto también es visto en los escenarios conversacionales con la psicóloga invitada, quien menciona que la multiplicidad de posibilidades en que se mueve el individuo no se enmarca en una construcción categorial. Lo anteriormente expuesto, sirve como sustento importante a la hora de plantear un abordaje sistémico de estas poblaciones y patologías, ya que se sale de las construcciones categoriales e intenta ver cómo danzan estas pautas en los marcos de referencias de los individuos y sus sistemas de pertenencia.

Pedrerros (2008) resalta cómo los trastornos de personalidad se han convertido en uno de los elementos de mayor desafío para la psicología y en especial para el modelo sistémico, esto dado el escaso material científico que existe sobre el fenómeno. Los abordajes teóricos y metodológicos han estado centrados desde una mirada clásica en la psicología (modelos cognitivos/conductuales y psicodinámicos) y adicionalmente, se han dedicado a abordar exclusivamente el trastorno límite de la personalidad, dejando de lado otras patologías graves que pueden afectar de manera simultánea varias esferas de funcionamiento del individuo; esto se complementa con lo referido por la psicóloga experta, quien realiza procesos interventivos a nivel genérico, sin contar con herramientas que le permitan puntualizar su intervención con esta población.

Por otro lado, tomando en cuenta que en lo que respecta a intervención en trastornos de personalidad, el modelo sistémico tiene sus orígenes en el estudio de procesos relacionales en sistemas cuyo miembro presentaba una psicopatología y de la mano de Bateson (citado por

Díaz, 2012) se lograron avances importantes en la intervención de estos casos, también se construyen conceptos importantes como “el doble vínculo”, que es una pauta recurrente en los casos donde el paciente identificado cuenta con un diagnóstico de esquizofrenia. Es importante hacer un llamado al modelo sistémico a retomar el abordaje en este tipo de trastornos, donde se reconozcan y vinculen los factores intrapsíquicos como elementos que nutre las comprensiones que se elaboran respecto al fenómeno de estudio.

Para intentar mitigar estos vacíos que se observan en la comprensión del fenómeno y que tal como menciona la psicóloga experta en relación con que el modelo cognitivo-conductual, se ve limitado en su abordaje al no tener a la familia como un actor activo dentro del proceso terapéutico, se han empezado a desarrollar estudios como los de Martínez & Martín (2015), los cuales realizan un abordaje de estas patologías a partir del modelo sistémico, planteando que desde los primeros años de vida los sistemas relacionales se encargan de configurar la personalidad del individuo, cuando este no es capaz de gestionarse en sus fracasos relacionales, tiende a contar con una alta predisposición al desarrollo de una patología. Complementando dichos planteamientos, Carrillo (2012) indica que los trastornos de personalidad requieren un abordaje integral del individuo que tome en consideración cada una de las esferas de este, en el cual se reconozcan los marcos de referencia donde se gestan los dilemas.

Lo anterior, expone la necesidad palpable de contar con investigaciones sistémicas que apoyen a construir lecturas más relacionales y dinámicas del fenómeno, permitiendo una resignificación del impacto de la terapia familiar sistémica. Se observa en los testimonios del consultante y en los planteamientos de Rodríguez-Moya & Peláez (2013) y Riveros & Garzón (2014), que los trastornos de personalidad no solo tienen un nivel de afectación a nivel del individuo, sino de todo el sistema de pertenencia.

Partiendo de lo mencionado por la psicóloga experta, se resalta la importancia de construir modelos interventivos que tomen en consideración los sistemas familiares, ya que esto podría amplificar de manera significativa los resultados que se obtengan en la intervención de este tipo de patologías. Lo anterior va de la mano con lo expuesto por Fernández, Fombellida, & Herrero (2005), Rodríguez-Moya & Peláez (2013), Riveros & Garzón, (2014) y Gil, Montoya, Ocampo, Orozco, & Pineda (2016), quienes hacen presente que mediante la implementación de técnicas interventivas de corte sistémico, se logra construir cambios más perdurables en el tiempo y de mayor impacto en los sistemas consultantes.

A partir de lo descrito previamente, en lo cual se toma en consideración los relatos de la psicóloga experta, del consultante (escenario testimonial) y de los autores (estado del arte documental) se hace presente la necesidad de poder contar con procesos interventivos que incluyan una mirada sistémica. Esto permitirá involucrar lecturas e intervenciones que hagan a la familia un actor vital dentro del proceso y no un elemento periférico a la problemática.

Finalmente, en lo que respecta al tercer eje relacionado con las ciencias de la complejidad, no se halló un abordaje de los trastornos de personalidad desde esta mirada. Por esta razón, el integrar este elemento en el proceso investigativo, llevará a la emergencia de miradas novedosas, que permitan gestionar una construcción más compleja de este fenómeno.

Es importante tener claridad que ideas como las de Kosko (1995), relacionadas con la “lógica borrosa” permitirán no solo construir una nueva mirada de lo que definimos como trastornos de personalidad más allá de las puntuaciones bivalentes de salud y enfermedad, lo cual va de la mano de lo indicado por autores como Peláez, Reyes-Molón, & Teijeira-Levet (2013) en sus construcciones dimensionales y no categoriales de los trastornos de personalidad. Esto también permitirá configurar procesos interventivos que se gestionen desde los mundos posibles

en los que está inmerso tanto el sujeto, el sistema familiar y hasta el mismo proceso terapéutico, con el fin de brindar más de una salida a los dilemas que aquejan a estos sistemas consultantes.

De lo expuesto parten varias ideas, en primer lugar, las categorías que se utilizan en los trastornos de personalidad podrían ser construcciones dinámicas que no se caractericen por asignaciones a categorías, tomando como base la suma de los rasgos, dado que como lo explica la lógica borrosa las partes sumadas no equivalen al todo. En segundo lugar, los trastornos de personalidad siempre han tenido un núcleo común que tiende a describirlos como conductas desadaptativas, sin embargo, es importante replantear cómo se construyen estas comprensiones patológicas del fenómeno, dado que cada individuo construye y significa su realidad de una forma diferente, es decir, decimos las mismas palabras, pero las significamos de forma diferente, por lo que cada uno define –y vive- lo desadaptativo de un modo distinto.

A modo de conclusión el integrar una comprensión compleja de los trastornos de personalidad, no solo ayudará a una nueva mirada polivalente del mismo fenómeno, sino que también impactará en el posterior desarrollo de procesos interventivos que tomen en consideración tres principios importantes, el primero es que se debe abordar desde los marcos de referencia el dilema, el segundo que se debe contar con la participación de los sistemas de pertenencia del individuo y en tercer lugar, un hecho primordial en relación con que los fenómenos humanos son en esencia ambiguos, caóticos y borrosos.

Lo anterior lleva a plantearnos ¿Cómo a través de una comprensión compleja de los trastornos de personalidad se pueden implementar procesos interventivos que movilicen cambios desde una lógica borrosa para la generación de novedades adaptativas, coevolución y mundos posibles?.

Sistema Teórico y Conceptual

Este apartado tiene como objetivo dar cuenta de los elementos teóricos, epistemológicos y paradigmáticos en relación con la investigación-intervención planteada, la cual tiene como fin comprender los trastornos de personalidad a partir de los postulados de la complejidad y la lógica borrosa, estos orientados a la construcción de procesos interventivos polivalentes que permitan la generación de novedades adaptativas, coevolutivas y de mundos posibles.

Con el fin de brindar una explicación al fenómeno de estudio se plantearon tres ejes temáticos, a través de un abordaje complejo, sistémico, constructivista y construccionista. En primer lugar, se desarrolla el marco paradigmático y epistemológico bajo el cual se va a conducir la presente investigación - intervención, con el fin de plantear cómo a través del paradigma de la complejidad, desde el enfoque sistémico y a través de una perspectiva constructivista y construccionista se puede brindar una aproximación a los trastornos de personalidad. Teniendo en consideración que el macroproyecto bajo el cual está inscrito la actual investigación es “Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos”.

Seguido a esto, se abordan los ejes temáticos, el primero tiene como fin brindar una aproximación conceptual a los trastornos de personalidad desde una comprensión compleja desde un enfoque ecológico y contextual, comprendiendo los procesos narrativos como una forma de dar sentido y contexto a la psicopatología.

El segundo eje temático desarrolla un marco explicativo en lo relacionado a los procesos interventivos desde la narrativa, comprendiendo que los trastornos de personalidad no se pueden interpretar como construcciones bivalentes, sino que estos generan sistemas borrosos que son capaces de actuar de manera no lineal.

Finalmente, se elabora una construcción teórica que aborda el cambio como un proceso de co-evolución y adaptación del sistema, en el cual, se busca transitar de posturas que parten de miradas de interacción estáticas y lineales, hacia una comprensión donde los trastornos de personalidad se pueden definir como el resultado de un proceso de autoorganización fallido, donde no se permite la co-evolución y adaptación del sistema.

Marco Paradigmático y Epistemológico

La presente investigación intervención se aborda desde el paradigma sistémico complejo y bajo los postulados del constructivismo y del construccionismo. Lo anterior brinda la posibilidad de tener una nueva mirada del fenómeno, lo cual nos permite dejar las posturas reduccionistas que han tenido los trastornos de personalidad, permitiendo ampliar las comprensiones del mismo.

Paradigma de la Complejidad

Morin (1993 citado por Barcerousse, 2008) plantea que “los sistemas son una interrelación de elementos que constituyen una unidad global (...) organizada de relaciones entre elementos, acciones e individuos” (pp. 123-124). Cuando dichos elementos no son explicados a partir de sus componentes hablamos de sistemas complejos, autoorganizados, productores de su realidad.

Al referirnos al paradigma de la complejidad, hablamos de un sistema que debe ser analizado a partir del todo, el cual es no lineal y no es predecible por la marcada sensibilidad que tiene el sistema frente a las condiciones iniciales, la evolución se comprende a partir de un análisis dinámico de su realidad (Barcerousse, 2008).

La complejidad invita a abandonar el paradigma de la simplicidad a través de una nueva forma de conceptualizar, descubrir y reflexionar sobre la realidad. Dado que una postura simplificante limita los fenómenos a la necesidad de escogencia de una de las partes manteniendo la hegemonía bivalente, cuando se trasciende a abordar la realidad desde la complejidad, se empieza a observar una organización, la cual si se mantiene en equilibrio tiende a degenerarse y degradarse, lo que puede ser comprendido como un proceso normal en el hecho que toda entidad o sistema debe permanecer en constante regeneración con el fin de evitar su extinción. El universo puede ser descrito como un crisol entre orden, caos y organización en el cual no se puede suprimir lo incierto y lo aleatorio, es decir, debemos aprender a existir con el desorden (Morin, 1994).

El paradigma de la complejidad invita a construir un modelo del problema, el más preciso posible e invita a una mirada que no busca predecir, sino comprender la polivalencia de los fenómenos, dado que un problema complejo no cuenta con una, sino con múltiples soluciones (Maldonado y Gómez, 2010). Abordar la realidad desde una perspectiva compleja, invita a observar la dinámica de los fenómenos como caóticos, ambiguos y borrosos, los cuales no siguen un orden lineal, sino que definen el caos como una forma de autoorganización (Álvarez, 2010).

Los avances teóricos en las últimas décadas han demostrado que los fenómenos complejos no se pueden analizar a partir de lógicas bivalentes o clásicas, dado que estos implican gestionarse con valores intermedios y polivalentes (Duque, 2015). Es a partir de lo anterior que se ve la necesidad que en las ciencias sociales y humanas estudien e integren comprensiones híbridas (tecnosfera), dado que en el mundo de las ciencias de la complejidad la división entre lo tecnológico y lo científico, entre ciencia y filosofía ya no es viable en la actualidad, ya que se hace un llamado a la construcción de conocimiento transdisciplinar.

Por lo anterior, los trastornos de personalidad se definen como el resultado de un proceso de autoorganización y dinámico que se enmarca en un contexto interaccional y narrativo, el cual se cristaliza cuando las pautas de interacción se tornan rígidas, no permite resignificar la experiencia para desarrollar nuevas formas de aprendizaje y no favorece la apertura a nuevas formas de adaptación, que llevan al sistema a no movilizarse impactando en los procesos co-evolutivos.

Es decir, las soluciones intentadas en los sistemas le llevan a autoorganizarse generalmente a partir del síntoma, este tipo de construcciones generan que las narrativas dominantes sean constantemente deficitarias, lo cual no permite la emergencia de relatos alternos, llevando al sistema a no abrirse al ingreso de información novedosa que actualice y resignifique la historia más allá del trastorno. Lo anterior puede generar construcciones identitarias que dan sentido al síntoma dentro del guion de vida del individuo y la historicidad familiar, ya que los sistemas se pautan alrededor del dilema. Es así como este tipo de pautas tienden a ser isomórficas al problema, es decir, son replicantes del problema en sí, llevando a un estancamiento los procesos coevolutivos de los sistemas.

Cibernética de segundo orden

Esta investigación-intervención se enmarca bajo el modelo sistémico, dado que se le brinda un abordaje contextual-relacional a los trastornos de personalidad, ya que este planteamiento menciona que los organismos emergen a partir de las relaciones que se generan en su contexto, por ello no se ve el individuo como una unidad sino como parte integrada a un todo (Capra, 1998a).

Es así que la cibernética de segundo orden delimita la importancia de tener una mirada amplia y reflexiva sobre el proceso de investigación-intervención, esto lleva al investigador a

comprender que hace parte de lo investigado, rompiendo la ilusión de objetividad e integrando la subjetividad como un elemento implícito en la construcción de escenarios de interacción humana.

Los individuos se definen en ocasiones como entidades aisladas, que no responden a la mirada cibernética de segundo orden, la cual posibilita la configuración de procesos auto y heterorreferenciales que le dan sentido a las formas de construcción del mundo. El modo como se entrelazan las historias de los actores dentro y entre sistemas, se configura mediante un entramado de múltiples conexiones entre redes, que responde a las miradas constructivistas que tienen como piedra angular este entramado para la configuración del sujeto, implicando a los procesos de cambio, ya que toma movilizaciones reflexivas para gestionar los procesos coevolutivos.

Aproximación sistémica

En el marco de una aproximación a los trastornos de personalidad como un fenómeno relacional, desde la teoría sistémica se plantea que los organismos o sistemas vivientes son agentes que están inmersos en interacciones y relaciones organizadoras, es decir, de la configuración de las redes que conectan a una clase específica de sistemas. En los postulados sistémicos la relación entre las partes y el todo se comprende desde una mirada que puede ser considerada como invertida, dado que la propiedad de las partes se concibe desde la organización del todo, por lo anterior, la visión sistémica no enfoca como su eje central los componentes básicos sino se direcciona hacia los principios esenciales de organización. Por tal motivo se considera que el pensamiento sistémico es contextual (Capra, 1998b).

Esta mirada contextual comprende el universo como una red dinámica de eventos interrelacionados, en la cual una parte de la red se convierte en un patrón dentro de un entramado

de relaciones inmersa en redes aún mayores, lo anterior nos brinda una aproximación a la forma como observamos la realidad, donde la definición tradicional de objetividad científica es reemplazada por un nuevo paradigma en el cual el observador se vincula dentro de la red, una mirada cibernética de segundo orden (Capra 1998).

El modelo sistémico aparta las concepciones de investigar al individuo y su pasado, centrándose en las pautas interaccionales actuales entre los miembros del sistema, pero también en las construcciones narrativas que dan sentido y significado a las construcciones en sí mismas. Si bien el consultante es identificado por el sistema, el foco de estudio o intervención es la familia, la cual está inmersa en una pauta de interacción en donde uno de los miembros es el que manifiesta el cuadro sintomático, en el cual el síntoma por sí mismo es visto como un mensajero, es decir, un eslabón más del entramado interaccional, en un marco semántico, pragmático y semiótico que da sentido al mismo (Feixas, Muñoz, Compañ, & Motesano, 2016).

Construccionismo y el conocimiento.

Según Hoffman, 1996 citado por Rozo (2002), el conocimiento surge del intercambio social y está mediado por el lenguaje y a través del permanente diálogo; donde el individuo por sí solo carece de sentido y solo construye su identidad a partir de la interacción con el otro, dentro de un marco relacional (Gergen, 1992, citado por Rozo, (2002), lo cual lleva a una comprensión de lo patológico como una construcción social, donde se encuentra inmerso tanto el individuo como sus sistemas de pertenencia, en este escenario las narrativas se convierten en el recurso posibilitador de nuevas formas de interpretar y gestionarse con los dilemas.

El construccionismo considera que no existe una verdad absoluta, dado que es dinámica y se construye a partir de las reflexiones que emergen desde de la interacción con los otros. Este paradigma invita a que el proceso investigativo/interventivo rompa el mito del “psicólogo como

experto”, el cual ha sido característico en la intervención tradicional, esto invita a que el terapeuta se sumerja en un mundo de reconocimiento de la subjetividad, lo que a su vez permite al terapeuta tener una apertura hacia nuevas formas de construcción conjunta del conocimiento.

Es por lo anterior que la psicoterapia puede ser vista desde varias formas en el construccionismo, la primera propende por una ruptura profunda en el modo como se construye la relación terapeuta/paciente, pasando a una relación terapeuta/consultante, replanteando los conceptos clásicos de salud y enfermedad, es decir, enfermo/sano, en el cual se desmitifica el rol tradicional de sabio experto que anteriormente se le atribuía al terapeuta, estableciendo una relación jerárquica (Rozo, 2002).

La segunda mirada del proceso de terapia desde el construccionismo lleva a dar más poder a las narrativas como vehículo que permite comprender el significado de las experiencias vividas y a través del cual creamos la realidad que comprendemos. La tercera forma refiere que en la relación terapéutica la realidad se co-construye a partir de la interacción psicólogo/consultante. En esta, ambos son responsables mediante un rol activo en la solución del dilema (Rozo, 2002).

Por último, según Gergen (1992) citado por Rozo (2002), el Yo no puede ser comprendido como un agente autónomo e independiente, a diferencia, el Yo se construye a través de la interacción social, es decir, de las relaciones construidas con el otro. Ahora bien, en las intervenciones en que se presentan pautas severas, como lo son los trastornos de personalidad, el construccionismo invita a no centrarse en la etiología de los síntomas y transitar hacia una comprensión de los dilemas sociales e interpersonales que mantienen los síntomas.

Constructivismo como mirada conexa y autorreferencial

El paradigma constructivista parte de la premisa que el conocimiento es el resultado del observador sobre sus observaciones, las cuales están atravesadas por procesos autorreferenciales. La mirada de este paradigma, aunque contempla el contexto como criterio determinante en la construcción del conocimiento, se basa en una elaboración de corte individual, en la cual el observador autoorganiza y autoactualiza lo observado en coherencia con su estructura y con el medio en que se rodea (Jubés, Laso, & Ponce, 2001).

A partir de lo anterior el constructivismo explica que no se comprende el conocimiento como una copia de la realidad, sino una configuración de lo que es observado, es decir, una interpretación de lo que nos rodea, en esta interacción se consolida una nueva mirada epistemológica del mundo donde se entrelaza lo natural y lo social, generando un universo experiencial y vivencial, dentro de este marco la subjetividad da sentido a la comprensión sobre que el conocimiento no es más que una interpretación (Agudelo y Estrada 2012).

Comprensión compleja de los trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad a partir de una mirada compleja se evalúan desde un enfoque ecológico y contextual centrado en los procesos relacionales, la dimensión individual y los significados alrededor de ellos. Este tipo de patologías se caracterizan por patrones prototípicos que son rígidos, los cuales no permite gestionarse con la diversidad, las narrativas dominantes están caracterizadas por impedir la apertura a relatos alternos y generativos, adicionalmente en situaciones de crisis se presenta una imposibilidad de narrar la propia historia de manera flexible y se opta por relatos que no gestionan la vida.

La organización de la familia alrededor del síntoma o del paciente identificado promueve la emergencia de procesos narrativos dentro de los sistemas familiares frente a cómo el trastorno

tiende a dar sentido y contexto al mismo sistema, ya que a través de esta organización los sistemas ven una forma viable de construcción de su realidad. Los trastornos de personalidad pueden ser abordados a partir de la resolución del dilema doble vincular, que se caracteriza por una pauta comunicativa paradójica en la cual el individuo no logra comprender entre el significado de la relación y el significado del mensaje, siendo incapaz de generar el cambio de sus propias reglas.

La construcción epistemológica de los trastornos de personalidad parte de la comprensión de la etiología del término personalidad, el cual según Seelbach (2013), ha evolucionado a través del tiempo, su origen se identifica desde el teatro clásico de la antigua Grecia, en la cual los actores cubrían sus rostros con máscaras con el objetivo de pretender poseer atributos que los diferenciaban e identificaban con los personajes que representaban, asumiendo diferentes personalidades dentro de un mismo individuo; en las décadas siguientes, el término personalidad pasó de relacionarse de un objeto tangible a explicar las características explícitas de las personas, brindando una aproximación más real a la definición y finalmente, su significado se asoció con los rasgos internos y ocultos de las personas (T. Millon et al., 2006; Montaña et al., 2009).

Complementando lo anterior, Vidal, Acosta, & Caridad (2004) afirman que la personalidad está integrada por factores biológicos, psicológicos y sociales que además según Heim & Westen (2014), interactúa continuamente dando lugar a su naturaleza dinámica; de igual manera, afirman que la personalidad está conformada por la cognición, la emoción, la motivación y el comportamiento y que dichos procesos se activan para responder de manera efectiva a determinadas circunstancias.

Por su parte, Millon (1976 citado por Sánchez, 2003), desde la publicación de su obra “Psicopatología moderna: un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos”, se ha destacado por el desarrollo de una teoría completa de la personalidad y su patología y para el año 2006, concluye que la personalidad se concibe como un patrón complejo de características psicológicas interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas, que se complementan entre sí, brindando una estructura estable y consistente que hace que la persona se defina como un ser único, con rasgos que lo diferencia de los demás.

Con el fin de transitar hacia una comprensión integradora de los trastornos de personalidad desde un enfoque sistémico, Linares (2007) parte de definir la personalidad como la suma de la experiencia individual influenciada por el substrato biológico y contextual, dentro del cual se encuentra la familia de origen, la cual se convierte en el sistema que ejerce mayor influencia en el desarrollo de la identidad individual; dicha identidad está conformada por dos dimensiones relacionales, la conyugalidad y la parentalidad. La primera entendida como la construcción vincular que existe entre los progenitores y la segunda corresponde a la construcción vincular entre el subsistema parental y el subsistema filial.

A partir de las anteriores dimensiones, Linares (2007) construye un mapa que define cuatro atmosferas relacionales resultado del cruce de las dimensiones, las cuales tienen como eje transversal el tiempo, ya que esto se ve impactado por las etapas de tránsito en el ciclo vital. Funcionalidad, deprivaciones, caotización y triangulaciones son la propuesta de estas atmósferas, las cuales son explicadas mediante un plano cartesiano que permite ver cómo la danza entre parentalidad y conyugalidad pueden decantar en una de las cuatro atmosferas anteriormente nombradas.

Es así como una alta conyugalidad y parentalidad permite un desarrollo funcional, dado que el sujeto cuenta con una nutrición relacional por parte de sus padres, ya que el sistema se moviliza en una relación de pareja armoniosa, haciendo que el niño logre una personalidad madura y equilibrada. Esto es diferente en las otras tres atmosferas donde la disparidad entre conyugalidad y parentalidad dan apertura a la emergencia de trastornos de personalidad y afectivos (Linares & Soriano, 2013).

Por su parte, Montaña y cols (2009), complementan refiriendo que las exigencias y estímulos que el contexto social proporciona a la persona, configuran el desarrollo de su personalidad, dando lugar a un conjunto de características propias de la base social en la cual se encuentra inmerso; siendo la identidad individual el resultado de los rasgos de personalidad, entendidos como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno. Por su parte, Esbec & Echeburua (2011) plantea que dichos pensamientos sentimientos y conductas, son únicos, diferenciales y suponen una estabilidad temporal (Lila & Herrero, 2012; Vázquez, 2012), cuando este patrón se ve alterado, se da origen a los comportamientos patológicos (Ortiz-tallo, Cancino, & Cobos, 2011), entre estos, los trastornos de personalidad.

Según Clark (1995, citado en Besteiro et al., 2007), los trastornos de personalidad se definen como un patrón extremo de comportamiento mal adaptativo dentro de un factor continuo en la población; por tanto, como lo plantean Widiger y Costa (1994; citados por Besteiro et al., 2007, Moreno y Calderón (2003) y Esbec y Echeburúa (2011), los rasgos de personalidad normal se pueden tornar inflexibles, permanentes, resistentes al cambio y por tanto ocasionar un malestar subjetivo o un deterioro en el funcionamiento social, laboral y familiar que conllevan a un trastorno de personalidad. Estos son duraderos, inician generalmente desde la infancia o la adolescencia y se observa de forma más específica en la adultez, identificándose que los

pensamientos y emociones desadaptativos tienden a repetirse insidiosamente ante diferentes situaciones (Moreno & Calderón, 2003; Rodríguez-Arrebola, 2005).

Cabe resaltar que en la actualidad existen diferentes posturas que analizan los trastornos de personalidad, por ejemplo, algunos autores como Zuckerman (1993, citado por Herrero, Viña, González, Ibáñez, & Peñate, 2001), Siever & Davis (1991), Livesley y Jackson (1999 citados por Kampen, 2002), Geiger y Crick (2001; citados en Besteiro et al., 2007) y Trull (2005), los analizan bajo una perspectiva cuantitativa dimensional, mencionando que los rasgos de personalidad son un continuo; mientras que, la patología se presenta cuando estos rasgos se dan por exceso o por defecto.

Otras posturas hacen referencia a las clasificaciones diagnósticas internacionales tales como la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2008) y el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), que explican los trastornos de personalidad desde un diagnóstico cualitativo categorial, es decir, que el cumplir con determinados criterios, indicarían la presencia de un trastorno de la personalidad; sin embargo, la dificultad encontrada en este modelo radica en que los ítems tienden a solaparse entre sí, por lo que un individuo puede llegar a presentar múltiples diagnósticos (Vázquez, 2012).

Con base en lo anterior, Miller, Lynam, Widiger, & Leukefeld (2005) afirman que la evidencia empírica demuestra que los trastornos de personalidad se pueden comprender como modalidades de combinaciones extremas de rasgos; confrontando los diversos modelos planteados. Más recientemente Esbec & Echeburúa (2011), agrupan los criterios comunes en la mayoría de clasificaciones anteriormente descritas para delimitar una conducta psicopatológica a nivel de personalidad, indicando que el inicio de la patología se debe dar en la infancia o adolescencia, que además la conducta desadaptativa se debe presentar continuamente en la

mayoría de situaciones y que se debe identificar un deterioro en el área laboral, familiar, económico o individual. En relación con las conductas desadaptativas, González (2007) ya había planteado que dicho comportamiento, al no responder a los parámetros normales esperados por su cultura, perjudica al individuo que padece el trastorno y a las personas que lo rodean. Así mismo, Esbec & Echebúrua (2011) retoman este planteamiento afirmando que dicha patología, inhibe el óptimo desarrollo de la identidad individual y constituye una incapacidad para entablar relaciones interpersonales adaptativas, que afectan la empatía, la intimidad y la cooperación interpersonal.

Millon (1998; 2006; 2009 citado por Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007) ha aportado una de las teorías más completas, la cual se deriva del modelo integrado de la psicopatología y la personalidad; ahora bien, con el fin de comprender la delimitación que hace Millon (1969; citado en Millon et al., 2006) sobre su modelo teórico, es importante conocer en primer lugar cómo define los trastornos de personalidad, considerándolos como un patrón de comportamiento inestable, en el cual el individuo no puede adaptarse a su medio y en el que se le dificulta resolver situaciones que le ocasionan un estrés subjetivo. De igual forma, el manejo de las estrategias de afrontamiento se vuelve limitado, por tanto, ante situaciones de estrés tiende a implementar las mismas estrategias, ocasionando que la situación problema se agrave y que el individuo se torne más vulnerable, viéndose afectada su percepción de la realidad.

Así mismo, este autor argumenta que un individuo con trastorno de personalidad exige que su medio se adapte a él, ya que por sus rasgos inflexibles y rígidos, su sistema de personalidad no tiene la capacidad de ajustarse a las necesidades de su entorno; lo cual, genera que en situaciones problema busque controlar e imponerse a través de sus repertorios patológicos y por tanto, si el medio no logra adaptarse, el individuo entra en crisis, desarrolla

comportamientos desadaptativos, crea situaciones en las cuales repetirá el mismo patrón de conducta, y de igual forma, se limitará el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento (Millon, 1969; citado en Millon et al., 2006).

En lo que respecta a la comprensión de los trastornos de personalidad desde una perspectiva sistémica, diversos autores han desarrollado una aproximación al concepto de patología o, bajo un nivel de observación más contextual, psicopatología relacional. Para Pereira (2013), lo patológico emerge de un interjuego entre los mitos y las creencias que tiene la cultura en relación con lo que es saludable y lo que no, en la cual se observa las diversas problemáticas que presentan los individuos que no logran adaptarse a dichos esquemas. Uno de los puntos de más resonancia general es el hecho de transitar entre una psicopatología individual a una psicopatología relacional, donde se deje de hablar de síntomas y signos y se comience a conversar en relación con los trastornos, disfunciones y conflictos relacionales, especialmente los que confluyen dentro del sistema familiar.

Actualmente estamos en un momento donde el lenguaje psicopatológico tradicional ya no responde a las necesidades de los consultantes, el reto va direccionado a generar una aproximación relacional que sea flexible, abierta, nada dogmática, pero que a su vez permita dar apertura a un lenguaje común que haga comprensibles los dilemas de las familias que asisten a consulta (Pereira, 2013). Lo anterior hace un llamado a transitar de una conceptualización de los trastornos de personalidad categórica e individual, a una comprensión más compleja en la cual se define como foco de estudio al individuo y sus relaciones.

En lo que respecta a la etiología de los trastornos de personalidad desde la complejidad, se plantean dos posturas teóricas las cuales integran el concepto de autoorganización y co-evolución. En la primera propuesta, desarrollada por Rojas et al. (2007), se comprende dicha

patología como un sistema no lineal, que permanece en continuo cambio, desorden y transformación. La psicopatología se comprende como un aprendizaje no adaptativo, en el cual se genera una ritualización en la relación.

Con base en dichos planteamientos, se podría comprender que los trastornos de personalidad desarrollan un proceso de coherencia, adquiriendo una estructura y rasgos característicos y estables, los cuales tienen como objetivo mantener el trastorno en el tiempo. Por lo anterior, los trastornos de personalidad, según Rojas et al. (2007), pueden ser abordados como un proceso de autoorganización, ya en ocasiones estos procesos se caracterizan por construcciones paradójicas que son explicadas por la teoría doble vincular, explicada en la segunda postura teórica.

El segundo postulado es desarrollado por Bateson (1976 citado por Linares y Soriano, 2013) en Palo Alto, viene diseñado como una respuesta sistémica al abordaje tradicionalmente psiquiátrico que tenían los casos de pautas severas, en especial la esquizofrenia. En esta, toma en consideración cómo los sistemas de pertenencia danzan en la configuración y mantenimiento de la patología, esto puede ser expuesto por la conocida sentencia “dime a qué sistemas relacionales perteneces y te diré quién eres” (Bateson, 1976 citado por Linares y Soriano, 2013), lo cual permite entender la personalidad como una entidad que se ve impactada de manera importante por los sistemas relacionales.

Es así como Bateson (1998), define la existencia de una forma de comunicación con los sistemas relacionales basándose en la dificultad en el modo de transmitir y recibir los mensajes tanto verbales como no verbales; de igual forma, se presenta una marcada dificultad en determinar el modo comunicacional a sus propios pensamientos y percepciones. Para hablar de doble vínculo, es necesario que se cuente con ciertas condiciones, se debe contar con un sistema

de interacción de dos personas mínimo, de igual forma la experiencia se presentará de manera repetitiva al punto de convertirse en algo habitual.

La teoría del doble vínculo parte de un “mandato primario negativo” en el cual el contexto de aprendizaje responde a la evitación del castigo, es decir, al individuo se le plantea una situación donde el hacer llevará un castigo, y el no hacer llevará al castigo, invisibilizando la obtención de una recompensa. Lo anterior, se suma a un “mandato secundario” el cual generalmente se da a través de modos no verbales, contradice el primario dado que expresa que el mandato verbal no debe considerarse como un castigo. Finalmente, esto se complementa con el “mandato negativo terciario” caracterizado por no permitirle al individuo escapar de la situación dada la vitalidad del vínculo con el emisor (Bateson, 1998).

Por tal motivo, los trastornos de personalidad se convierten dentro del sistema familiar en una paradoja, en la cual tanto el individuo que presenta la patología como los otros integrantes del sistema, divergen en la forma que significan y dan sentido a sus modos de relación. Por lo anterior, los procesos interventivos deben enfocarse en comprender las pautas comunicativas que se relacionan con el desarrollo de la psicopatología, para tal fin es fundamental elaborar una lectura amplia del sistema familiar en relación con la problemática, esto entendiendo que las pautas comunicativas no se comportan de forma lineal, sino que son circulares, por tal motivo es difícil identificar cuál es el efecto y cuál es la causa (Roiz, 1989).

Ahora bien, cuando se habla de sistema, este se comprende como una interrelación compleja, donde se establecen reglas y leyes, que como en ciertas circunstancias pueden responder a lo lógico, en otras se tornan contradictorias e irracionales, razón por la cual, generalmente va a existir un riesgo latente en los sistemas familiares de presentar una psicopatología debido a las diferencias entre sentidos y significados (Roiz, 1989).

El doble vínculo genera un proceso de entrapamiento en el sistema en el cual los miembros no logran movilizarse a nuevas pautas de interacción, por tal motivo, los procesos interventivos se deben enfocar a construir esta tercera historia en el sistema consultante, en la cual converjan los significados y sentidos que le atribuye cada miembro a los modos de relación. Dado que como menciona Watzlawick (1984 citado por Roiz, 1989): “Si un sistema puede calificarse de patológico en la medida en que es incapaz de generar reglas para el cambio de sus propias reglas, la función de la terapia consiste en introducir en ella nuevas reglas de interacción” (p. 261).

Este primer marco conceptual brinda una aproximación a los diversos postulados y planteamientos teóricos en torno a la comprensión de los trastornos de personalidad desde diferentes miradas que se integran hacia la co-construcción de un abordaje complejo y sistémico, que, de este modo, aporta al desarrollo de los objetivos planteados en la investigación.

Lógica borrosa y procesos interventivos.

En este proceso de investigación-intervención se da la posibilidad de entrada a las construcciones nosológicas, pero no con el fin de rotular a un sistema dentro de una categoría, sino con una propuesta que invita a realizar una mirada más amplia y compleja que permita la inclusión de construcciones polivalentes del fenómeno, más allá de la diada salud-enfermedad.

Es así que los trastornos de personalidad, desde las ciencias clásicas se definen como construcciones bivalentes, donde la estructura rígida e inflexible de esta rotulación, dentro de los procesos interventivos, lleva al consultante a no permitirse generar nuevos modos de adaptación y no se gestiona con la apertura al desarrollo de múltiples interpretaciones, ya que evita el ingreso de nueva información que no responda a la construcción rígida inicial, por lo anterior, la inclusión de una mirada polivalente, posibilita la construcción de un sistema propio de

significados más amplios que le ayudan al consultante a dar un sentido nuevo a su experiencia individual desde un marco contextual.

Es por ello que la lógica borrosa, emerge como una lógica no clásica, convirtiéndose en una alternativa a la lógica formal, la cual da una apertura al principio del “tercero excluido” donde las concepciones que se tienen de los fenómenos no tienen que ser validadas o rechazadas, pueden ser indeterminadas (C. Maldonado, 2017; Sierra, 2006). El pensar nos lleva a imaginar lo imposible y a su vez nos permite identificar los problemas permitiendo la apertura a nuevas formas de comprender la realidad, es decir, construir una tercera historia (C. Maldonado, 2017).

Esta manera de comprender la realidad nos lleva a abrir nuevas puertas y nos remite a un mundo de nuevas posibilidades interventivas, permitiendo que la construcción de dicho conocimiento se vaya transformando y actualizando constantemente, dado que, a medida que aumenta la complejidad de un sistema, se reduce la posibilidad de contar con afirmaciones precisas y lineales, llevando a un punto donde la precisión se convierte en un principio mutuamente excluyente, es decir, “cuanto más de cerca se mira un problema del mundo real, tanto más borrosa se vuelve su solución” (Kosko, 1995).

La propuesta del pensamiento borroso no es nueva en las ciencias de la complejidad, dado que Kosko (1995) expone una verdad que de por sí ya hacía parte de la realidad, a tal punto que puede ser explicada desde el sentido común; la lógica borrosa ha estado inmersa en todos los aspectos de la vida y de la ciencia en su historia, solo que fue de alguna forma invisibilizada por las construcciones dominantes científicas, como el dualismo kantiano y la lógica cartesiana.

El gran aporte de esta propuesta está expuesto en los diferentes grados que pueden existir entre dos posiciones extremas, lo cual invita a reconsiderar las construcciones desde un mundo

de certidumbres que llevan a la búsqueda utópica del control, siendo el control un elemento que no permite la gestión libre e individualizada de la vida. Es así como la lógica borrosa aplicada desde un marco interventivo, postula que se debe mediar entre dos elementos importantes como son el pensamiento y la acción, dado que se buscaba que el comportamiento respondiese de una manera específica, sin tener en cuenta que los pensamientos son grises o borrosos, dando como resultado paradójico la necesidad de gestionarse entre la dualidad de rigidizar los pensamientos o flexibilizar las pautas de interacción (Kosko, 2010).

La lógica borrosa plantea el principio que, la pertenencia a un conjunto pocas veces se da de forma dicotómica, lo cual significa que se puede pertenecer y no pertenecer a un determinado conjunto. A partir de esta paradoja se desarrolla lo que es la complejidad de lo borroso, autores como Zadeh (1965 citado por Matías y Durán, 2005) afirman que en la medida en que un sistema aumenta su complejidad, la capacidad para interpretar su comportamiento decrece hasta un punto en el cual la precisión y la pertenencia se vuelven mutuamente excluyentes.

La teoría de los conjuntos borrosos ha sido abordada desde diversas áreas del conocimiento; sin embargo, esta había sido separada del paradigma de la complejidad, solo recientemente se ha empezado a abordar desde las ciencias humanas a partir de autores como Dimitrov (2000, citado por Munné, 2005), que han realizado una apuesta por una "social fuzziologic", término que hace referencia a una lógica social difusa, la cual explica como la interacción entre la semántica y la pragmática lleva a la comprensión del potencial de como pensamos y actuamos, es decir, que las personas desarrollan una construcción subjetiva en la forma como perciben y se gestionan con la realidad y los contextos, a través de un proceso de difuminación de significados, que posibilita el desarrollo de consensos dinámicos en diferentes ámbitos con personas que tienen puntos de vista diferentes, lo cual lleva hacia una comprensión

compleja de la realidad social, que se manifiesta a través del lenguaje, desde una perspectiva construccionista relacional.

Por otra parte, se ha empezado a relacionar la borrosidad con los procesos de autoorganización, creatividad e innovación de los sistemas dentro y fuera de los procesos interventivos. La complejidad parte de lo caótico, lo fractal, lo catastrófico y lo borroso, por lo tanto, abordar la complejidad implicaría analizar cada uno de los aspectos anteriormente expuestos. En lo que aquí respecta la borrosidad hace referencia a los límites de un fenómeno cuyas fronteras son permeables (Munné, 2005), lo cual convoca a gestionarse con la imprecisión y nos brinda una aproximación a la explicación de los procesos complejos, dando apertura a procesos de interpretación, bajo modelos flexibles, los cuales pautan el comportamiento humano y las relaciones como inciertas y no lineales.

Cuando se aborda lo difuso nos enfrentamos a la misma incertidumbre, la cual nos brinda una forma de pensar diferente, generando una explicación que va más allá de los valores de “verdad”, buscando una respuesta en el continuo entre 0 y 1, es decir, los grados de pertenencia de un sistema en relación con el fenómeno. En la ciencia clásica ha existido la necesidad de agrupar los fenómenos en categorías de pertenencia rígidas, sin embargo, esto se ha quedado corto en dar una respuesta a los fenómenos que permanecen en constante cambio y movimiento (Duque-García, 2017).

A partir de esto, la lógica difusa apuesta por una mirada compleja de la realidad, comprendiendo que los fenómenos humanos son característicamente ambiguos, por ende, sujetos a la incertidumbre y productores de mundos posibles. Las reglas borrosas generan sistemas que son capaces de actuar de manera no lineal, activando rutas dialógicas que le permiten a los

sistemas recursiones de información que les posibilita los procesos evolutivos (Duque-García, 2017) y favorece la construcción de procesos interventivos dinámicos y polivalentes.

Sumado a lo anterior, Matías y Durán (2005) plantean que la lógica difusa comprende que el pensamiento humano no responde a una construcción netamente numérica, sino también a etiquetas lingüísticas, permitiendo que el conocimiento sea representable y complementando el lenguaje matemático con términos lingüísticos, que, a pesar de no contar con la precisión de los números, son más fáciles de comprender en el marco del razonamiento humano. La lingüística como elemento narrativo da cabida a lo indeterminado, a ese “tercero excluido” planteado por la lógica borrosa, rompiendo la necesidad de un pensamiento categórico y lineal centrado en certidumbres, hacia una comprensión difusa de los fenómenos humanos y sus relaciones; los procesos interventivos operados desde reglas borrosas se comprenden como una alternativa que actualiza y convoca al aparición espontánea de sistemas dinámicos con nuevas formas de orden, alejados del equilibrio y no lineales organizados para el cambio.

El cambio como co-evolución y novedad adaptativa para la construcción de mundos posibles.

La co-evolución y la adaptación son conceptos derivados de la biología, la cual se asocia a todas las especies existentes y resultan en la influencia recíproca de las relaciones que se generan entre las especies, ya sea antagónica o cooperativa (Ricklefs, 1990 citado por Rivas, 2008). Las especies coevolucionan con el ambiente, generando procesos adaptativos/selectivos entre estas, impactando en los parámetros de éxito que están en continuo cambio, evitando que sean predecibles (Rivas, 2008), Lo mismo pasa en los sistemas humanos quienes se desarrollan en un marco contextual que está sembrado de significados co-construidos por los integrantes de

estos sistemas, dando un marco referencial para la comprensión de lo que define como real cada individuo.

Los cambios emergen cuando se pueden construir alternativas a los dilemas, esto se logra en ocasiones mediante la perturbación del sistema, ya que los trastornos de personalidad abordados desde la complejidad requieren una mirada que da apertura al cambio continuo, el desorden y la transformación, gestionando la unidad, la diversidad, el caos y el orden. Lo anterior permite que las perturbaciones movilicen el sistema a través del potencial creativo y los recursos propios de este, este proceso autoorganizador da como resultado la aparición espontánea de nuevas formas de orden, alejadas del equilibrio, no lineales, las cuales permiten la co-evolución y adaptación del sistema. Es decir, el proceso de cambio responde a una pauta co-evolutiva que se basa en los principios de gestión de la incertidumbre y la emergencia de relatos alternos que posibilitan la actualización de las historias de los sistemas, ya que posibilita deconstruir las narrativas dominantes deficitarias y crea escenarios más posibilitadores.

Cuando se habla de procesos de auto-organización en sistemas patológicos, como lo son los trastornos de personalidad, se hablaría de un proceso creativo fallido, en el cual el sistema no logra activar procesos de innovación que permitan la transición entre el caos y el orden –orden al límite del caos-, razón por la cual, desde la narrativa, se habla del cambio como esa apertura reflexiva en el sistema, en la cual se reconocen las experiencias y los sistemas de creencias de cada miembro respecto al dilema, en términos relacionales y de significados, dando paso a una nueva forma de significar la realidad. Lo anterior favorece la emergencia hacia un sistema complejo adaptativo, que a través del desarrollo de su potencial creativo deconstruye las narrativas dominantes y abre camino hacia una comprensión alterna y actualizada de lo que se reconoce como dilema, estableciendo nuevas formas de orden alejadas del equilibrio.

Los sistemas complejos adaptativos (SCA) poseen la habilidad para adquirir y procesar información, tienen la capacidad para descomponerse, combinarse y construir nuevas formas de relación, favoreciendo la novedad a partir de la capacidad creadora del sistema. Los sistemas están conformados por elementos que interactúan entre sí, a partir de un conjunto de normas y reglas, en las cuales el sistema genera experiencias de aprendizaje (Gell-Mann, 1994 y Holland, 1995 citado por Martínez, 2011).

Cuando las unidades de los sistemas se integran dan paso a la emergencia de relaciones más complejas, por tal motivo los SCA son más complejos que la suma de sus partes. Los comportamientos de los sistemas pueden tener como resultado la supervivencia y evolución o la muerte y desaparición (M. Martínez, 2011). Cuando se habla de trastornos de personalidad, se comprende una dificultad del sistema para activar su potencial creador, dado que no poseen la capacidad para emerger como un todo y de este modo generar nuevas formas de adaptación con base en los dilemas que se van presentando.

Un SCA se comprende a través de la interrelación entre orden y caos, su comportamiento es impredecible y a su vez determinado, esto dado el modo como se movilizan los sistemas, los cuales responden a un patrón subyacente de acción o un modo de proceder comprendido como atractor extraño (Munné, 2005). El atractor se define como ciertos estados o puntos que atraen a los demás puntos del espacio de fases hacia sí en un sistema caótico, es decir, atraen al sistema dinámico hacia sí, después de un tiempo, el sistema dinámico logrará estabilizarse en un estado de transición de fase. Este interés por los atractores surge a partir de las observaciones de Poincaré (Citado por Rivas Tovar, 2008), el cual determina que las órbitas de los sistemas dinámicos no lineales, están conformadas por repulsores, definidos como estados en el cual el

equilibrio es inestable, generando que el sistema dinámico no se vea atraído hacia sí (Rivas Tovar, 2008).

A partir de dichos planteamientos, Rivas (2008) plantea dos tipos básicos de atractores, el primero denominado de punto fijo o sumidero, en el cual los atractores atraen al sistema hacia un punto o estado en particular, el segundo, se define como ciclo límite, en este se genera un comportamiento cíclico y periódico en los estados de fase (Rivas Tovar, 2008). Seguido a esto, Ruelle y Takens (1971 citado por Rivas Tovar, 2008) plantean el concepto de atractor extraño, comprendido como algo no periódico, el cual solo se presenta una vez, “se trata de un número infinito de curvas y superficies, encerradas en un espacio finito, y en el que pueden detectarse los movimientos básicos descritos por la Topología de estiramiento, comprensión y torcimiento” (Rivas Tovar, 2008, p.9).

Lo anterior es particularmente importante al explicar que los sistemas dinámicos en procesos de co-evolución y novedades adaptativas están conformados por atractores, los cuales movilizan y hacen que un sistema trascienda, sin embargo, estos deben coexistir con los repulsores, los cuales no permiten que el sistema dinámico se atraiga hacia sí, vislumbrando esto en los trastornos de personalidad, a través de dos planteamientos, los cuales se buscan contrastar y comprender en la presente investigación – intervención, el primero comprende a los atractores y repulsores como una forma de autoorganización de los trastornos de personalidad y el segundo, define la incapacidad del sistema para generar el tránsito de fase a través de los atractores.

Para ampliar la comprensión del primer planteamiento, desde la teoría del caos, los atractores extraños se definen como una forma de organización de un fenómeno a partir de su estado inicial, los atractores a partir de sus fluctuaciones que, si bien son irregulares, garantizan la coherencia, estabilidad y permanencia del fenómeno (Álvares, 2010), es decir, en los

trastornos de personalidad, a pesar de las fluctuaciones irregulares del atractor, este a su vez favorece la conservación de las propiedades básicas de la patología.

El caos se comprende como la oportunidad que tiene el sistema para trascender de un equilibrio estable hacia una nueva forma de autoorganización -ésta comprendida como un orden espontáneo-, en la cual los sistemas logran elaborar unas reglas que dan apertura a la generación de “novedades autoorganizadas” (Duque-García, 2017), hacia la construcción de mundos posibles. El ser humano no se moviliza bajo una lógica lineal, dado que le es inherente lo inestable (Álvares, 2010).

Según Capra (2002 citado por Munné, 2005), la autoorganización puede ser comprendida como “el origen dinámico del desarrollo, del aprendizaje, de la evolución y de la creatividad” (p.5) en la cual se generan puntos críticos de inestabilidad espontánea, comprendidos como bifurcación, a partir de la cual emerge un nuevo estado. Hablar de autoorganización significa hablar de estructuras disipativas, estas definidas como un sistema abierto que puede permanecer lejos del equilibrio, conservar la estabilidad y estructura y a su vez favorecer la emergencia de nuevas formas de orden.

Con base en los planteamientos de Prigogine (1986 citado por Munné, 2005), los fenómenos alejados del equilibrio y de no linealidad conducen a situaciones que dan apertura a múltiples posibilidades (mundos posibles) en contraste con eventos cercanos al equilibrio, los cuales solo dan como resultado un estado caracterizado por ser estable y único.

Esto lleva a comprender uno de los más potentes principios de las ciencias de la complejidad, el cual menciona que el cambio es inevitable, y esto no es ajeno a los fenómenos psicopatológicos, dado que los individuos y sistemas van más allá de una definición

reduccionista y deficitaria, permitiendo la existencia paraconsistente del diagnóstico y de los recursos generativos que ayudan a la gestión del individuo en relación con el dilema. Esto genera una transición de fase que le ayuda al sistema a movilizarse a ese adyacente posible, que favorece los procesos de coevolución y adaptación, permitiendo la producción de mundos posibles.

Lo anterior se conecta con el macro proyecto elegido para la investigación, el cual corresponde a Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos, dado que este tiene como fin comprender la forma como se organizan los relatos de los sistemas y cómo estos movilizan los procesos relacionales y conversacionales en los cuales emergen cambios terapéuticos y actualización en las narrativas dominantes del sistema, a través de procesos recursivos y reflexivos (Estupiñán, González, & Serna, 2006), que posibiliten la co-construcción de nuevas formas de comprender e interpretar los trastornos de personalidad dentro del desarrollo de procesos interventivos desde la complejidad.

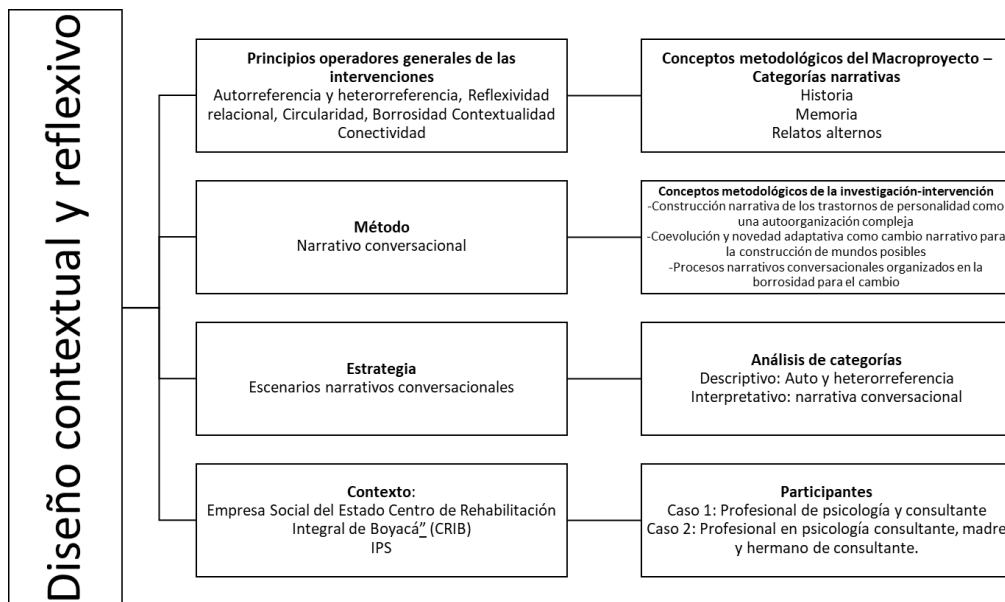
Método

En este capítulo, se exponen en primer lugar los principios operadores generales de la investigación-intervención, seguido de la descripción de los conceptos metodológicos específicos en relación con el fenómeno de estudio y al macroproyecto de investigación institucional “Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos”, posterior a esto se explica la modelización sistémica adoptada y, por último, se describen los diseños que se implementaron dentro de la presente investigación-intervención.

El modelo de investigación e intervención tiene como objetivo comprender cómo emergen y se posibilita la transformación de los fenómenos abordados, a través de la movilización de procesos interventivos. Es importante comprender que las transformaciones responden a órdenes sistémicos dentro de un marco conversacional del cual hacen parte los sistemas (Estupiñán, Hernández, et al., 2006).

Figura 2

Sistema metodológico.



Principios operadores generales de las intervenciones

El presente proyecto corresponde a una investigación-intervención contextual y reflexiva, con metodología cualitativa, orientada por principios epistemológicos de corte sistémico complejo, los cuales brindan un abordaje explicativo sobre el modo de operar dentro de los procesos investigativos-interventivos.

Autorreferencia y heterorreferencia.

Se comprende como la apertura al conocimiento, en la cual el investigador transforma su experiencia vivida y observada, dando cuenta de las narrativas que construyen la realidad de los sistemas a través del “principio del observador en su observación”. La comprensión autorreferencial en relación con los actores dentro del sistema terapéutico permite generar cambios a partir de la construcción narrativa de los dilemas y a su vez, de los recursos y soluciones de los mismos (Estupiñán, Hernández, et al., 2006; Estupiñán, Niño, et al., 2006; Hernández, 2010). Dentro del proceso de investigación-intervención, este principio significa dar cuenta de las experiencias y emociones del investigador a partir de los relatos que emergen dentro del proceso conversacional, en el cual se conecta la construcción teórica con la experiencia vivida.

Reflexividad relacional.

Es un proceso que parte del reconocimiento de las acciones e interacciones humanas, a través de este se brinda una aproximación comprensiva y explicativa a los dilemas relacionales del sistema terapéutico; de igual forma, la reflexividad promueve la reconstrucción de narrativas con base en la experiencia vivida de los participantes (Estupiñán, Niño, et al., 2006; Hernández,

2010). Por tal motivo, la presente investigación-intervención tiene como fin diseñar espacios conversacionales en los cuales el investigador se integre comunicacional y emocionalmente con el otro, facilitando el desarrollo de secuencias interaccionales que posibiliten la emergencia de procesos reflexivos, movilizándolo tanto al sistema familiar como al investigador-interventor.

Circularidad.

Es un proceso recursivo que permite la configuración y reconfiguración de la realidad a través de un proceso comunicacional dialógico (implica la retroalimentación) de los relatos de los participantes, lo cual posibilita la emergencia de procesos creativos, alcanzando una circularidad de segundo orden, es decir, se genera una relación cooperativa que se mantiene a través de la conversación (Muñoz & Sánchez, 2011). En la investigación-intervención este principio, soporta el hecho que dentro del proceso interventivo, la retroalimentación que hacen los investigadores en relación con los relatos de los participantes nutre las experiencias narradas del sistema terapéutico, posibilitando la creación de relatos alternos.

Borrosidad.

Este principio permite generar procesos de razonamiento que se gestiona con lo incierto, trasciende las posturas bivalentes tradicionales, posibilitando de este modo un aprendizaje relacional, que invita a las personas a gestionarse con un pensamiento que implique esfuerzo, riesgo e incertidumbre (Morin, 2001 citado por Osorio, 2012). Por lo anterior, en la investigación-intervención, se comprende que, si bien existe una construcción taxológica que busca organizar los trastornos, estos se deben comprender en una visión polivalente de la vida,

más allá de la diada salud/enfermedad, lo cual impactará en la resignificación de las experiencias vividas y en la construcción identitaria del individuo y su sistema familiar.

Contextualidad.

Hace referencia a cómo los marcadores contextuales le dan sentido a los significados frente a las experiencias e interacciones que emergen a partir del proceso conversacional narrativo, la comprensión de las vivencias propias y las de los otros parten de los contextos desde los cuales se interpretan (Estupiñán & González, 2015). Por lo anterior, en la investigación-intervención el lenguaje configura el significado de la experiencia con base en el contexto en el cual se desarrolla el proceso interventivo.

Conectividad.

Es un principio que permite la instauración de redes que posibilitan el establecimiento de procesos que activan el trabajo colectivo y dan apertura a procesos evolutivos en pro del bienestar del sistema (Estupiñán & González, 2015).

Conceptos metodológicos del Macroproyecto de investigación “Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos”

La línea de investigación “Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos” planteada por Estupiñán, González, y Serna (2006) se desarrolla bajo un marco conceptual y metodológico, el cual plantea como unidad de análisis las narrativas de las familias y sus sistemas amplios. El macroproyecto tiene como fin comprender el modo como se organizan las narrativas de los sistemas y cómo estas movilizan los procesos relacionales y conversacionales en los cuales emergen, especialmente en lo que respecta a la generación y significación de los dilemas y la implementación de nuevas formas de gestionarse frente a estos.

Historia.

Se define como la versión dominante compartida, cuyo significado y sentidos cumplen la función de mantener la estabilidad de los sistemas, estos relatos parten de la integración de los marcos de referencia de cada uno de los miembros del sistema, en relación con las experiencias vividas y narradas (Estupiñán & González, 2015).

Memoria.

Emerge a partir de los procesos conversacionales, la cual se comprende como versiones no compartidas de la historicidad que narran alguno/s de los miembros del sistema. Dichos relatos llegan a posicionarse como periféricos, incluso pueden no configurarse con la identidad propia de los actores que los narran. En los procesos narrativos, a partir de la evocación de las memorias, se va añadiendo un sistema de significados a las experiencias vividas que favorece el desarrollo de relatos alternos a las historias dominantes (Estupiñán & González, 2015).

Relatos alternos.

Se comprenden como co-construcciones interpretativas a partir de las experiencias personales e interpersonales, las cuales parten de los sistemas en un contexto interaccional y un campo narrativo específico (Estupiñán & González, 2015).

Conceptos metodológicos de la investigación-intervención

A partir del sistema teórico desarrollado en el capítulo anterior, se establecieron tres categorías metodológicas, las cuales permiten establecer, operar e interpretar los escenarios conversacionales sobre los cuales se desarrolla la presente investigación-intervención.

Construcción narrativa de los trastornos de personalidad como una autoorganización compleja.

Este concepto metodológico parte de las construcciones narrativas de los sistemas en relación con los trastornos de personalidad, dichas construcciones, los llevan a configurar una nueva forma de realidad en torno a la patología, lo cual genera ajustes identitarios sobre el modo como danzan con el dilema dentro de su historia de vida. En este escenario, los trastornos de personalidad se comprenden como resultado de un proceso de autoorganización que se cristaliza cuando las pautas de interacción se tornan rígidas y el sistema no permite resignificar las experiencias vividas y no desarrolla nuevas formas de aprendizaje. Dicho proceso no favorece la apertura a nuevas formas de adaptación y al desarrollo de procesos co-evolutivos, dado que el sistema aprende a autoorganizarse a partir del síntoma, lo cual no le permite abrirse a información novedosa que actualice y resignifique la historia más allá de la patología.

En los procesos de movilización y de ajuste del sistema, el trastorno se convierte en una nueva forma identitaria en el consultante y la familia, dado que se narran a través del trastorno y las narrativas giran en torno al dilema, lo cual no permite procesos coevolutivos y adaptativos. Para brindar una aproximación conceptual, se parte de las experiencias vividas por cada miembro del sistema y a partir del consenso entre estas experiencias se da cabida a una nueva forma de construcción de realidad y a la resignificación de experiencias.

Las narrativas son una entidad psicológica en la cual los sistemas organizan y construyen su realidad, y a partir de este planteamiento se puede entender que construyen y dan sentido a los trastornos de personalidad, los cuales parten de un consenso social entre la dualidad salud/enfermedad. A partir de lo anterior, pueden verse los trastornos de personalidad como el

resultado de un proceso creativo del sistema que se encuentra cristalizado (Estupiñán et al, 2006).

Procesos narrativos conversacionales organizados en la borrosidad para el cambio.

Los fenómenos humanos son ambiguos, sujetos a la incertidumbre y productores de mundos posibles. Por lo anterior, comprendemos que los sistemas humanos son complejos y su comportamiento no puede ser predecible con precisión, dado que en la medida en que se aumente el zoom al evaluar un problema real, más borrosa será su solución (Kosko, 1995).

Las reglas borrosas generan sistemas capaces de actuar de manera no lineal, activando rutas dialógicas que le permiten a los sistemas recursiones de información que les posibilita los procesos evolutivos (Duque, 2017). Por lo tanto, este concepto metodológico plantea una construcción polivalente de los trastornos de personalidad que va más allá de la diada salud/enfermedad. Los sistemas tienden a construir su realidad a partir del trastorno, en el desarrollo de los escenarios del proceso de investigación-intervención se plantea la emergencia de relatos alternos como una forma de resignificación de las experiencias vividas, lo cual le permite al sistema construir una tercera historia que está más allá de mirada bivalente del doble vínculo, ayudando a la gestión de la paraconsistencia en la narrativa familiar (construcción doble vincular), permitiendo movilizarse a nuevas versiones borrosas sobre el dilema, generando distinciones entre lo patológico como una parte y al sistema familiar como un todo.

Las experiencias adquieren significado a partir de la construcción dialógica entre la cultura, la familia y el individuo, por tal motivo, el proceso interventivo apunta a la dirección de entretejer los marcos de referencia mediados en la cultura, los relatos dominantes del sistema familiar y las narrativas prototípicas del individuo, que cumplan la función de puente entre lo

patológico y lo saludable, reconociendo las diferentes miradas que existen dentro de cada miembro y transformando esta individualidad en una versión colectiva generativa y posibilitadora, que se libere del entramado patológico como única forma de construcción.

Coevolución y novedad adaptativa como cambio narrativo para la construcción de mundos posibles.

Este concepto metodológico hace referencia a la transformación de los sistemas a través de procesos narrativos que permiten la apertura al cambio que a su vez posibilitan la coevolución y adaptación del sistema, basándose en la potencia que tienen las experiencias vividas y narradas al momento de reconfigurar dichos relatos (Estupiñán & González, 2015).

Los escenarios de la investigación-intervención propenden por construir procesos interventivos que generen aperturas reflexivas frente al dilema, en los que se construyen nuevas formas de adaptación; bajo este escenario los sistemas aprenden a integrar el conocimiento adquirido, su capacidad de aprendizaje y su potencial creador, pasando de un estado inicial estático e inflexible a desarrollar pautas de relación complejas que les permitan gestionarse ante la incertidumbre y lo inestable.

Los cambios narrativos permiten transitar de una visión unidireccional del dilema a una polivalencia generadora de mundos posibles, lo cual le permite que el sistema evolucione hacia una nueva fase, destrabando el bloqueo que imposibilita que el sistema se movilece, por lo anterior, el cambio se percibe como una posibilidad de los sistemas para generar nuevas formas de orden al límite del caos.

Contextos de investigación-intervención y participantes

Los contextos en los cuales se desarrolló la presente investigación-intervención fueron, en primer lugar, “La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá” (CRIB), la cual fue creada a partir de la Resolución No.006 del 26 de febrero de 1965; en sus inicios fue denominada Hospital Psiquiátrico de Boyacá, como objetivo se planteó dar respuesta a los problemas en salud mental de la población boyacense. Posterior a esto en 1975, dicho instituto empieza a hacer parte del Sistema Nacional de Salud como Hospital de Segundo Nivel de Atención, vinculado al Servicio Seccional de Salud de Boyacá. A partir del decreto No. 013 de 1997, dicha institución empieza a regir como Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

El CRIB desde sus inicios ha desarrollado esfuerzos con el fin de brindar estrategias para el manejo de la salud mental en Boyacá, ofreciendo servicios integrales en salud a las personas que lo requieran. Dicha institución plantea como objetivo garantizar a la población vulnerable la oportunidad en los servicios de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas en salud mental, con el fin de propender por el bienestar y la calidad de vida de sus ciudadanos.

El segundo espacio donde se desarrollaron los escenarios fue en los Servicios de atención Psicológica (SAP), que lleva en funcionamiento desde 1976 cuando fue creado como un espacio de atención psicosocial para la comunidad universitaria de la Universidad Santo Tomás, posteriormente se convierte en un contexto de formación para estudiante de posgrado en Psicología en el área Clínica, más adelante se integra el pregrado en psicología, desde el 2003 el SAP cuenta con permisos de funcionamiento desde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para prestar servicios de consulta psicológica general y servicio especializado en consulta de

psicología clínica y de la familia, desde el 11 de septiembre de 2009 el SAP está certificado con sello de calidad ISO 9001:2008 y actualmente hace parte de la RED ISUAP (Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica).

El SAP desde su creación se ha enfocado en brindar espacios de formación en el campo interventivo-investigativo a profesionales en psicología y psicoterapeutas clínicos respondiendo a un compromiso de la proyección social en el marco humanista cristiano que tiene la Universidad Santo Tomás.

Los participantes en el proceso de investigación-intervención están conformados por dos sistemas familiares en los que uno de sus miembros ha sido diagnosticado con trastorno de personalidad y en el momento actual desean iniciar un proceso de atención psicológica. En el caso especial del primer consultante, MG, se presenta un abandono que no permite culminar el proceso, ni contar con el sistema familiar, motivo por el cual el equipo se enfoca en los escenarios con el segundo consultante, manteniendo la estructura de los escenarios. A continuación, en la tabla 5 se presenta la caracterización del contexto familiar de los participantes mencionados.

Tabla 5

Caracterización de participantes.

Nombre	Rol	Edad	Estudios	Ocupación	Estado civil	Lugar de nacimiento
Consultante 1						
MG	Hijo	30 años	Universitarios	Empleado	Soltero	Bogotá
Consultante 2						
A	Hijo	23 años	Técnico	Desempleado	Soltero	Bogotá
C	Madre	48 años	Secundaria.	Independiente	Separada	Montería

JC Hermano 13 Secundaria Estudiante Soltero Bogotá
 años

Adicionalmente, en el marco de ampliar comprensiones polivalentes sobre las categorías de estudio se desarrolló un escenario con un grupo de tres profesionales y terapeutas activos en psicología clínica, desde los enfoques psicodinámico, cognitivo-conductual y sistémico respectivamente. La caracterización de los participantes se presenta a continuación:

Tabla 6

Caracterización de terapeutas.

Nombre	Rol	Edad	Estudios	Ocupación	Estado civil	Lugar de nacimiento
E	Terapeuta cognitivo-conductual	30 años	Posgrado	Empleado	Soltero	Tunja
MF	Terapeuta Sistémica	42 años	Posgrado	Empleado	Soltero	Bogotá
I	Terapeuta psicodinámico	35 años	Posgrado incompleto	Independiente	Soltero	Tunja

Figura 3

Familiograma sistema consultante MG

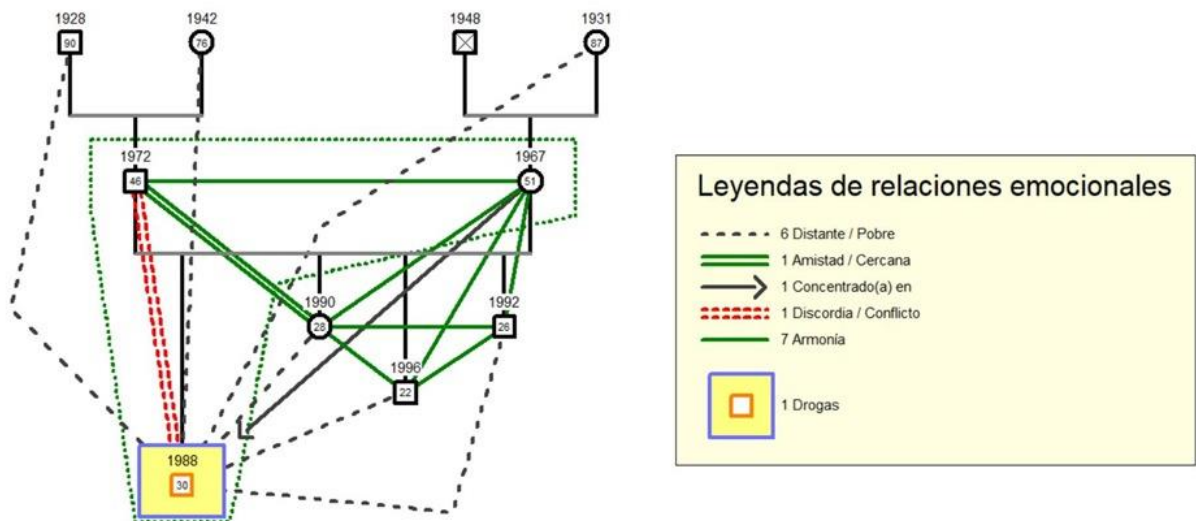
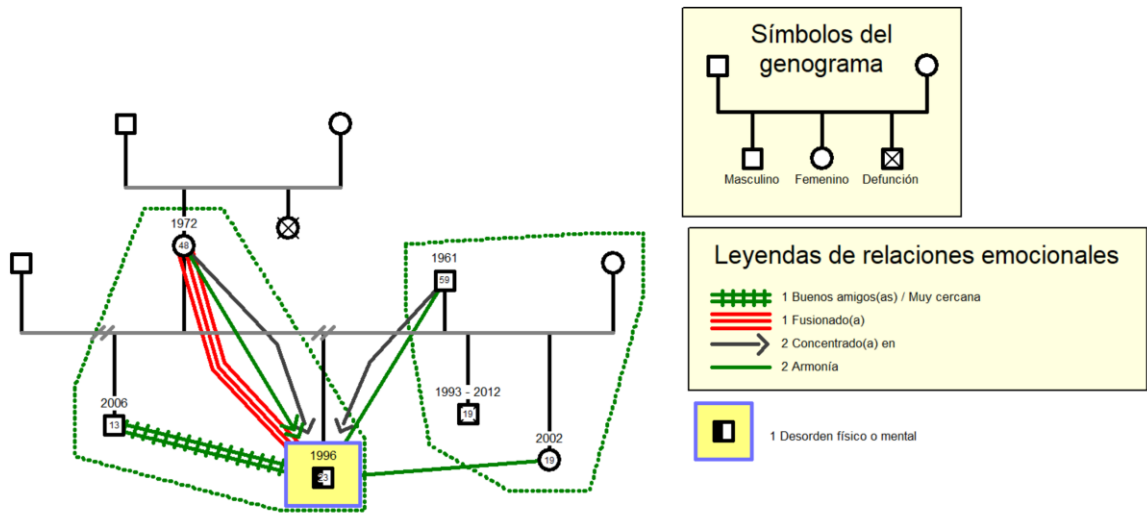


Figura 4

Familiograma sistema consultante A.



Modelización

Un proceso de investigación-intervención en función de lo ético y estético, según Hernández (2010), requiere del desarrollo de modelos que aborden la complejidad de los sistemas humanos, los cuales emergen y se transforman dentro de los contextos familiares y sus sistemas amplios. Comprendiendo lo anterior, se puede afirmar que la modelización da cuenta de los procesos implementados en la investigación-intervención que tiene como fin la construcción de nuevas formas de comprender el fenómeno de estudio. Las narrativas, abordadas bajo los principios operadores de memoria, historia y relatos alternos, dan apertura a la construcción y deconstrucción de los fundamentos epistemológicos, paradigmáticos y teóricos a través de los cuales se comprenden los trastornos de personalidad y de este modo, emergen nuevas formas de construcción de un fenómeno complejo, lo anterior, con el fin de generar un impacto en el contexto de estudio y en la sociedad en general.

Los fenómenos no vienen definidos por sí solos, la concepción de lo patológico no se puede comprender desde la objetividad, por el contrario, estos significados se construyen al sumergirse en el contexto de estudio, a través de la interacción entre el observador y los sistemas observados, lo anterior, resalta como vital la modelización (ver tabla 7) dentro de la investigación-intervención, dado que según los artefactos simbólicos que plantea el investigador para el abordaje del fenómeno, emergerán una multiplicidad de fenómenos (Hernández, 2010).

Tabla 7

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.	Se define como fenómeno de estudio intervención en los trastornos de personalidad en población reclusa, como foco inicial de investigación-intervención.
Estados del arte	Desarrollar los estados del arte documental y testimonial para la construcción del fenómeno de investigación-intervención. Realizar una revisión conceptual y metodológica de los últimos estudios desarrollados a nivel teórico e	Estado del arte documental: 1. Búsqueda de información bibliográfica relacionada con el interés investigativo. 2. Análisis bibliográfico de la información indagada, a través de una matriz compuesta por	Estado del arte documental: Redefinir el fenómeno de investigación, de “intervención en los trastornos de personalidad en población reclusa” a “los trastornos de personalidad desde la complejidad y la lógica

interventivo en torno a los trastornos de personalidad en población reclusa.

Comprender y exponer con claridad los desarrollos e implicaciones que estos estudios proponen para el planteamiento del problema y del fenómeno de estudio.

Lograr un conocimiento comprensivo del fenómeno de estudio en torno al diálogo con un psicólogo con experiencia en el abordaje de los trastornos de personalidad y un ex convicto diagnosticado con trastorno de personalidad, a través del análisis de los mitos, creencias y epistemes que existen alrededor de estos.

Dar cuenta de las construcciones epistemológicas, paradigmáticas y simbólicas de un psicólogo con experiencia en el abordaje de los trastornos de personalidad y un ex convicto

las siguientes categorías: título, autores, año, pregunta de investigación, método, categorías o variables, resultados, discusión, conclusiones e interpretación.

Estado del arte testimonial:
 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.

borrosa para la construcción de intervenciones orientadas a la generación de mundos posibles”. Estado del arte testimonial: Incluir los sistemas de pertenencia del individuo dentro de los procesos interventivos.

En consecuencia, se generaron hipótesis sobre la comprensión compleja del fenómeno clínico más allá de las puntuaciones bivalentes de salud y enfermedad, que permitan configurar procesos interventivos que se gestionen desde los mundos posibles.

<p>Elaboración del sistema teórico</p>	<p>diagnosticado con trastorno de personalidad, Construir el marco paradigmático, epistemológico y teórico en relación con el 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>	<p>1. Definición de los ejes temáticos asociados a comprensión compleja de los trastornos de personalidad a través del desarrollo de procesos interventivos polivalentes. 2. Articulación de los elementos de la perspectiva sistémica constructivista-construccionista a compleja a la explicación de cada eje temático.</p>	<p>Desarrollar los ejes temáticos: 1. Comprensión compleja de los trastornos de personalidad: teoría del doble vínculo. 2. Lógica borrosa y procesos interventivos. 3. El cambio como co-evolución y novedad adaptativa para la construcción de mundos posibles. Destacar el estudio de los trastornos de personalidad desde la complejidad como un campo de indagación novedoso en la investigación-intervención, en tanto no se encuentran estudios, ni postulados teóricos que aborden el fenómeno de estudio.</p>
<p>Método</p>	<p>Definir en el enfoque de la investigación-intervención, los principios operadores generales de las intervenciones, y</p>	<p>1. Definición de los principios operadores de la investigación-intervención.</p>	<p>Establecer principios operadores de la investigación-intervención. Construir las categorías</p>

<p>los conceptos metodológicos en relación con el fenómeno-problema y el Macroproyecto.</p>	<p>2. Construcción de los conceptos metodológicos.</p>	<p>metodológicas de la investigación-intervención</p>
<p>Describir los contextos involucrados y caracterizar los actores participantes. Presentar los diseños de investigación-intervención.</p>	<p>3. Descripción del contexto y los participantes.</p>	<p>Definición de la Narrativa Conversacional como</p>
	<p>4. Diseño de los escenarios narrativo-conversacional es para el trabajo de campo.</p>	<p>mecanismo de organización de relatos emergentes en la interacción.</p>

Diseños de escenarios narrativo-conversacionales

Los escenarios son espacios posibilitadores de nuevos significados sobre lo vivido y lo que se proyecta, propenden por la construcción de nuevas dinámicas de relación, donde es común encontrar nuevas historias que puede ser significativas. Dichos espacios pueden ser la base de un cultivo social donde se busca identificar nuevas formas de interacción, que se comprenden desde construcciones contextuales que permiten el proceso narrativo conversacional (Jairo Estupiñán, Niño, et al., 2006).

Es así como somos narradores de experiencias, donde nuestros relatos son una forma de identidad que se evoca para contar nuestra historia, la cual nos da no solo sentido, sino lugar en el mundo. Según Echeverría (1996, citado por Estupiñán, Niño, et al., 2006), si nos preguntan por el mundo, contamos su historia, dado que esta misma historia es el mismo mundo que nos rodea. Pero esto no es definido de manera determinista, ya que siempre responderán a construcciones psicosocioculturales que negocian con intereses específicos o propios de los proyectos, familias y otros sistemas participantes.

A continuación, se presentan los escenarios contemplados para el desarrollo de la presente investigación, el primero de ellos presentado con anterioridad (tabla 5) corresponde al espacio donde se contactó por primera vez a la familia y se presentó el proyecto a realizar con su importante participación, este espacio se caracterizó por ser netamente informativo y donde se llegó a los acuerdos relacionados con el proceso a desarrollar con el sistema en el marco del proceso investigativo.

Descripción de los diseños.

Tabla 8

Escenario narrativo-conversacional – 1er encuentro

OBJETIVOS	Presentar el proyecto de investigación-intervención. Encuadrar el espacio interventivo, definir estrategias y llegar a acuerdos sobre el modo en que se desarrollará cada uno de los escenarios.
PARTICIPANTES	Terapeuta y sistema familiar
FOCOS	Viabilidad del desarrollo del proyecto de investigación-intervención
PREGUNTAS ORIENTADORAS	¿Cómo un sistema familiar se gestiona con una oferta de atención a través de un proceso investigativo? ¿Qué tan flexible es el sistema para permitir aperturas que no solo tienen como objetivos acciones interventivas, sino también investigativas?
GUIONES	Se explica al sistema familiar sobre el objetivo, alcances e impacto del proceso de investigación-intervención del proyecto a realizar, las preguntas para abordar son las siguientes: ¿Qué les motivó a ser partícipes del proceso investigativo-interventivo? ¿Cree usted que es importante desarrollar procesos interventivos en relación con los trastornos de personalidad? ¿Qué expectativas tienen del proceso? ¿Qué acuerdos se pueden definir para adelantar el proceso? Finalmente se realiza el cierre del primer espacio y agradecimiento por participar en la investigación.

En el segundo escenario (tabla 9) se buscó conocer de manera amplia el motivo de consulta que expuso el sistema familiar y la demanda de ayuda específica con la que buscaban

gestionar su dilema; de igual forma, se exploró el cómo los trastornos de personalidad habían impactado en los procesos de ajuste dentro del sistema. Dentro de este espacio se planteó empezar a construir bases sólidas en la alianza terapéutica, esperando que el sistema se sintiera seguro y copartícipe del proceso que se desarrolló con ellos.

Tabla 9

Escenario narrativo-conversacional – segundo encuentro.

OBJETIVOS	Explorar el motivo de consulta del sistema familiar. Conocer como el sistema se gestiona con el diagnóstico. Establecer contacto y alianza terapéutica con los consultantes.
PARTICIPANTES	Terapeuta y sistema familiar
FOCOS	Exploración del motivo de consulta y de la demanda de ayuda
PREGUNTAS ORIENTADORAS	¿Cuál es la demanda de ayuda específica de este sistema frente a su motivo de consulta? ¿Determinar las narrativas dominantes del sistema familiar en torno al trastorno de personalidad? ¿Cuáles son las creencias, mitos y epistemes que han consolidado los trastornos de personalidad como una construcción identitaria del sistema familiar?
GUIONES	En este espacio se abordó de manera importante el motivo de consulta con el que llegó el sistema familiar al espacio, también se esperó conocer la demanda de ayuda específica de dicho sistema y comprender cómo el sistema se gestionó frente a los trastornos de personalidad. Algunas preguntas centrales que permitieron explorar estos elementos: ¿Cuál es el motivo de consulta? ¿Cuál es la demanda de ayuda específica sobre el problema? ¿Quiénes son, a qué se dedican, quienes conviven? ¿Cómo comprenden los trastornos de personalidad con el cual se diagnosticó a su familiar? ¿Cómo el diagnóstico les ayudó a comprender el problema? ¿Cómo eran las relaciones en el sistema antes que se presentara el problema, qué sienten que ha cambiado o qué es diferente? ¿Qué efecto ha tenido los trastornos de personalidad en sus vidas y cómo esto ha impactado en la relación con los demás?

La tabla 10 nos muestra el tercer escenario donde se buscó partir del motivo de consulta, la demanda de ayuda y el reencuadre del dilema, lograr construir hipótesis que permitieron comprender la manera particular como este dilema danza dentro y fuera del sistema familiar. Esto también ayudó a comprender el rol organizador que tiene el dilema en la familia.

Tabla 10

Escenario narrativo-conversacional – tercer encuentro

OBJETIVOS	Redefinición de la problemática que conecte la dinámica interaccional con el motivo de consulta. Planteamiento de objetivos de intervención Comprender la función del dilema en el sistema Formular hipótesis con base en la redefinición de la problemática
PARTICIPANTES FOCOS PREGUNTAS ORIENTADORAS	Terapeuta y sistema familiar Elaboración de hipótesis y redefinición del dilema ¿Cómo el sistema familiar ha estado construyendo su definición del dilema? ¿De qué manera se puede ayudar al sistema a empezar a realizar redefiniciones de su problemática que les permita encaminarse al cambio? ¿Cuáles son los recursos con los que cuenta el sistema para construir una lectura borrosa del trastorno de personalidad?
GUIONES	Mediante las construcciones narrativas y de relatos alternos se buscó que el sistema familiar y el terapeuta ampliaran su comprensión del dilema y la forma como este se mantiene. Es así como se exploraron las siguientes preguntas: ¿Siempre ha sido así? ¿Cuándo fue diferente? ¿Cómo se siente cuando se presenta una crisis en el sistema y qué hace cuando esto sucede? ¿Qué miembros del sistema son los más afectados y cuáles son los más activos? ¿Qué hábitos han cambiado o se han desarrollado desde que se presentó la problemática? ¿Qué han hecho para intentar solucionarlo? ¿Cómo han estado impactando las soluciones intentadas en el sistema? ¿Cuáles son las expectativas que tienen frente al proceso terapéutico? Si un día despierta y los trastornos de personalidad se convierten en una condición ya no de enfermedad sino de genialidad, ¿Cómo cree que funcionaría la familia a partir de esto? ¿Qué podría traer de ese mundo a la situación actual?

¿Cómo este posible escenario les ayudaría a comprender de forma diferente su dilema?

Para el cuarto encuentro (tabla 11) se buscó, a partir de los relatos emergentes, construcciones de mitos y creencias del sistema frente al comprender cuáles eran las herramientas con las que este cuenta, es decir, cuáles eran los recursos posibilitadores que existen dentro de este sistema. Lo anterior respondiendo a una mirada generativa que puntúa los recursos más que las falencias, siendo voces que resuenan de manera importante en los cambios que se pudiesen construir.

Tabla 11

Escenario narrativo-conversacional – cuarto encuentro

OBJETIVOS	Identificar los miembros que permitan amplificar la resonancia de cambios Delimitar y construir los cambios mínimos Reconstrucción de la historia emocional
PARTICIPANTES	Terapeuta y sistema familiar
FOCOS	Reconocer los recursos del sistema familiar en función del cambio
PREGUNTAS ORIENTADORAS	¿Cuáles son los recursos de este sistema a nivel emocional e intelectual para abordar su dilema? ¿En qué medida están comprometidos los miembros del sistema para gestar el cambio?
GUIONES	Durante esta sesión el terapeuta se centró en indagar sobre las herramientas y recursos con los que contaba el sistema familiar para el abordaje del dilema, se exploraron los factores generativos dentro del mismo y se buscó potencializar dichos recursos como amplificadores del cambio, se abordaron las siguientes preguntas: ¿Cómo valoran los recursos que tienen? ¿Qué otras herramientas hacen parte del sistema que posibiliten el cambio? ¿Conectar las emociones con los eventos presentados y esto a su vez con las pautas relacionales y las posturas vitales?

Esta sesión tuvo una marcada importancia dado que en el quinto encuentro (tabla 12), tuvo como fin amplificar los cambios observados evidenciados, dando una voz protagonista a

estas nuevas formas de gestión con el dilema, para ello se esperó conocer si el sistema podía comprender los cambios evidenciados y si les encontraba una respuesta a dichos cambios.

También fue importante contar con el sentir de los miembros del sistema relacionado con estas transformaciones.

Tabla 12

Escenario narrativo-conversacional – quinto encuentro

OBJETIVOS	Vislumbrar los procesos de cambio Replantear los proyectos vitales del sistema Integración de las nuevas narrativas a través de la evocación, construcción y articulación
PARTICIPANTES	Terapeuta y sistema familiar
FOCOS	Amplificar los cambios presentados dentro del sistema familiar que permitan su evolución frente al dilema.
PREGUNTAS ORIENTADORAS	¿Cómo los nuevos cambios del sistema en torno al dilema pueden tener un mayor impacto? ¿Cómo se movilizan los miembros del sistema en función del cambio? ¿Cómo el sistema evidencia y puntúa los procesos de cambio construidos?
GUIONES	¿Cómo evidencian los nuevos cambios? ¿Qué sienten que han hecho diferente hasta ahora? ¿Cómo se ven a futuro, ahora que se presentan cambios en el dilema? ¿Creen que cuentan con los recursos y herramientas necesarias para enfrentar los dilemas a futuro? ¿Cómo familia que estrategias creen pueden implementar para fortalecer el cambio esperado?

Este fue el escenario ideal para el proceso, ya que en este sexto encuentro (tabla 13) se esperó ver un sistema que ha logrado transitar al cambio y no solo eso, sino que fue consciente más allá de los cambios, reconociendo el camino transitado para posteriormente poder actualizar sus relatos, teniendo una nueva mirada de su realidad. Se esperaba hacer las devoluciones que corresponden a voces generativas que potencialicen ese cambio. Posterior a esta sesión se evaluó la pertinencia de cerrar el proceso.

Tabla 13

Escenario narrativo-conversacional – sexto encuentro

OBJETIVOS	Realizar un cierre del proceso mediante acuerdo con el sistema en función de los cambios evidenciados Afianzar los cambios evidenciados en el sistema y empoderar a los miembros participantes sobre dichos cambios
PARTICIPANTES	Terapeuta y sistema familiar
FOCOS	Explicar y dar a entender las formas de cambio que el sistema terapéutico ha presentado durante el proceso.
PREGUNTAS ORIENTADORAS	¿Qué factores favorecieron la definición y resignificación de nuevas formas de construcción narrativa de los dilemas? ¿Qué elementos se le pueden dejar al sistema familiar para que los cambios se puedan mantener en el tiempo? ¿Cómo se comprende desde los procesos narrativos el cambio?
GUIONES	¿Cuál son las percepciones que se llevan los consultantes frente al motivo de consulta, las demandas de ayuda, los objetivos y estrategias planteadas y los procesos de cambio observados? ¿Cuál es el impacto que genera la investigación-intervención en el sistema terapéutico?

Neodiseños

En este neodiseño se contempla un único escenario dialógico con terapeutas de diferentes modelos (sistémico, cognitivo-conductual y psicodinámico), en este se deseaba tener una mirada sobre la forma como son comprendidos, explicados e intervenidos los trastornos de personalidad, con el fin de amplificar la mirada polivalente de los procesos interventivos a partir de sistemas con pautas severas.

Tabla 14

Escenario narrativo-conversacional terapeutas externos.

Escenario 1

Objetivo	Comprender el fenómeno de estudio, a través de un proceso conversacional con expertos en el campo clínico, en el cual relatan cuales son las construcciones que se tienen en relación a los trastornos de personalidad.
Participantes	Psicólogo clínico cognitivo conductual. Psicólogo clínico sistémico. Psicólogo clínico psicodinámico o psicoanalista. Investigadores-interventores
Focos	Trastornos de personalidad Dinámica relacional
Preguntas orientadoras	¿Cuáles son los dominios comprensivos y explicativos en relación con las categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad? ¿Cuáles son los procedimientos que han desarrollado frente al diagnóstico y qué se puede asociar al dominio técnico-interventivo? ¿Cuáles son los constructos ideológicos-simbólicos asociados al diagnóstico?
Guiones	Escena 1: presentación del investigador y del objetivo de la aplicación. Escena 2: diligenciamiento del consentimiento informado. Escena 3: Conversación orientada por las siguientes preguntas guía (Helvy Sierra modera, Karen Salinas metaobserva): Bajo su experiencia clínica, ¿han trabajado con pacientes/consultantes que cuenten con un diagnóstico de trastorno de personalidad? ¿Cómo podrían definir los trastornos de personalidad? ¿Qué comprensiones desde su modelo se dan a los trastornos de personalidad? ¿Cómo y cuáles creen son los niveles de afectación? ¿Cómo consideran que se consolida el nivel de afectación? ¿Las sesiones que desarrollaste fueron a nivel individual? ¿De qué manera trabajan con el sistema familiar del paciente/consultante? ¿Qué comprensiones y sensaciones tiene el paciente/consultante o la familia sobre el diagnóstico? ¿Cuáles son las técnicas de intervención que han utilizado? ¿Qué cambios creen que se han generado al desarrollar estas técnicas intervenidas que mencionan? ¿Qué consideras que se debe tener en cuenta para el desarrollo de futuras intervenciones? ¿Qué aspectos posiblemente no se han trabajado, pero podrían favorecer mucho un proceso interventivo?

Escena 4: conversación delante de los invitados entre investigadores sobre lo dialogado en torno a las preguntas (invitados metaobservan).

Escena 5: Plenaria de cierre entre todos los actores del escenario sobre lo dialogado los escenarios 3 y 4.

Escena 6: cierre del espacio y agradecimiento por participar en la investigación.

Procedimiento para la construcción de resultados

Para el desarrollo del procesamiento y análisis de los escenarios narrativos conversacionales, se implementó una matriz que posibilita la reconstrucción del proceso dialógico, a través de la interpretación de las narrativas de los participantes divididas en unidades significativas de análisis, develando cómo se organizan los relatos dominantes dentro del sistema y cómo estos movilizan los procesos relacionales y conversacionales. De igual forma, se identifica dentro del diálogo elementos que dan cuenta de secuencias interaccionales donde los investigadores-interventores facilitan la emergencia de procesos recursivos y reflexivos que confluyen en una actualización y resignificación narrativa del actor social, a la luz de las categorías de análisis: historia, memoria y relatos alternos (Estupiñán & González, 2015).

Sumado a lo anterior, se abordan las narrativas a partir de la interpretación de las nociones semánticas y pragmáticas en el discurso, siendo considerado un factor relevante en el análisis dialógico, en términos de comprender la construcción subjetiva frente a la realidad social y su manifestación a través del lenguaje.

Por otro lado, se buscó una comprensión del fenómeno de estudio a través de un abordaje recursivo entre inducción y deducción, generando una descomposición inicial de las narrativas, organizadas en segmentos conversacionales de acuerdo con el objetivo del estudio, que, a partir de un abordaje dimensional descriptivo, posibilita una reconstrucción sintética entre la

significatividad subjetiva de los participantes y los aportes de los investigadores-interventores, lo cual conlleva a la co-construcción de una visión globalizada que contribuye a nuevas formas de abordar y significar el fenómeno de estudio (Pérez y Rodríguez, 2017).

Dando cuenta de lo anterior, los resultados de la investigación-intervención fueron generados a partir de la grabación en audio y posterior transcripción de los escenarios narrativos conversacionales desarrollados, las intervenciones fueron codificadas para diferenciar los actores participantes en cada escenario.

Se diseñó una matriz de análisis de contenido categorial donde se abordaba la textualidad (intervenciones de los participantes), los conceptos metodológicos: construcción narrativa de los trastornos de personalidad como una autoorganización compleja, procesos narrativos conversacionales organizados en la borrosidad para el cambio y coevolución y novedad adaptativa como cambio narrativo para la construcción de mundos posibles, sumado a los conceptos del macroproyecto: historia, memorias y relatos alternos, y la categoría del proceso transformador: problema y cambio; seguido de las casillas de nivel descriptivo e interpretativo de la autorreferencia y heterorreferencia.

Tabla 15

Matriz de análisis de contenido categorial.

Textualidad	Conceptos			Nivel descriptivo e interpretativo	
	Voces participantes	Metodológicos •Trastornos de personalidad •Intervención- Borrosidad	macroproyecto Historia •Memoria •Relato	Proceso Transformador •Problema •Cambio	Heterorreferencia

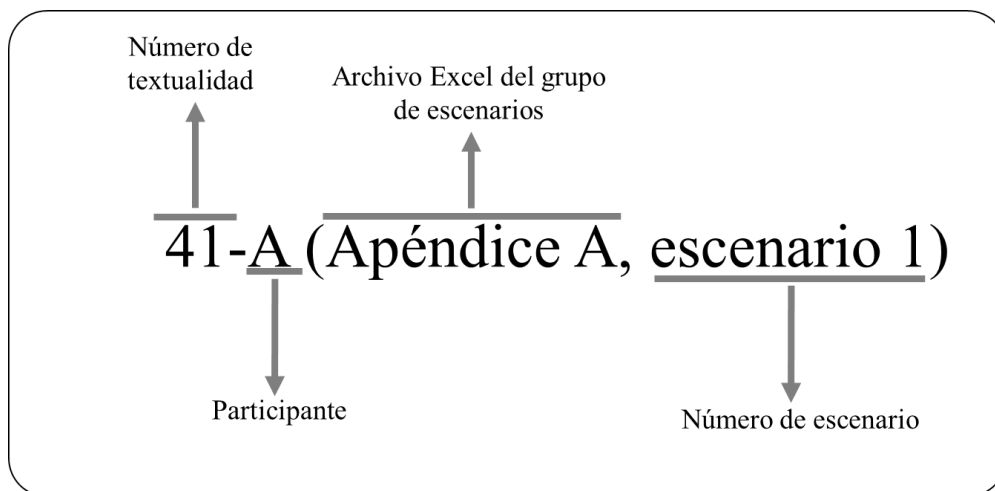
- Co-
evolución y
cambio

Convenciones

La totalidad de los escenarios fueron grabados inicialmente en audio, para posteriormente realizar las transcripciones en Excel en tres archivos, el primero para el caso desarrollado en el CRIB (apéndice A), el segundo para los escenarios desarrollados en el SAP (apéndice B) y el tercero para el escenario con terapeutas externos (apéndice C). En el Excel cada pestaña correspondía a un escenario, y dentro de cada pestaña cada fila era una textualidad. El sistema de codificación busca diferenciar el número de textualidad, los participantes del sistema familiar, los actores del sistema terapéutico, elapéndice y el escenario. Lo anterior es explicado en la figura 5:

Figura 5

Codificación de textualidades.



En la tabla 16 se especifican los códigos que se dan a cada uno de los participantes dentro de los escenarios, estos se asignan teniendo en cuenta solo los nombres de los participantes en el

marco de la confidencialidad del proceso, también se especifica el rol dejando claro de que contexto pertenece el consultante, es decir, Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá – CRIB o Servicios de Atención Psicológica - SAP

Tabla 16

Codificación de participantes

Participante	Rol	Código
Mario	Consultante CRIB	M
Andres	Consultante SAP	A
Cándida	Madre consultante SAP	C
Juan Camilo	Hermano consultante SAP	JC
Terapeuta	Terapeuta escenario SAP	T
Evelyn	Terapeuta externa cognitivo conductual	E
Maria Fernanda	Terapeuta externa sistémica	MF
Ivan	Terapeuta externo psicodinámico.	I
Karen	Investigador-interventor	K
Helvy	Investigador-interventor	H

A continuación, se presentan los resultados de la investigación-intervención desarrollada con base en el procedimiento señalado previamente.

Resultados

En el presente capítulo se relatan los resultados obtenidos a partir de una construcción autorreflexiva y heterorreflexiva dentro del ejercicio investigativo-interventivo. Estos se desarrollaron inicialmente con un consultante previamente diagnosticado con trastorno de personalidad y comprendían el desarrollo de tres escenarios narrativo-conversacionales desarrollados en el marco de un proceso de consultoría.

A partir de la ejecución de los escenarios en mención emerge la creación de 6 neodiseños, para ser llevados a cabo dentro de un proceso psicoterapéutico con un segundo grupo de consultantes. En el contexto interventivo, se cuenta con el abandono por parte del primer consultante y el equipo se enfoca en el proceso con el segundo sistema, con el que se cuenta con la asistencia del sistema familiar del consultante en diversos momentos del proceso.

Finalmente, se abordan los resultados de un escenario desarrollado con un grupo de psicólogos clínicos, quienes brindan sus comprensiones desde diferentes posturas teóricas y aportan hacia una construcción actualizada del modo como son comprendidos, explicados e intervenidos los trastornos de personalidad.

A continuación, se aborda el apartado de heterorreferencia, a través del cual se exponen las observaciones desarrolladas a partir de las voces de los actores participantes, en relación con los conceptos metodológicos de la investigación-intervención: construcción narrativa de los trastornos de personalidad como una autoorganización compleja, procesos narrativos conversacionales organizados en la borrosidad para el cambio y, coevolución y novedad adaptativa como cambio narrativo para la construcción de mundos posibles, a la luz de las categorías del macroproyecto institucional "Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos": historias, memorias y relatos alternos.

Posterior a ello, se brindan las comprensiones autorreferenciales que emergen a partir de las categorías anteriormente señaladas en conexión con los conceptos metodológicos de la investigación-intervención.

Heterorreferencia

En este apartado se abordan las voces de los actores que participaron dentro de la investigación-intervención, a partir de la conexión de dichas narrativas con las historias, memorias y relatos alternos emergentes en el desarrollo de los escenarios narrativo-conversacionales, dentro del análisis categorial mencionado anteriormente. Partiendo de dichas consideraciones, los resultados que se exponen a continuación parten de los conceptos metodológicos que transversalizan la investigación-intervención.

Construcción narrativa de los trastornos de personalidad como una autoorganización compleja.

Este concepto metodológico explora las nociones que los sistemas consultantes tienen respecto a los trastornos de personalidad, y el modo como dichas construcciones han configurado los procesos de autoorganización, elaborando comprensiones frente a los procesos de ajuste y movilización de los consultantes, donde las narrativas son una entidad a través de la cual los sistemas resignifican las experiencias vividas y dan sentido al modo como organizan y construyen su realidad.

Historia

La comprensión compleja de los trastornos a través de la voz de Mario (Consultante), privilegia en su relato historias que se enmarcan en nociones semánticas asociadas al sufrimiento y frustración, en la cual se observaron narrativas dominantes puntuadas desde lo patológico,

conllevando al consultante a describirse y reconocerse a partir de su sintomatología, generando una construcción identitaria deficitaria: 44-M Apéndice A, escenario 1, "*Como de que, de que no sirvo para nada, como de que a veces, eh, no estoy satisfecho con lo que hago. Como que podría hacer más, entonces como esa frustración de querer avanzar, avanzar, avanzar y uno no lo logra hacer* ", que conlleva al desarrollo de pautas relacionales que se convierten en un obstáculo en el proceso de cambio.

Lo anterior se explica en el sentido que, el consultante, al ser definido por su contexto como el "paciente identificado" cuyo problema o "enfermedad" se convierte en el detonante de los dilemas que se presentan y afectan a todo su sistema familiar, se ve en la necesidad de intentar soluciones individuales que puedan contribuir a las construcciones semánticas que han elaborado como sistema respecto al concepto de bienestar. El consultante, se moviliza hacia lo que considera le brinda una solución espontánea, a través del consumo de SPA, nutriendo la forma como se percibe ante el mundo y sirviendo como co-ayudante para evitar los conflictos:

25-M Apéndice A escenario 2: "Sí, mejor persona, pero digamos, cuando uno empezaba como a fumar las primeras veces, era que uno se sentía más inteligente, más sabio, más como que... que uno sí se preguntaba, cosas que la gente no se preguntaba, cosas que la gente no se preguntaba, entonces una cosa llevaba a la otra, a querer probar más poder..."

Sin embargo, los investigadores-interventores comprendieron que dichas narrativas cumplían la función de mantener y rigidizar las pautas de interacción y gestión con sus sistemas cercanos y amplios, dado que dicha percepción subjetiva de cambio favoreció el mantenimiento de los comportamientos conflictivos y a su vez, amplificó el distanciamiento del consultante con su sistema familiar y social:

52-M Apéndice A escenario 1: "... uno termina más aislado, uno se empieza más a aislar de gente, es, uno empieza a tener un grupo con los que fumar, y después uno ya piensa simplemente es a guardar y a tener para uno mismo, y eso te lleva a estar solo, solo, solo".

Lo anterior, en el sentido que, al ser el consumo de SPA un comportamiento socialmente prohibido, conllevó a debatirse entre la dualidad de sentirse "inteligente" y "menos problemático" a través del consumo de SPA y el enfrentarse a una realidad, que se ha articulado desde la noción de sufrimiento y frustración, elaborando relatos rígidos que dan cuenta del proceso de autoorganización alrededor de lo patológico en el modo como configura y comprende su identidad.

Sumado a ello, el consultante, con base en su experiencia vivida, hace comprensiones semánticas sobre el consumo de SPA como elemento que le genera bienestar y le posibilita gestionarse con sus emociones, dado que en el momento en que consume, las creencias que tiene respecto a su dilema se transforman hacia construcciones más posibilitadoras respecto a su identidad y sus recursos. :

65-M Apéndice A escenario 1: "Cuando fumas, ¿Esa otra persona como la describirías?"

66-M Apéndice A escenario 1: "Esa persona es más analítica, pero también es más interna, porque a veces tengo unos pensamientos, muy, muy fuertes, muy profundos, en relación digamos a lo que es la sociedad, la cultura, la religión, Dios".

Sin embargo, esta pauta que desde los relatos dominantes es reconocida como recurso, se convierte en mantenedora del dilema, en el sentido en que se percibe como requisito el estar bajo los efectos de las sustancias psicoactivas con el fin de transformar las narrativas deficitarias que

tiene en torno a su identidad, generando dependencia y el mantenimiento de comportamientos que favorecen el desarrollo de dicha pauta, dado que cuando el efecto de la sustancia finaliza, esa persona que describe "*desaparece*" (Apéndice A Escenario 1), denotando una narrativa rígida en la cual define el consumo de SPA como una forma de gestión y cambio frente a su dilema, que en contraste con dicha creencia, nutre la comprensión rígida que tiene el consultante de la realidad en torno al trastorno.

Según lo presente dentro de los escenarios desarrollados, se observa que los rasgos de personalidad disruptivos del consultante, desde etapas tempranas generaron conflictos dentro del sistema familiar y deterioro en la calidad de vínculos que establecía, tanto a nivel familiar como social:

11-M Apéndice A escenario 2: "yo era el que le tiraba piedras a los carros, que era como el que quería hacer la maldad, de que como quería explorar cosas, entonces, siempre me decían que, desde pequeñito, yo me tomaba las lociones, quería tomar cerveza, quería como probar esas cosas, que a veces a uno le dicen como que no".

Dicho patrón de comportamiento, que se tornó estable, duradero y repetitivo con el tiempo, generó no solo dificultades a nivel individual, sino que, dentro del sistema familiar, el rol que ejercían los padres para establecer reglas y normas se vio cuestionado, detonando en la exacerbación de los conflictos a nivel conyugal y parental:

31-M Apéndice A, escenario 2: "Entonces, eso, llevó lentamente como a que ambos me empezaran a echar la culpa, como decirle: usted fue, usted de peque, como decirle si ve usted no lo castigó de pequeño, no a usted le faltó darle juguete, a, usted le faltó eso.... Después, ya después de echarme la culpa como que, ellos se empezaron a echar la culpa ellos mismos, como de que habían sido ellos, de que había sido, también el

trabajo... todo al principio era mi culpa y después la culpa de ellos, en últimas, se centraron en los 3 que quedaban”.

Dichos relatos dominantes, que se narran a partir de nociones asociadas a la pérdida de control hacen una comprensión semántica de la imagen que cree tiene el consultante frente a su familia (descarrilado), esto se convierte en una noción pragmática sobre la cual fundamenta su pauta de consumo al situar el problema sobre el individuo, devaluando el rol que tienen los padres en los procesos de cambio y búsqueda de bienestar.

El subsistema parental se posiciona desde un rol de imposibilidad de acción ante la emergencia del cuadro sintomático, denotando la postura estática y rígida frente a la movilización de los padres al abordar el problema, nutriendo de este modo, la construcción identitaria del consultante puntuada desde el déficit, lo cual contribuye a invisibilizar los recursos y mantener el relato dominante de lo que se define como problema.

El consultante organiza la experiencia mediante narrativas dominantes de vulnerabilidad y frustración, significados a partir de no sentirse reconocido y valorado por su sistema familiar, siendo presente a través de relatos como: *94-M Apéndice A, escenario 1 "Ellos, digamos, ya no me echan en cara el tema, pero me ignoran, me sacan, les da fastidio"*, lo que llevó a privilegiar pragmáticamente la dimensión individual en la dinámica interaccional, y de este modo, rigidizar las construcciones semánticas asociadas a la soledad e imposibilidad de cambio.

En este sentido, los investigadores-interventores entendieron que el posicionamiento del consultante en el interior del sistema está marcado por sentimientos de frustración y desesperanza, al asumir el rol del "hijo problema", sobre el cual atribuye la responsabilidad respecto a los dilemas que se presentan en el interior del sistema familiar, generando un

reconocimiento de sus hermanos como seres funcionales y generando una construcción identitaria desde el déficit.

81-M Apéndice A escenario 3: “y mi hermana sí era la juiciosa, la que le iba bien, la que cuidaba a sus hermanos, pues digamos me veían como, como la oveja negra”.

Esta problemática da apertura a la búsqueda de soluciones; sin embargo, al no generar una mirada integradora del dilema tienden a no ser adaptativas, dicho proceso se ha visto pausado, y tras cada intento de solución que no posibilita cambios generativos, el sistema se ve cada vez menos vinculado, favoreciendo o exacerbando el mantenimiento de la pauta conflictiva.

Por su parte, en el proceso interventivo desarrollado con Andrés (A) y sistema consultante, los relatos dominantes se narran a partir de semánticas de frustración e incertidumbre, al no comprender cómo gestionarse frente al diagnóstico (trastorno de personalidad límite) de Andrés, puesto que el sistema consultante limitó su comprensión de lo problemático a la presencia/ausencia de un diagnóstico clínico.

49-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “Bueno yo quisiera la verdad poder entender todo lo que le pasa a Andrés, y antes que entender, cómo manejar yo la situación, cómo manejar todo ese proceso porque hay momentos en que yo definitivamente no sé cómo, no sé cómo manejar la situación... porque hay muchas cosas que a mí me generan mucha duda”.

Se observa como el sistema consultante organiza su realidad a partir de la comprensión de su dilema exclusivamente en términos de lo patológico, lo que ha llevado a que mantengan una mirada unidireccional que no posibilita la gestión hacia nuevas formas de abordar las problemáticas que presentan, organizando su construcción de realidad desde una narrativa

dominante centrada en el diagnóstico, siendo esta la forma como se autoorganiza la familia en torno a lo que definen como problema y susceptible a intervención.

El consultante construye su experiencia a partir de relatos asociados a su categoría diagnóstica, siendo esta el eje central sobre el cual se articulan las narrativas en torno a su construcción identitaria. Andrés elabora comprensiones de sí mismo a partir de semánticas asociadas a la inestabilidad emocional y la devaluación en el modo como configura y significa su identidad.

Dicha perspectiva, lleva al consultante a abordar semánticas asociadas a la desesperanza y vacío que le genera el no sentir que cuenta con una perspectiva vital futura que le permita establecer en su guion de vida nuevas metas y propósitos con lo cual pueda significar de manera positiva su vida, lo anterior, conlleva a que su expectativa inicial dentro del proceso investigativo se centrara en "sobrevivir", elaborando relatos rígidos respecto al reconocimiento de sí mismo desde el constructo de "enfermedad", lo cual lo lleva a articular una realidad de no cambio, donde siente que no tiene "cura", favoreciendo una construcción identitaria desde el déficit, a través de la cual los recursos son invisibilizados.

61-A Apéndice B, escenario 1 SAP: “Eh, no puedo decir abiertamente que me quiero curar porque es algo prácticamente imposible, pero si eh, usar como una palabra fuerte, que sería como sobrevivir, porque siento que cada día es una oportunidad para quitarme la vida, entonces mis expectativas son bastante altas, ya que no es un proceso digámoslo así clandestino, sino más bien es un proceso investigativo que se ve bastante serio y no sé, tengo como mi confianza depositada en esto, entonces...”.

En este sentido, Cándida (madre), aborda a Andrés a través de relatos que exponen una pauta de inestabilidad e intermitencia en el modo como se relaciona con su sistema familiar y

como se ve a sí mismo, en el sentido en que la madre percibe el desinterés que tiene el consultante en lo que respecta al desarrollo de su vida profesional y familiar, presentando ciertos momentos de impulsividad, en los cuales Andrés se pauta de modo más resolutivo, pero que culminan en el establecimiento de una pauta relacional rígida marcada por un modo de proceder distante y ausente.

143-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “Yo últimamente noto mucho en Andrés lo que él acaba de decir, que él no le importa nada, nada, nada, y lo ve uno en muchos aspectos y sobre todo en la casa, él puede ver que, por lo menos colaborar un poco, yo me levanto desde las cuatro de la mañana, estoy trabajando hágale y hágale, y él puede ver que estoy así o alcanzada o lo que sea y a él le da igual, o sea es como si todo le diera igual, si me colabora, él colabora en la casa, él me hace el almuerzo, si yo digo ayúdame aquí y esto, pero es como si él ya no le importara nada, sí he notado mucho eso, como si todo le aburriera, o sea él le saliera algo ahorita en ese momento, le emocionó algo, lo quiso hacer, lo hizo un rato y ya, le aburrió, así veo en él”.

Andrés atribuye dicha pauta de relación al síntoma, explicándolo como atributo en la construcción del self, señalando la rigidez en la interacción a causa de "voces" que no le dejan proceder de manera asertiva, dichos relatos favorecieron la pragmática de distanciamiento dentro del sistema familiar.

13-A Apéndice B, escenario 1 SAP: “No sé, hay como varias personas, eh, hombres, mujeres, niños, son como personas de todas las edades, ni modo de decirle que hay como una única... y eso ha causado que... ha causado que vean que soy como una persona introvertida o muy seria, o como muy... sí, apacible, callada. Entonces como que otro aspecto sería que quiero que me dejen hablar, porque para mí si es necesario”.

En el relato del consultante se identificaron historias sobre el rol que ejercen las alucinaciones respecto a los procesos de comunicación e interacción con su sistema familiar y social, entendiendo el síntoma como una representación del contexto, convirtiéndose en el centro a través del cual estructura su comportamiento, generando una atribución causal de sus prácticas de ausencia y distanciamiento, desde el poder que ejercen las voces al ser las que le convocan a desarrollar dichas conductas, limitando de este modo sus procesos de autonomía e individuación.

171-A Apéndice B, escenario 2 SAP: “Desde hace varios meses eh, las voces incrementaron muchísimo, eh, tengo estas alucinaciones todo el tiempo de no lo hagas, quédate quieto, no hables, no te muevas, no mires, no toques, no hagas, y es una de las cosas por las cuales he estado como muy... estático todo el tiempo, no es que no quiera hacer las cosas a veces, es que...”.

El consultante actualmente está atravesando por una etapa de ajuste en su ciclo vital, en la cual se han presentado diversos cambios como lo son la culminación de sus estudios profesionales y la posterior búsqueda de una vinculación laboral, situación que ha generado un gran impacto en Andrés, dado que ha configurado una realidad enmarcada en la semántica de sufrimiento e insatisfacción que tiene respecto a su futuro como profesional, elemento que responde en concordancia a su narrativa dominante respecto a su perspectiva vital futura puntuada desde el síntoma y expresada pragmáticamente desde el no movilizarse.

26-A Apéndice B, escenario 2 SAP: “pensando en el día de mañana cómo podré quitarme la vida, cómo me puedo hacer daño, y todo ese tipo de cosas. Ehm, digamos que el impacto con el mundo real, lo que fue hace unos 3 o 4 años que empecé ya, como que terminé mis estudios para empezar a trabajar, ese impacto de ver que la vida solo se basaba en trabajar y que debo durar tantos años trabajando para después jubilarme y

etcétera, eso también me afectó muchísimo, el simple hecho de saber que voy a trabajar toda mi vida y como que, qué es esto, o sea no, no tiene sentido, para mí eso era como... todavía lo sigue siendo, es como... no hay sentido que yo tenga más de 25 años y de repente la vida va a cambiar, porque no va a cambiar, o sea, siempre va a ser lo mismo, y así uno trate de no tener ese pensamiento, va a ser así. Es bastante complicado para mí, tratar como de cambiar ese aspecto”.

No obstante, en contraposición a los relatos dominantes respecto a la construcción identitaria deficitaria que tiene Andrés sobre sí mismo, expone relatos en los que considera ha asumido un rol protector frente a su hermano menor (Juan Camilo), dado que la figura paterna no ha estado presente en dicha crianza, estableciendo este atributo como su modo de participar dentro de la relación familiar, sin embargo, dicho relato se contrasta de modo paradójico con la pragmática de dicha relación, en la cual el hermano es quien debe asumir la función de discernir entre las pautas de relación con Andrés que pueden ser saludables y las que generan malestar.

41-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “Desde que, pues siendo franco desde que el papá de Juan se fue de la casa eh, yo tuve muy en claro que iba a tomar como ese rol, que iba a ser como ese ejemplo para él y así lo ha sido aunque a pesar de que he hecho cosas que no debería hacer frente a él, él es muy maduro, es una persona muy madura, él sabe lo que está bien y lo que está mal, y aún así él como que respeta mis decisiones, toma ejemplo de las cosas buenas y cuando hay algo malo eh, él de una vez me recrimina me dice como: hey, eso no debería ser así o las cosas no son así, entonces siento que es un rol que he asumido de forma positiva y que él ha entendido de buena manera que yo he tenido como ese, esa participación dentro de nuestro grupo familiar”.

Desde este punto de vista, los investigadores-interventores presenciaron una contradicción emergente en los relatos de Andrés en la interacción con su sistema primario, elaborando historias cristalizadas que privilegian su pauta sintomática y que a su vez invalidaban el rol protector que sentía ejercer sobre su hermano, manifestando de manera recurrente su interés en desarrollar como acción futura un intento suicida, esto conlleva a mantener la experiencia constante de sufrimiento e incertidumbre del hermano y la madre.

52-A Apéndice B, Escenario 3 SAP: “Sí... yo quiero que él no quede, pues es que va a sonar feo, pero yo quiero que él lo vaya asimilando si el día de mañana yo me llego a suicidar, yo le digo a mi mamá como, eh, así como cuando una persona está muy enferma o como cuando está en fase terminal, yo quiero que ustedes estén así conmigo... Pero estén preparados, porque yo sé que en cualquier momento yo digo como, es hoy, y ya, hoy decidí quitarme la vida. Igual sé que es difícil o sea por más preparada que esté una persona para la muerte de alguien, es muy complicado, y yo le dije eso a mi mamá, y así se lo hice saber a Juanito. Entonces como que yo hago esos comentarios para que él esté como, ay yo me acuerdo que mi hermano molestaba mucho con eso, y no sé qué, y en fin”.

En línea con lo anterior, el consultante asocia el desarrollo de la pauta suicida a un modo de obtener reconocimiento por parte de sus sistemas amplios, considerando la muerte como el recurso para ser acogido y valorado por la sociedad, lo cual da sentido y mantiene su narrativa dominante deficitaria de su identidad y no cambio.

102-A Apéndice B, Escenario 3 SAP: “Existe la historia de un escritor alemán creo que fue, que después de la guerra publicó un libro y el libro no tuvo como esa acogida que él esperaba, entonces él se suicidó, y después de que la gente escuchó, uy el

escritor de ese libro se suicidó vamos a leer el libro a ver qué tal, el libro tuvo unas críticas muy malas, pero fue famoso porque el escritor se suicidó, entonces yo pienso que me podría pasar algo así, porque soy malísimo escribiendo, pero no sé, tal vez...”.

En dicho relato el consultante asocia de manera metafórica el no escribir un libro que genere reconocimiento con el considerarse "malísimo" en dar cuenta de los recursos que demanda la transición de ciclo vital en la que se encuentra, definiendo en el suicidio una resolución a dicho dilema, que a su vez lo confronta con las creencias que tiene respecto a lo que emerge en la realidad en la que se encuentra inmerso.

Por otro lado, Andrés refirió historias que nutren su construcción rígida de la realidad, al comprender los factores predisponentes biológicos como una conclusión lógica que soporta su etiqueta diagnóstica y nutre su narrativa dominante rígida asociada a semánticas de incapacidad e imposibilidad, evitando pragmáticamente abordar una opción de cambio que actualice su relato y le permitan adaptarse a las exigencias del contexto.

58-A Apéndice B, Escenario 1 SAP: “Sí, hay... bueno es que yo por parte y parte tengo como un linaje de, eh, como enfermedades mentales, y ese tipo de cosas, digamos mis dos abuelos, sí, mis dos abuelos, materno y paterno, ellos murieron de Alzheimer. Hay varios casos de suicidio en la familia, está el suicidio de mi hermano por la familia de mi papá, y así hubo muchas cosas, y yo creo que hay muchos más casos, pero a mí no me los dirán por obvias razones”.

Sumado a lo anterior, la construcción identitaria del sistema familiar se explica desde un rol de cuidadores del "paciente identificado", estas comprensiones están mediadas por las experiencias vividas dentro del sistema, el cual relaciona en su historia familiar, dos eventos en los cuales dos miembros de su familia extensa se suicidaron. Dichos sucesos han llevado al

sistema a configurar su realidad desde semánticas asociadas a la pérdida, siendo explicada en la pragmática de cuidado y sobreprotección de Cándida y sus parientes cercanos sobre Andrés:

152-A Apéndice B, escenario 3 SAP : “...siempre publico como poemas o textos relacionados con la muerte, y apenas mi familia ve algo sobre eso inmediatamente dice...esto es una señal de alerta y tenemos que hablar con Andrés ya...”

A-59 Apéndice B, escenario 2 SAP: “...bueno es que yo...tengo como un linaje de, eh, como enfermedades mentales, y ese tipo de cosas...Hay varios casos de suicidio en la familia, está el suicidio de mi hermano por la familia de mi papá...”

155-C Apéndice B, escenario 3 SAP: “...en la familia, mi familia hay antecedentes de suicidio, entonces yo pienso todo eso...”, 160-C Apéndice B, escenario 3 SAP: “...es horrible...porque uno dice es que esto es hereditario y uno qué desgracia pues por qué vino a heredar él esto...”

128-C Apéndice B, Escenario 2 SAP: “...hay una tía que es mi hermana, que le quiere alcanzarle todo, quiere tenerle todo, yo he hablado con ella y le digo que no es así porque él puede que tenga un problema, pero él no está discapacitado, él toca dejarlo que haga su vida normal porque lo único que a mí me han dicho los psicólogos y psiquiatras es puede que él tenga un problema, pero él puede hacer una vida normal.”

Esta forma de dar sentido al origen del dilema ha llevado al sistema familiar a gestionarse alrededor del trastorno, exponiendo su comprensión desde una pauta transgeneracional que explica la presencia del problema y da cuenta de la necesidad de soluciones intentadas centradas en la sobreprotección del consultante.

El sistema estableció en Cándida, desde el reconocimiento como madre de Andrés, el rol de canal y gestora del cambio, siendo la responsable en el abordaje y búsqueda de soluciones

frente a los problemas del consultante. Dichas estrategias están centradas en movilizar el cambio en Andrés, lo que da cuenta de una mirada rígida individual del dilema:

55-C Apéndice B, Escenario 2 SAP: “...yo hago todo lo posible para que él pues esté bien, lo que me dicen: vaya aquí vaya allá, yo siempre estoy con él, siempre lo apoyo, siempre busco la manera...yo le busqué la forma de que trabajara en la casa, pero ya viendo los días que han pasado pues tampoco es bueno porque él está todo el día metido, encerrado, y pues veo que no le está haciendo como bien entonces yo no sé...” ().

145-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Sí, de pronto en mi caso la realidad que de pronto no he asimilado o no he aceptado es el que, él esté todavía como le digo yo, con esas voces, con esas cosas que no le quitan o que no aprenda más a cómo manejar todas esas situaciones, que no sean las voces que lo manden a él, sino que él mande en su vida, en su cuerpo, en su mente, eso es lo que yo todavía no asimilo mucho, y yo me meto en un cuento de que todo lo que me dicen yo me hago pues buscando soluciones ¿no? En este momento lo tengo a dieta”.

La pauta relacional en el sistema se ha configurado a partir de las comprensiones que han construido del trastorno, las cuales hacen referencia a una mirada netamente individual del dilema que está representado en el “paciente identificado”, se observa una marcada ritualización dentro de la familia que responde principalmente a una necesidad de vigilancia y cuidado del consultante, esto se basa en la constante sensación de intranquilidad.

En lo que respecta a la relación con su padre, está la describe como cordial, manteniendo una pauta comunicativa que esquivo el dialogar sobre eventos relacionados con el suicidio, dado el evento presentado previamente con el hermano paterno. Esta intencionalidad de no hablar sobre temas que pudieran estar relacionados con el trastorno, mantienen la narrativa dominante

que da cuenta del miedo a hablar de lo difícil, ya que esto puede desencadenar nuevamente una crisis en el consultante:

82-A Apéndice B, escenario 3 SAP: “No, hablamos de otras cosas, no sé, de... mi papá es muy de política, entonces empezamos a hablar como de política, de futbol, de otro tipo de cosas. Pero cuando llega como el tema de la salud y esas cosas, yo prefiero como... bueno los dos preferimos como evitar tocar el tema juntos”.

La relación construida entre Cándida y sus hijos ha sido determinante en la forma como se entiende la patología y la efectividad percibida de los intentos para solucionar el dilema. Existe en el sistema una construcción semántica alrededor de la comunicación, siendo vista esta como un marcador de bienestar dentro de la familia, el sistema comprende una pauta comunicativa baja o no efectiva como un marcador sintomático, dentro de lo que ellos comprenden como el dilema.

Esta comprensión de la comunicación como un factor que define lo saludable o patológico se ve reflejado en narrativas donde se intenta explicar que esto es el mantenedor del dilema, 60-A Apéndice B, Escenario 2 SAP “*Pues Camilo poco expresa las cosas ¿sí?, pero yo sé que en el fondo a él le da muy duro...*”, 261-C Apéndice B, Escenario 4 SAP “*...hay cosas que yo quisiera hablar pero que igual no las tengo que hablar con ellos sino como quisiera tener alguien para poder contarle poder hablarle...*”. Esta mirada explicativa patológica de la pauta comunicativa como criterio no permite la emergencia de nuevas formas de adaptación, esto lleva a que no se logre tener conciencia de como esta comprensión mantienen la rigidez del sistema y disminuye la apertura a nueva información que les permita movilizarse desde una comprensión más compleja del dilema.

Cándida tiene un discurso identitario centrado en su rol de madre que delimita sus expectativas y necesidades netamente al desempeño que tiene dentro del hogar en el cuidado de sus hijos, esta narrativa identitaria fundamenta la pauta de sobreprotección que presenta dentro del sistema, le lleva a identificar pautas de interacción en sus hijos como indicadores de psicopatología:

20-C Apéndice B, escenario 2 SAP “Pues con ganas de salir adelante, terminé el bachillerato y me vine a estudiar y pues me gradué, aquí tengo mi diploma (señalando a sus hijos entre risas). Y no nada, trabajar, me he dedicado solo a trabajar, trabajar, y me he dedicado solo a mis hijos...”.

36-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “No, él es juicioso, en el colegio le va bien, solo hay un problema con él que me está molestando muchísimo, y es la adicción a la tecnología, pero es que es demasiado...”

El sistema ha construido una explicación de la manera como comprende la patología de Andrés, realizando una construcción semántica deficitaria alrededor de la pragmática relacionada con la “falta de comunicación” del consultante, siendo para ellos un factor que impacta en la manera de gestionarse con el dilema. Se ha consolidado una narrativa dominante que da cuenta de una construcción semántica donde la pauta comunicativa es el síntoma y es a su vez definido como el factor de riesgo principal en su condición. Candida indica:

74-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “Una balanza, como que Andrés no tiene una estabilidad, o yo lo veo a él como una línea así imaginaria, plano, no hay emociones no hay nada, la emoción que él más, es así, como usted lo ve, así.”.

76-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “De tristeza, o de... no sé, tristeza pienso yo, como si no hubiera encontrado un motivo, como si él no tuviera ese motivo que lo hace

vibrar, que lo hace ver la vida de otra manera, que le hace ver las cosas positivas, como le digo mucho pesimismo, como si él no viera el lado positivo de las cosas”.

El sistema ha establecido un consenso con base en lo que consideran el dilema central, consolidando una mirada explicativa a partir de los síntomas de Andrés, puntuando la falta de expresividad como un elemento importante a tratar, siendo este “silencio” el detonante de los dilemas en el consultante y el sistema, dado que genera frustración en los miembros al no saber cómo gestionarse con esta dificultad comunicativa. Cándida indica 49-C Apéndice B, escenario 2 SAP “... él últimamente no expresa ningún tipo de emociones, la única es el silencio...”.

Siguiendo la voz de la madre de Andrés, con base en su experiencia al haber participado en diversos procesos interventivos por psiquiatría y psicología, narra el contexto terapéutico como un espacio en el cual se brinda una respuesta categórica al dilema que presentan, pero en el que a su vez se ve limitado en el obtener una comprensión más amplia de lo que sucede en términos de cómo proceder frente al dilema que presentan y resignificar el rol que tiene cada uno de los miembros del sistema dentro de este.

54-C Apéndice B, Escenario 2 SAP: “sencillamente le dan una hoja a uno y le dicen lo que tiene es esto, pero no le explican a uno como familiar eso es así, esto se maneja así, no, para nada”.

La incertidumbre generada en el sistema está nutrida por la narrativa dominante en torno a la falta de comprensión que tienen del dilema y la sensación de no contar con los recursos para gestionarse frente a ello, esto ha llevado a que en ocasiones la madre cuestione por la validez de la presencia de la patología, en el sentido que, por ejemplo, Cándida se pregunta sobre la pauta

de socialización de su hijo y si esto empata con los síntomas de uno de los trastornos diagnosticados.

Por otro lado, Cándida se narra desde relatos de frustración y sufrimiento, al sentir que debe dar respuesta a las necesidades y dilemas que presentan sus hijos, y al abordar diversas estrategias y encontrar que estas no han dado el resultado de cambio que el sistema necesita, se genera una sobrecarga emocional que conlleva a narrarse a sí misma desde la incapacidad e imposibilidad, manteniendo los relatos dominantes que mantienen estancado al sistema.

55-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “Pues para mí es frustrante porque yo no sé manejar la situación, y hay momentos en que, en que yo me siento como con tanta carga, tanto física como emocional, como encerrada, como si estuviera en una cápsula que no encuentro salida porque no sé cómo manejar todo esto, sí? Con el hermano que también, o sea son tantas cosas que también yo me siento frustrada totalmente al no poder ayudar más, yo hago todo lo posible para que él pues esté bien, lo que me dicen: vaya aquí vaya allá, yo siempre estoy con él, siempre lo apoyo, siempre busco la manera de que no pudo trabajar, busqué la manera de que él trabajara en la casa de que una cosa y otra pero entonces ya no sé cómo más manejar la situación, ahorita en este momento yo siento bueno, yo le busqué la forma de que trabajara en la casa pero ya viendo los días que han pasado pues tampoco es bueno porque él está todo el día metido, encerrado, y pues veo que no le está haciendo como bien entonces yo no sé...”

La madre aborda semánticas de desesperanza y sufrimiento al puntuar la solución de sus dilemas como la ausencia de enfermedad, es decir, la no presencia del cuadro diagnóstico, rigidizando el modo de construir su realidad, y de este modo limitando la búsqueda de posibles soluciones.

185-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Igual a veces digo: bueno, él desgraciadamente... pues nos tocó esta enfermedad, porque lo veo como una enfermedad no sé si así sea, la depresión y eso, pero también pienso tampoco puedo pedirle que en tan poco tiempo ya él esté otra vez su vida normal, yo me imagino que pues ahí despacio se van solucionando las cosas, lo que yo quisiera es como de pronto yo no tratar de solucionar su vida, y más sin embargo a veces involuntariamente no sé, lo hago, pienso que es así, o no sé si tú lo ves así, como le busqué trabajo, ahí le solucioné por ese lado, no sé si de pronóstico es hasta mal o qué”.

Se ha generado una sensación de sobrecarga en la madre del consultante, quien siente que a partir del dilema ha perdido completamente su sensación de tranquilidad dada la constante necesidad de protección y cuidado que siente requiere su hijo, al ser ella la protagonista en mediar e intervenir frente al dilema del consultante, le ha generado una alta demanda emocional que le ha sido difícil de manejar, esta tensión es constante en el sistema y lleva a relatos que se centran en la necesidad de cambio en el consultante para disminuir la intranquilidad en su relación parento-filial y en la vida misma de la madre del consultante:

151-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “La tranquilidad, total, antes éramos pues tranquilos, había tranquilidad, pero ahorita ya, o sea por lo menos de mi parte yo ya no tengo tranquilidad, si él sale yo estoy: Dios mío yo ya no sé qué pensar, es tanto mi intranquilidad, mi preocupación, que yo ni siquiera cierro la puerta de mi cuarto para dormir, yo no tengo tranquilidad, o sea yo siento que no descanso tranquilamente...”.

Emerge una construcción de culpabilidad a nivel parental, la cual está nutrida por una narrativa dominante centrada en la responsabilidad que siente frente a la emergencia y mantenimiento del dilema. Esta narrativa ha llevado al sistema a considerar en ocasiones la

efectividad y validez de la pauta de sobreprotección y cuidado que se tienen alrededor del consultante:

161-C Apéndice B, escenario 2 SAP “...yo quisiera encontrar muchas respuestas o sea, yo quisiera saber Andrés por qué le pasa eso, yo he tratado de darle la vida... Andrés nunca ha compartido con el papá, nunca vivimos juntos, yo siempre he sido su mamá y su papá, yo me siento culpable, a mí me han culpado mucho y los psiquiatras me culpan, los psicólogos me culpan, la trabajadora social me culpa, todo el mundo me echa la culpa de lo que a él le pasa...le trato de solucionar los problemas, pero yo no lo hago por hacerlo mal, sino porque lo quiero, porque pues, pero entonces yo siento una culpa muy grande porque a mí me han echado mucho la culpa de todo lo que le pase, para mí es... Horrible”.

Emerge una narrativa dominante en Cándida que da cuenta de una historia no permitida relacionada con la exteriorización de su dolor físico y emocional, dado que, de acuerdo con la consultante, las voces institucionales y familiares le demandan no mostrarse débil puesto que ello impacta en la exacerbación de la sintomatología de su hijo. Este nivel de autoexigencia desproporcionado la lleva a narrarse a partir de construcciones semánticas asociadas a la frustración y la desesperanza, elaborando lecturas que no le permiten reconocerse desde su vulnerabilidad y su humanidad, generando un nivel de contención emocional y física, que, por el contrario, amplifica el dilema.

231-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Sí, pero es que yo siento que si me pongo triste o me pongo mal entonces ellos se van a poner más mal, sobre todo él, es como si yo les transmitiera esa energía negativa también, entonces yo no me lo permito por eso...”.

236-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Pero es que también pasa algo, que a mí... o sea yo siento que algo me bloqueó de yo expresar mis emociones tristes se puede decir, y es que tuvimos unas terapias con un psicólogo... tanto el psicólogo como el psicoterapeuta me decían: tú no te puedes enfermar, porque si tú te enfermas y Andrés te ve enferma y Andrés te ve triste, Andrés se va a poner mal”.

238-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Sí, pero entonces pues yo como que, como que trato de que no me vean triste ni me vean mal”.

240-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Sí, pero yo trato de que, pues yo me quejo mucho, no le digo que yo me quejo mucho pero me quejo de dolores físicos, no de sentimientos del alma ni cosas del alma, sí, porque físicamente me pasan muchas cosas, y me quejo pero a veces digo no debería decirlo, no debería, pero a veces es imposible, porque ese dolor, por lo menos este dolor es un dolor físico pues toca decirlo porque ya no lo aguanto...”.

Por su parte, el hermano de Andrés, Juan Camilo, se caracteriza por ser poco expresivo en los encuentros, en sus relatos sobre el dilema que los convoca a sesión, expone que algo debe estar grave o con un mal funcionamiento en su hermano, refiriendo que el marcador importante de este dilema está en la deficiente pauta comunicativa con él y con el resto del sistema, lo que hace presente la narrativa dominante que existe en la familia del consultante en torno a la falta de comunicación como un marcador patológico dentro de la experiencia percibida con el dilema; adicionalmente se une a la narrativa de la madre y el hermano que le refieren su uso constante de la tecnología como una pauta adictiva, es interesante como mantiene la afirmación con el resto del sistema.

59-JC Apéndice B, escenario 2 SAP: "...creo que debe de tener un problema muy grave con eso, bastante, a veces no puede expresarse bien..."

64-JC Apéndice B, escenario 2 SAP: "Dejar mi adicción".

66-JC Apéndice B, escenario 2 SAP: "A la tecnología".

68-JC Apéndice B, escenario 2 SAP: "Porque paso mucho tiempo en el computador y en celular, si yo me desconecto del computador o del celular ya estoy empezando a tomar ese..."

Adicionalmente, Juan Camilo refiere que otros aspectos le preocupan de la condición de su hermano, puntualizando lo que él identifica, que el dilema de su hermano impacta en la pauta interactiva con el sistema y en la relación percibida como hermanos, expresando su preocupación e intranquilidad de volver a quedar solo con su madre, refiriendo la importancia de la presencia de su hermano como actor en la gestión de dilemas y retos internos que tiene Juan Camilo:

35-JC Apéndice B, escenario 5 SAP: "Pedirle bastante a Dios que se recupere cuando tiene esos ataques de ansiedad, pedirle que se recupere pa' que pueda hacer sus labores, pa' que pueda influir porque cuando lo veo así malo yo me pongo triste".

48-JC Apéndice B, escenario 5 SAP: Pienso que esas voces para él son como un enemigo, para Andrés, como como que esas voces lo frenan, como que él sigue un camino recto y vienen las voces y pum ahí y dicen: detente tú no puedes seguir este camino, yo pienso que así son las voces de él.

En conclusión, las historias que organizaron la experiencia en los sistemas participantes que integran un miembro diagnosticado con trastorno de personalidad, privilegiaron semánticas de sufrimiento y frustración al no lograr elaborar comprensiones posibilitadoras y contextuales respecto a los dilemas que como sistema han emergido, centrando su narración de manera

unidireccional hacia Andrés y su etiqueta de "paciente identificado" como mantenedor de la pauta conflictiva, configurando el diagnóstico como eje articulador de la experiencia vivida.

Las narrativas centradas en el diagnóstico construyen en el sistema una nueva forma de reconocerse a sí mismo, significando el cambio desde la presencia o ausencia de la sintomatología, limitando el reconocimiento de los relatos individuales y colectivos del sistema consultante que les permitan resignificar su historia más allá de lo patológico.

Por su parte, en el escenario desarrollado con el grupo de psicólogos, en los cuales se contó con la participación de un terapeuta psicodinámico (I), un cognitivo-conductual (E) y un sistémico (MF), se elaboraron comprensiones semánticas y pragmáticas respecto a los trastornos de personalidad y el constructo patológico. A partir de ello, MF aborda relatos dominantes que exponen la importancia de realizar abordajes desde un enfoque relacional, en el cual se evalúe el impacto que tiene el contexto en el modo de comprender y abordar lo patológico, dichas posturas parten de comprensiones semánticas del concepto de bienestar a partir de consensos sociales que posibilitan una mirada integradora de lo que se define como problemático o susceptible a intervenir.

17-MF Apéndice C, escenario terapeutas externos: "... me diera por hacer algo que es fuera del contexto, puede ser leído y si es así la sintomatología y se mantiene puede ser leído como una anomalía una patología frente a lo, digamos que no solamente a la norma, sino también a las relaciones y las dinámicas esperadas en ese contexto determinado, entonces también coincido por supuesto que tiene que ver con un patrón cultural, social e histórico, pero también a una subcultura y a unos contextos particulares relacionales de los sistemas en cuestión... entonces la patología también por supuesto tiene que ver y eso también comparto con una intersubjetividad respecto al bienestar o a

lo que llamamos dolor, pero también a la funcionalidad digamos y el desempeño social en los contextos, entonces digamos que para que haya un problema que pueda ser denominado patológico es también porque para alguien es un problema, y es leído como un problema, en ese sentido entonces hablamos de una patología...”.

Este reconocimiento de una mirada contextual se nutre por parte de la terapeuta cognitivo-conductual, quien configura lo patológico, trascendiendo de una mirada categorial, hacia comprensiones donde las pautas y epistemes deben ser leídas de manera ecosistémica, reconociendo la dimensión individual y relacional que signifique y dé sentido a lo que se define como problema.

17-E Apéndice C, escenario terapeutas externos: “...patrones conductuales y de pensamiento, que pueden estar asociados a una condición que no se adapta directamente al contexto de la persona... entonces de ese proceso dimensional que existe que no es solamente el síntoma, sino en qué contexto se da el síntoma, porque yo puedo leerlo digamos un llanto recurrente, o una eh, no sé, algún otro tipo de sintomatología y hay que darle contexto para poder identificar cuál es la razón por la que podría llegarse a patologizar...”

Otro punto de convergencia sobre el principio organizador que tiene el contexto en la forma como se comprende lo patológico es abordado por el terapeuta psicodinámico, el cual expone una comprensión social que parte de la dualidad de lo normativo y lo no normativo, y el dilema interno a través del cual atraviesa el individuo al no lograr gestionarse con la forma consensuada de concebir la vida, viéndose impactado en el desarrollo del cuadro sintomático.

15-I Apéndice C, escenario terapeutas externos: “desde una visión mucho más amplia del psicoanálisis también analiza lo patológico como un producto social, una

consecuencia de las configuraciones de la norma social y de lo aceptable o no aceptable, de las dificultades para lidiar con el conflicto básico de impulso o de la norma, o del deseo y la norma...”

El lenguaje emergente a partir de las epistemes profesionales aborda los trastornos de personalidad desde relatos dominantes que se centran en el desarrollo de lecturas individuales y unidireccionales, que abordan la sintomatología desde lo estático e inflexible, denotando la necesidad de generar abordajes relacionales que brinden aproximaciones más posibilitadoras frente a los factores de cambio.

25-E Apéndice C, Escenario terapeutas externos: “Bueno, los trastornos de personalidad por lo general son patrones inflexibles y que parecen ser permanentes porque pues hablamos de personalidad... Y que digamos tiene que ver con... las experiencias internas y los comportamientos que tienen las personas... en términos generales, eh digamos que en el trastorno de personalidad llegan a suceder ciertas condiciones y es como esas características personales que pueden llegar a tener alguien para, eh para afrontar o entender el mundo... algo que es muy importante para que sea un trastorno tiene que ver con el hecho de que...que pueda llegar a generar un malestar... hay una característica importantísima ahí y es todo lo que tiene que ver con esa inflexibilidad de cambio”

Por su parte, los trastornos de personalidad abordados a partir de los relatos del terapeuta psicodinámico, conllevan hacia construcciones individuales y deterministas, de causa y efecto, construyendo la experiencia de lo patológico como un elemento que emerge a través de los conflictos no resueltos en la infancia, que mantiene en la adultez una pauta ritualizada rígida no movilizante, limitando la capacidad que tiene el individuo para actualizar y resolver el dilema.

27-I Apéndice C, Escenario terapeutas externos “... admitir que los cinco primeros años de vida y bueno el resto de la infancia son absolutamente demarcantes en lo que significa la adultez de los seres humanos y desde mi perspectiva esos cinco primeros años de vida ponen las bases y el andamiaje de lo que sucederá luego en la configuración de la personalidad... y pues lo que los define como trastornos, porque ahí está la diferencia entre personalidad digamos normal y la personalidad patológica... el malestar clínicamente significativo, y clínicamente significativo para quién... la psicoterapia dinámica eso es algo a lo que se le llama la compulsión a la repetición, y es actualizar permanentemente un mismo conflicto tratando de resolverlo porque probablemente en su base ni se reconoce ese conflicto ni se llegó a resolver... en los trastornos de personalidad particularmente este tipo de mal funcionamientos son muy altos”.

Con base en los relatos de los terapeutas, se puede concluir que la comprensión de los trastornos de personalidad desde postulados cognitivo-conductuales y psicodinámicos parten desde el reconocimiento de la experiencia individual del paciente con trastorno de personalidad, elaborando lecturas individuales y unidireccionales; por otro lado, a partir de la postura de la terapeuta sistémica se resalta la importancia de elaborar abordajes desde un enfoque relacional, en el cual se privilegie el impacto que tiene el contexto en el modo de comprender y abordar lo patológico; de igual forma, se observan relatos que reconocen lo patológico como una construcción social, por lo cual, el paciente diagnosticado debe gestionarse entre la dualidad de lo normativo y lo no normativo, planteada a través del consenso social.

Dichas consideraciones permiten dar cuenta del avance en el cumplimiento del objetivo general del proceso de investigación-intervención, dado que se brinda una aproximación respecto a las versiones dominantes que tienen los sistemas participantes en los escenarios en relación con

cómo comprenden los trastornos de personalidad, para que, de este modo, se establezcan procesos conversacionales que permitan actualizar la experiencia a partir de la evocación de memorias que resignifiquen y actualicen la realidad y el constructo patológico a partir de los postulados de la complejidad y lógica borrosa.

Memoria

Al momento de explorar versiones que se alejan de las narrativas dominantes y que dan cuenta de narrativas periféricas frente a la manera como se comprenden los trastornos de personalidad desde una postura sistémica compleja, se encuentra que, el trascender de una lectura individual hacia comprensiones contextuales e interaccionales que integren al sistema familiar, da apertura hacia una redefinición del dilema posibilitadora, que genera distinciones entre el síntoma como una parte y las relaciones familiares y sociales como un todo.

Dentro de la construcción narrativa de los trastornos de personalidad, surgieron relatos emergentes, al configurar la experiencia vivida con los acontecimientos de las historias narradas por parte del sistema consultante, a través de lo cual, los integrantes de esta, evocaron memorias que trascienden el contenido patológico, permitiéndose reconocer espacios que les plantean la posibilidad de conversar más allá de la presencia o ausencia de una sintomatología, la cual se había configurado como el relato dominante e identitario del sistema familiar.

Por lo anterior, el sistema consultante logra evocar relatos que le permiten posicionarse desde contextos posibilitadores, en los cuales surge lo patológico como elemento que limita la identificación de caminos alternos, que promuevan el proceso de cambio. Desde dicha perspectiva, surgieron memorias asociadas a la emergencia de espacios de diálogo y expresión emocional, que favorecieron las dinámicas relacionales organizadas desde semánticas de

bienestar y tranquilidad, posibilitando de este modo, la co-construcción de escenarios alternos y generativos dentro del sistema familiar.

44-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Eso nos pasó ayer, que yo entro a su cuarto y le digo: “hijo cómo amaneciste, ¿cómo estás?”, y me dijo “muy bien”, y yo uyyy excelente esa respuesta, maravilloso, eso así, es lo que nos ha pasado así...”

Cánida por su parte, relata memorias asociadas a semánticas de satisfacción en la pragmática de la relación con su hijo, al evocar momentos en los cuales el conversar de manera diferente, posibilitó el surgimiento de relatos creadores de mundos posibles, trasformando la pauta emocional enmarcada en la tristeza y distanciamiento que Andrés solía comunicar a su madre.

46-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Yo lo sentí como sí, hoy amaneció positivo, hoy amaneció con energías, hoy amaneció con ganas de seguir, eso me hizo sentir, como que ush, yo decía Dios mío si así fueran todos los días”.

52-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Pues no, no sé yo solo sentí alegría, yo solo... uy no mi hijo está cambiando, eso fue lo que sentí”.

En adición, se observaron relatos subdominantes a través de la voz de Cándida, a través de los cuales existe un reconocimiento especial en la pauta de interacción familiar cuando el consultante cocina para ellos, siendo interpretada esta acción como un recurso y una forma de metacomunicar su estado de ánimo, definiendo dicha práctica como una experiencia de bienestar, que genera satisfacción en el sistema familiar y perturba la pauta dominante que no les permite gestionarse con lo novedoso y lo generativo, surgiendo de este modo pragmáticas que trascienden la lectura centrada en lo patológico.

58-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Incluso yo veo como el estado de ánimo en Andrés cuando cocina, o sea si él hace algo que yo veo que le pone el amor y le quedó delicioso, rico, digo Andrés tiene un estado de ánimo hoy, bien...”

Articulando lo anterior, y con base en los elementos obtenidos en el proceso dialógico con el sistema consultante, se evocaron memorias que actualizaron el sistema de significados de los consultantes, a través de lo cual, el sistema reconoció los recursos disponibles en la familia, que favorecen de este modo el desarrollo de relatos alternos a las historias dominantes rígidas y unidireccionales que no les han permitido visibilizar caminos posibles frente a la gestión de su dilema.

En lo que respecta a los escenarios desarrollados con los psicólogos, las memorias de la terapeuta sistémica se asociaron a la posibilidad de comprender los dilemas más allá de una categoría diagnóstica de los sistemas que asisten a consulta y que cuentan con un familiar con trastorno de personalidad, deslumbrando la posibilidad de brindar soluciones a las problemáticas que narran los miembros a través de comprensiones que reconozcan que el abordaje de los dilemas exclusivamente desde lo sintomático es una forma de limitar los procesos de cambio y movilización que requiere el sistema y el paciente diagnosticado.

19-MF Apéndice C, escenario terapeutas externos: “Me parece interesante y en eso coincidimos en que por supuesto la mirada debe reconocer esa, esa digamos particularidad individual que pues nos movemos en un contexto profesional que demanda unas categorías diagnósticas... de hecho si vamos a hablar desde el modelo narrativo sistémico que hace con la rotulación no suele ser útil y práctico para el proceso, para la movilización de cambios porque se vuelve un yo soy, que se vuelve problemático en el proceso de movilización y de transformación de vida”.

Sumado a lo anterior, desde un abordaje sistémico, y a partir del diálogo con los terapeutas, emergen relatos que plantean la posibilidad de reconocer la categoría diagnóstica como un limitante dentro de los procesos interventivos, dado que el rótulo impacta en la construcción identitaria del individuo y del sistema familiar, posicionando al consultante desde una condición de enfermedad, no movilizante, que limitan sus procesos de autonomía y no favorece la resignificación de su experiencia vivida.

22-MF Apéndice C, escenario terapeutas externos: "... tuve un estudiante de psicología que entró en una serie de crisis en estado financiero, a depresión y esto, entonces como estaba estudiando preciso en ese semestre psicopatología empezó a hacer toda una aplicación de todas las patologías, y parte de la gestión fue como sacarlo de allí... hablamos de eso narrativamente porque la rotulación, el significado atribuido nos mete es en un problema, y yo realmente en mi experiencia respetado pues creo que es más útil que se encuentre el significado para la vida y para su dinámica relacional de lo que está ocurriendo, más que la que el diagnóstico, porque socialmente además también hay unas comprensiones asociadas a esos diagnósticos en los que la persona cree que no hay salida, es decir, yo ya soy depresivo, yo soy bipolar, ni siquiera es yo sufro de un trastorno, sino yo soy y eso identitariamente si lo llevamos al siguiente paso nos eh, nos mete en un callejón bastante problemático desde el punto de vista psicoterapéutico, y para la persona en su desarrollo vital, bastante difícil de desentramar..."

Para el caso del escenario con los terapeutas, se identificaron memorias que resaltan la necesidad de comprender los trastornos de personalidad a la luz de una perspectiva dimensional, integradora y relacional, que proponga nuevas formas de definir lo patológico y el impacto que ejerce en la construcción identitaria del individuo diagnosticado y su sistema familiar.

En conclusión, las memorias emergentes en los escenarios dialógicos desarrollados con los sistemas participantes en el proceso de investigación-intervención sugieren comprender los trastornos de personalidad desde una postura reflexiva que configura una nueva forma de abordar la realidad, en la cual el sistema se reconoce desde la individualidad, su identidad y su rol particular a través de una lectura contextual y relacional, desmitificando las creencias asociadas a las categorías diagnósticas, como una enfermedad que no posibilita la gestión de la vida.

Dichas consideraciones nos aproximan hacia una comprensión compleja del fenómeno de estudio y el cumplimiento de los objetivos, en el sentido en que en las historias se abordaron comprensiones que hacen presente el modo a través del cual el sistema configuró su realidad a partir del trastorno de personalidad, rigidizando de este modo las pautas de interacción y limitando los procesos de aprendizaje y adaptación, dichas versiones dominantes, al ser perturbadas con las memorias que emergieron de los procesos conversacionales, actualizaron y resignificaron la experiencia vivida más allá de lo patológico, promoviendo la emergencia de nuevas formas de orden dentro de los sistemas.

Relatos alternos

Por su parte, los relatos alternos exponen miradas dialógicas actualizadas en torno a cómo se comprenden los trastornos de personalidad desde una perspectiva sistémica compleja. A partir de dicha co-construcción desde la interacción entre los participantes del escenario, emergen narrativas que dan cuenta del modo como se han actualizado los discursos en torno a la comprensión de lo patológico y el rol que ejerce dentro de los sistemas consultantes.

En primer lugar, a partir de las voces de los participantes en los escenarios con el sistema familiar, se favoreció el desarrollo de posturas reflexivas que deconstruyeron las narrativas

dominantes asociadas a lo patológico, permitiendo que el consultante diagnosticado se integrara al sistema en un rol familiar, siendo reconocido desde su autonomía y su identidad, lo anterior se logra, flexibilizando la versión dominante que se centraba en el déficit y lo patológico, a través de la co-construcción de versiones actualizadas respecto al modo de gestionarse y comprender el diagnóstico clínico.

El sistema consultante da apertura hacia posturas flexibles y posibilitadoras, desmitificando las creencias asociadas a la imposibilidad de cambio, en el sentido que la lectura del dilema se enmarcaba exclusivamente en el diagnóstico de Andrés, por lo cual, la presencia o ausencia del cuadro clínico tenía la función de medida de cambio dentro de la familia. El sistema consultante logra abrirse hacia la posibilidad de comprender su experiencia vivida significando lo patológico como una parte de la historia, pero trascendiendo hacia abordajes que le permiten reconocerse desde sus diversos roles (familiar, social, laboral, político, entre otros), fortaleciendo las pautas de comunicación y las cualidades del vínculo.

52-A Apéndice B, escenario 5 SAP: “Eh hay veces que les digo: hay alarma o hay ruidos, carros, no sé cosas así, un día incluso hasta yo salí corriendo al patio a bajar la ropa porque pensé que estaba lloviendo porque sonaba así mucha lluvia y mi mamá me dijo como no está lloviendo Andrés, ya no pasa nada, deja la ropa ahí quieta, entonces a mí me gusta mucho que ya no se alarmen y que no empiecen como ay Dios mío qué está pasando con Andrés, sino como no, mira no está sonando nada, no estás viendo nada...”

De igual forma, se elaboraron relatos que propiciaron nuevas formas de relación que, a su vez, favorecieron el establecimiento de una co-responsabilidad entre los miembros de la familia, a través de la cual se reconoce el rol activo que ejerce cada participante frente a los procesos de cambio y bienestar, elaborando experiencias que reconocen el sufrimiento y los dilemas del otro,

y se movilizan en pro del cuidado mutuo, difuminando la mirada unidireccional que estaba presente en las historias dominantes.

114-A Apéndice B, escenario 3 SAP: “Ah, bueno si, como que la preocupación, y eso no es sólo por nosotros 3 sino por toda mi familia por parte de mamá en general, o sea después de todo lo que ha ocurrido somos como más pendientes el uno del otro, entonces no sólo conmigo sino con mi tíos, con mi otro hermano, con mi mamá...”

De igual forma, se resalta que, a partir de la emergencia de relatos integradores que reconfiguraron las historias dentro del sistema familiar, se favoreció la actualización de la experiencia vivida a la experiencia narrada, a través de la resignificación de lo patológico, lo que posibilitó amplificar el impacto de los procesos de cambio a su contexto social, dado que Andrés percibe que sus amigos han elaborado una forma más posibilitadora frente al modo de comprender su identidad y sus dilemas, ayudándole a reinterpretar lo patológico como algo frente a lo cual se puede conversar con sus vínculos cercanos, sin temor a ser juzgado, encontrando en su sistema social una fuente de apoyo.

50-A Apéndice B, escenario 5 SAP: “Ellos, ellos se han dado cuenta muchas veces porque digamos incluso anoche con mis amigos estábamos reunidos y yo escuchaba como que llamaban a uno de mis amigos, él se llama Alejandro pero pues le decimos Alejo, y yo escuchaba que lo llaman fuerte o sea decían Alejo pero muy duro, yo le dije: parece lo están llamando, y él: “no me está llamando nadie”, está o sea alguien lo está llamando y nos asomamos a la puerta, todo y no había nadie, entonces ellos como que van entendiendo esa parte y ya no se alarman...”

Articulando lo anterior, en los relatos del terapeuta psicodinámico se destacaron semánticas que transforman las comprensiones que se tienen frente a lo patológico, elaborando

narrativas que exponen la necesidad de tener presente la naturaleza dinámica de lo patológico, y los factores socio-culturales cambiantes de los sistemas sociales, donde estas comprensiones debe tener una lectura ecosistémica que brinde a los sistemas la posibilidad de actualizar la experiencia vivida en función del cambio. De igual forma, se elaboran comprensiones que actualizan la mirada del diagnóstico, trascendiendo hacia lecturas recursivas, que deconstruyen la etiqueta diagnóstica como una forma de conectar con historias similares y establecer nuevas redes de apoyo.

20-I Apéndice C, escenario terapeutas externos “... reconocer lo patológico es una construcción cambiante de la época, es decir, lo patológico hoy puede que ya no lo sea en dos años, como no lo hubiera sido en el modelo que lo fue en algún momento... pienso que una de las cosas que todavía sigue siendo útil más allá de la comunicación entre profesionales de la salud, es que para el paciente eventualmente puede ser tranquilizador saber que no es la única persona a la que le pasa algo particular, sí?”.

Por otro lado, se destacó la importancia que ejerce el síntoma, no solo en la organización del sistema, sino en el propósito y sentido que le da al mismo, estableciendo escenarios que vienen demarcados por diversos significados que convocan a la co-construcción de realidades que trasciendan del reconocimiento de lo explícito en la comunicación (síntoma), hacia abordajes más profundos que posibiliten la elaboración de lecturas complejas que permitan comprender la función y el mensaje del cuadro diagnóstico dentro del sistema más allá de lo tangible.

Conectado con lo anterior, emergieron relatos que abordan la mirada unidireccional medicalizada del dilema como un limitante en los procesos interventivos, en el sentido que se convierte en un factor que no posibilita el desarrollo de procesos de cambio integradores.

22-MF Apéndice C, Escenario terapeutas externos: “Estoy de acuerdo, en mi experiencia y ese era el punto que se me estaba escapando, el sentido por supuesto esencial, nosotros también qué propósito, porque es que tú no, no te comportas por decirlo en un vacío relacional o existencial en burbuja, tiene un propósito y un sentido, hay un significado, a lo que digo, hablo, digo, con quién lo digo y para qué lo digo, y por supuesto el, lo que encontramos en la investigación es que frecuentemente la sintomatología o el paciente señalado cumple un propósito al sistema y a sí mismo, y tiene la función de equilibrar y la intención inicial de ese síntoma o de esa patología es equilibrar y dar respuesta a otra problemática, lo que pasa es que no la resuelve sino se vuelve otro problema frecuentemente... y por supuesto, comparto la idea de que es una mirada medicalizada, y que esa mirada medicalizada que estaría latente en la cultura y en la estructura social en muchos niveles, no precisamente contribuye a desentramar las pautas y la redundancia que crean el problema”.

En el marco de la lectura sistémica anterior, las comprensiones semánticas que tiene MF exponen cómo el dilema impacta a nivel interaccional, y a su vez, permiten a las personas construir de manera intersubjetiva un sentido identitario que da cuenta de su experiencia con la patología, lo que posibilita una construcción dialógica con sus sistemas de pertenencia, movilizandando la actualización de significados en torno al cómo se comprende a sí mismo desde lo que define como patológico.

26-MF Apéndice C, Escenario terapeutas externos: “...vuelve más o menos estructural en el modo en que se relaciona, o me relaciono con el mundo en los diferentes contextos, pero también en el sentido e identidad que doy y en ellos hay una intersubjetividad acerca de quién soy, qué puedo y que no puedo, ¿sí? Eh, y en ello pues

me lo reconozco en mí y me lo reconozco en los demás, digamos unos estilos más que una personalidad unos estilos, que se pueden volver precisamente cristalizados y redundantes y en ellos patologizantes... entonces me parece que desde la perspectiva clínica mía el trastorno de personalidad pues si bien ofrece unos elementos más me parece como unas expresiones, unas formas de relacionarse y de reconocerse como individuo que, por eso no las suelo categorizar, ni suelo acudir a ellas, pero digamos que pues la reconozco en el sentido en que sí hay un estilo o una cierta estructura identitaria relacional y en ese concepto”.

Por su parte, los relatos alternos del terapeuta psicodinámico, frente a las comprensiones semánticas emergentes a partir del proceso dialógico entre los participantes del escenario, conllevan a la co-construcción de versiones que integran la experiencia individual y relacional, generando nociones de lo patológico como una experiencia no adaptativa, que se cristaliza con el tiempo y no posibilita la emergencia de nuevos recursos que favorezcan la pauta interaccional con el sistema familiar y social, afectando de este modo la dinámica relacional dentro de dichos sistemas, generando un malestar subjetivo que impacta en todos los miembros del sistema.

27-I Apéndice C, escenario terapeutas externos: “... la personalidad, eh, son fruto de la experiencia subjetiva de los seres humanos frente a sus vivencias y son intentos adaptativos de todos modos, o sea son mecanismos que utiliza el ser humano para tratar de sobrevivir a sus experiencias si se quiere, seguramente cuando se analizan los patrones obsesivos esa necesidad de control, fue necesaria en algún momento de la vida, sí? Tuvo una función medianamente adaptativa o con unos intentos adaptativos o las defensas desplegadas eran necesarias frente a unas agresiones que en ese momento estaban sucediendo pero que se llegan a cristalizar, como utilizas muy bien esa palabra, se llegan

a cristalizar a tal punto que incluso luego ya en eventos que no tendrían una función adaptativa se siguen repitiendo una y otra vez...”

Procesos narrativos conversacionales organizados en la borrosidad para el cambio.

Los procesos interventivos operados desde la lógica borrosa -en sistemas que cuentan con un miembro diagnosticado con trastornos de personalidad- posibilita el tránsito hacia una postura que trasciende del entramado patológico y bivalente, hacia una co-construcción que integra las diferentes miradas que existen en cada miembro del sistema y se transforman las versiones individuales dominantes y prototípicas en relatos alternos colectivos, generativos y posibilitadores, que le permiten a la familia construcciones polivalentes de la realidad, más allá de la diada salud/enfermedad.

Historias.

A partir de las voces del sistema familiar participante, se implementaron procesos narrativos conversacionales que dieron cuenta de las concepciones bivalentes a través de las cuales los consultantes construyeron y significaron su realidad, estableciendo como motivo inicial de consulta el lograr tener certeza frente al diagnóstico enmarcado desde una lectura que conlleva a una búsqueda utópica de control, lo cual, desde la borrosidad, se comprende como un elemento que no permite la gestión libre e individualizada de la vida, en el sentido en que los fenómenos humanos son ambiguos, dinámicos, complejos y están sujetos a lo incierto, por lo que el intentar gestionar y comprender la vida desde un mundo de certidumbres conlleva a rigidizar e inflexibilizar las pautas de interacción y los modos de adaptación.

Se observa en Andrés relatos dominantes asociados a semánticas de control y frustración, en el sentido en que el eje articulador de la experiencia narrada se configuró a partir de la

construcción nosológica, estableciendo en el sistema un rótulo dentro de una categoría específica, lo cual los conllevó a una interpretación única y unidireccional de su dilema, enmarcándolos en una búsqueda de control y dominio sobre la variable que la familia significó como realidad y objeto de intervención.

71-A Apéndice B, escenario 2 SAP: “ok, es más que todo entendimiento, de saber por qué tengo todo esto, eh, más allá de todos los tipos de terapia que he tenido, porque pues las terapias que he tenido han sido para digamos sobrellevar más no para entender, son como para eh, tú puedes seguir adelante con eso, tú puedes avanzar, pero en ningún momento me han dicho tú tienes esto por tal razón, o, si o sea como ese tipo de cosas, entonces eh, siento que sería un paso agigantado el poderlo ver desde un punto clínico, desde un punto en el cual yo pueda determinar con certeza como bueno, eh me dio esto por tal y tal razón o por tal y tal motivo, y lo puedo sobrellevar de esta, esta y esta manera...”

En concordancia con lo anterior, se identifica el trastorno de personalidad como la narrativa dominante que impacta en las movilizaciones que se dan dentro del sistema, el cual se ha organizado en función de contener los dilemas que emergen a partir del cuadro sintomático; dicha configuración impacta en los pensamientos y emociones de los consultantes, elaborando relatos que denotan el deterioro del estado emocional y el malestar y desesperanza que se siente al no lograr transitar hacia nuevas formas de comprender lo patológico.

77-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “De tristeza, o de... no sé, tristeza pienso yo, como si no hubiera encontrado un motivo, como si él no tuviera ese motivo que lo hace vibrar, que lo hace ver la vida de otra manera, que le hace ver las cosas positivas, como le digo: mucho pesimismo, como si él no viera el lado positivo de las cosas”.

Dichas lecturas unidireccionales y cristalizadas, develan en la madre una pauta de cuidado y sobreprotección hacia Andrés, limitando su ejercicio de crecimiento personal y de autonomía, elaborando historias respecto a la crianza y el desarrollo materno-filial puntuadas desde el déficit y la culpa, presentando semánticas que resaltan la necesidad de control y a su vez se contraponen con el deseo de considerar necesario permitir la individuación de Andrés, dado que, sumado a que esta pauta impacta en el modo como el consultante comprende su realidad, está generando afectaciones a nivel emocional y comportamental en todo el sistema, el cual atribuye su estabilidad emocional global al sentir de bienestar o vulnerabilidad de Andrés.

151-C Apéndice B, escenario 2 SAP: "...de pronto yo lo canso porque estás bien? Estás... qué tienes? Él a veces eso le molesta porque pues yo lo veo como tan callado, tan, antes hacía chistes, sonreía, hablaba, ya no, es así, entonces yo a toda hora le pregunto cómo estás, qué tienes, dime la verdad, en qué te puedo ayudar, qué hacemos, salimos, caminamos, damos una vuelta, todas esas cosas yo no tengo ya o sea, la tranquilidad total se acabó".

De igual forma, se hace presente la narrativa dominante sobre historias no permitidas en torno al trastorno, ya que el sistema mantiene una pauta de evitación constante a dialogar sobre la muerte o cualquier tema relacionado, esto es en gran parte por el historial familiar de suicidios. Es por esto que, conversar frente a dichos temas, genera una alta perturbación, ya que se limita la posibilidad de conversar frente a los pensamientos y emociones asociadas al sufrimiento que generan los dilemas por los cuales atraviesa el sistema.

80-A Apéndice B, escenario 3 SAP: "Para mi papá es muy difícil, demasiado difícil, él ni siquiera me toca el tema a mi precisamente por lo de mi hermano, y cuando medio me toca el tema, me dice como, ah no sea güevon, no se ponga en esas, no sé qué,

mire lo que paso con él, y no sé qué... pero muy poco, yo trato de no tocar el tema tampoco ni nada, porque yo entiendo lo delicado que es para el todo eso”.

Sin embargo, ante las dificultades continuas percibidas frente a los efectos de las acciones implementadas para generar cambio a partir de la vinculación a procesos clínicos interventivos, el consultante expresa sentimientos de frustración que nutren la postura rígida e inflexible frente a la comprensión de su vida y sus dilemas, dado que el consultante sentía que no existía una conexión frente a las expectativas que tenía ante el proceso versus los objetivos terapéuticos que establecían los profesionales en la salud, atribuyendo la culpa de lo que consideraba como "fracaso terapéutico" exclusivamente a los psicólogos y psiquiatras, en el sentido que estos servían como agentes perturbadores que rompían y cuestionaban sus narrativas dominantes, y el consultante al cristalizar y limitar su historia de vida, no posibilitaba la entrada de nueva información que tuviese como fin generar aperturas hacia la co-construcción de versiones actualizadas frente al modo de comprender e interpretar dicha realidad.

Sumado a lo anterior, a partir de los relatos de Andrés, se observa la necesidad de elaborar comprensiones respecto al rol que ejercen los profesionales de la salud dentro de lo que se define como resistencia al cambio, dado que, los procesos interventivos eran abordados desde una mirada individualista, medicalizada y categorial, lo cual impactaba en el desarrollo del ejercicio terapéutico.

Por lo anterior, el consultante refiere un evento donde se siente altamente conmocionado por la devolución recibida por parte de un terapeuta al momento de conversar frente al diagnóstico y los motivos que lo llevan a consulta:

31-A Apéndice B, escenario 1 SAP: “me dijo... ¿Por qué ocupas espacio? ¿Por qué no te has matado? ...así esa simple frase fue la que me dejó como... pues sí, es

verdad, yo creo que cualquier persona ha pensado en el suicidio, pero nunca un psicólogo, psiquiatra, un psicoanalista...”

Sumado a los impedimentos observados frente a la adherencia al tratamiento, se revelaron nociones narrativas frente a los obstáculos y la falta de calidad y constancia percibida frente a la prestación de los servicios de salud mental y el cumplimiento de las políticas públicas que han sido decretadas con el fin de promover la integralidad de la atención en salud que fortalezca la respuesta de las instituciones de salud pública, siendo puntuados dichos servicios como deficientes.

Lo anterior, se explica en el sentido que el sistema consultante relata las dificultades que han presentado respecto al acceso a los servicios de salud mental y la intermitencia en la prestación del mismo, dado que no se le brinda al consultante un proceso terapéutico estable y continuo, en el sentido en que se hacen cambios constantes frente a los profesionales de salud que desarrollan las sesiones, conllevando a tener múltiples diagnósticos en cortos periodos de tiempo, lo que a su vez, refuerza las lecturas categóricas que configuró el sistema respecto a su dilema, y no promueven la apertura hacia concepciones que les permitan comprenderse más allá de lo patológico.

102-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “...veo un problema y es que él no tenga un médico estable, que siempre que va es un psiquiatra diferente, cada psiquiatra le da un diagnóstico diferente. Hubo en tiempo que incluso tenía cuatro diagnósticos al tiempo...”

De igual forma, el sistema consultante expresa relatos asociados a semánticas de frustración y desesperanza, al sentir cómo sus derechos son vulnerados en el sentido en que no se les garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud mental, dado que no se da cumplimiento a las terapias ordenadas y su periodicidad, impactando de manera negativa frente a la percepción

que tiene el sistema consultante respecto al apoyo institucional y estatal. Estas consideraciones dan cuenta de cómo los sistemas políticos y de salud ejercen un rol significativo respecto al mantenimiento de los relatos dominantes del sistema familiar asociados a la imposibilidad de cambio.

49-A Apéndice B, escenario 1 SAP: “cada que la E.P.S. me da la cita, es algo difícil... se supone que debo sacar una cada dos semanas, pero me la dan una cada mes o una cada dos meses entonces es complicado por ese lado...”.

En el marco de esta construcción, Cándida, respecto a los problemas con las instituciones de salud, refiere no sentir que cuenta con la estabilidad que su sistema en este momento requiere, en el sentido en que, sumado a que Andrés ha transitado por diversos profesionales de la salud, sin establecer un proceso de atención estable, de igual forma, no se ha contado con la vinculación del sistema familiar a los procesos interventivos, emergiendo relatos que hacen un llamado frente a que su voz también debería ser escuchada y el no lograr comprender el dilema por el cual siente que su hijo está atravesando, le impacta de manera significativa y a la vez le frustra y le duele, dado que no cuenta con una perspectiva clara respecto a cómo comprender y gestionarse con ello.

53-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “Yo la verdad del tema, pues, lo que nos han dicho y no es que allá en la clínica el psiquiatra se siente con uno a hablarle, explicarle, a decirle, sencillamente le dan una hoja a uno y le dicen lo que tiene es esto, pero no le explican a uno como familiar eso es así, esto se maneja así, no, para nada”.

Estas narrativas dan cuenta de las comprensiones semánticas en torno al proceso de cambio que tiene el sistema, donde al sentir que no pueden cumplirse las expectativas iniciales emergen nuevamente las sensaciones de frustración y desesperanza, haciendo que se mantenga la

narrativa dominante relacionada con la no posibilidad de gestión y cambio alrededor del trastorno.

Por otro lado, en el escenario desarrollado con los terapeutas se exploraron las historias frente los dominios comprensivos y explicativos de los procesos interventivos con sistemas consultantes que tienen un miembro diagnosticado con trastorno de personalidad.

Desde la mirada psicodinámica se comprende que el trastorno tiene una construcción estable en el tiempo, pero aclarando que esto no debe confundirse como una imposibilidad de cambio. Se reconoce de manera especial el principio movilizante que existe al momento de comprender el dilema, siendo el primer paso para la configuración de un cambio, el cual inicia con la integración y gestión de lo vivido por el sistema.

27-I Apéndice C, escenario terapeutas externos: “Bueno, yo particularmente tengo la posibilidad de trabajar mucho con trastornos de personalidad definidos de esta manera, eh, y los entiendo como una construcción estable en el tiempo, al final no invariable porque si fuera invariable no obtendría ningún sentido hacer ningún tipo de trabajo con ellos, pero sí mucho más difíciles de variar, más resistentes si se quiere... la comprensión es un factor fundamental en el tratamiento de este tipo de trastornos, es decir, entender cómo se estructura, si bien no es que lo resuelve, el saber cómo me pasó ya me hizo cambiarlo, me ayuda a entender y a aceptar un poco mi historia a entender cómo fue que lo configuré así, a entender qué funciones pudo tener para su momento, y eso contribuye muchísimo luego a los intentos de flexibilización de la persona frente a esos mismos patrones y a esas mismas estructuras que se construyeron”.

En un marco cognitivo-conductual se explora la importancia de los sistemas de pertenencia al momento de construir significados de la patología y a su vez configurar escenarios

de cambio, ya que comprende que las personas con un trastorno límite tienden a presentar una alta inconformidad al momento del abordaje terapéutico, esto desde el marco de la demanda constante del sistema que siente que el consultante tiene una intencionalidad en las pautas que generan malestar dentro del sistema. A partir de esto, refiere la marcada importancia de un trabajo dialógico y de integración de una tercera voz desde la co-terapia que ayuda a la gestión más efectiva de este tipo de casos.

39-E Apéndice C, escenario terapeutas externos: "... eh, se trabajan a nivel individual y se trabaja ya como tal con la familia de la persona, ¿cierto? Algo muy importante que pasa aquí es que muchos de los mantenedores o el mantenimiento de la condición... tiene que ver con la relación que tiene con las personas que están allí... entonces llega un momento en donde sí existe como... un desgaste también muchas veces cuando no hay un grupo terapéutico acompañando, la coterapia en estos procesos de, de personalidad son importantísimos... y sí es importante que el contexto comprenda lo que está sucediendo con estas personas, y no es como: hoy no se quiere levantar, no se quiere despertar no se quiere ni bañar, sí? Entonces el castigo, el tema represivo etc., etc., etc., sino que es la comprensión como tal de las circunstancias".

Lo anterior expone que los sistemas cuentan con unas expectativas específicas que esperan resolver dentro de los espacios terapéuticos, esto impacta de manera importante en la forma como ellos se sienten frente al mismo proceso interventivo. Es así que cuando el sistema consultante se siente frustrado en su expectativa se presenta una mirada desesperanzadora sobre el proceso en sí, llevando en ocasiones al no reconocimiento del cambio construido o la minimización del mismo.

Memoria

En lo que respecta a las memorias en la categoría de procesos interventivos operados desde la borrosidad, se observa la emergencia de relatos subdominantes que posibilitaron la resignificación de las experiencias narradas más allá de la patología, activando rutas dialógicas que evocaban versiones no compartidas de la historia vivida, con el fin de generar distinciones entre el diagnóstico como una parte y el sistema familiar, la vida y sus relaciones como un todo, reconociendo, de igual forma, el carácter ambiguo e incierto de los fenómenos humanos.

A partir de la voz del sistema familiar participante en los escenarios, emergieron narrativas que dieron cuenta de la posibilidad de entender al consultante con el trastorno de personalidad más allá de su diagnóstico, elaborando relatos que amplificaron las comprensiones respecto al rol familiar de Andrés, su identidad y sus recursos.

El relato de Cándida, generó memorias al reconocer los recursos disponibles en el sistema, y en especial en Andrés, los cuales propician el surgimiento de relatos alternos enfocados hacia una versión generativa y posibilitadora, que libera del entramado patológico como única forma de configurar la realidad; lo anterior, a partir de narrativas que dan cuenta de espacios en los cuales la cocina y la música se convierten en el puente de comunicación e interacción entre el sistema familiar, vislumbrando caminos posibles hacia la co-construcción del bienestar y a su vez, permite enriquecer las experiencias que resignifican la construcción identitaria como sistema y como individuos.

90-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Yo lo veo como... como una forma de, de dejar todo eso allá a un lado y estar conectado en otros diferentes, todo lo que tiene en su cabeza”.

92-C: Apéndice B, escenario 4 SAP: “Él además de cocinar otra salida que tiene es tocar guitarra”.

Por lo anterior y a partir del reconocimiento e identificación de la pauta que mantiene las narrativas dominantes, se elaboraron memorias por parte de Andrés que actualizaron el relato identitario, generando comprensiones sobre la diversidad de modos en que los sistemas humanos se comunican y se relacionan, y cómo el cocinar y el ser atento con los demás, ha favorecido el establecimiento de un medio de comunicación que ha construido como recurso que posibilita el expresar su estado emocional al sistema familiar, sumado a la tranquilidad que le brinda dicho espacio.

79-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “Para mí son de gran determinación porque digamos la comunicación es clave en cualquier tipo de relación sea familiar, sea de amigos, sea como sea, y si por mí fuera, yo le cocinaría a todo el que entrara a mi casa (Risas)”.

86-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “Pero sí, o sea, es como, como importante para mí, todos estos detallitos de comunicación hacia los demás, me siento muy, no sé muy tranquilo cuando estoy cocinando, me siento como en mí, en mi espacio, en mi zona”.

En adición, Andrés elabora memorias que dan cuenta del impacto que tiene en el sistema el diagnóstico clínico respecto a la comprensión de la pauta interaccional del consultante sobre el sistema, en el sentido en que los marcos de referencia normativos mediados por la cultura han permeado el modo en que la familia significa el modo de proceder de Andrés, considerando que cualquier gesto que se asimile como muy positivo o negativo es leído como exacerbación de la pauta problemática.

Dichos preceptos llevan a Andrés a configurar memorias que aducen la inexpresividad de él percibida por su familia al resultado de evitar que emerjan sentimientos de preocupación o malestar al haber elaborado relatos dominantes que asocian el modo que tiene Andrés para comunicarse como algo punitivo o que se aduce a una expresión propia de su cuadro sintomático y, por ende, no permitida.

169-A Apéndice B, escenario 2 SAP: Hay un detalle que ellos no saben, que es lo que te conté a ti el día de la recepción, y es que si me he vuelto muy inexpresivo es precisamente porque, porque no me dejan hablar, entonces...”

112-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “Sí, bastante, pero o sea yo siento que sí puedo comunicarme de muchas formas con mi familia, pero el problema es la interpretación que ellos tengan, o tienen en cuanto a lo que yo hago, y lo recuerdo por un caso porque un día fue una tía mía, eh a almorzar a la casa, yo llegué de jugar baloncesto, y pues yo estaba muy servicial, entonces yo eh les colaboré con el almuerzo, recogí los platos, bueno en fin, y ella se preocupó por ese comportamiento, entonces para mí fue una manera de comunicarme normal, bien, con mi familia, pero para ellos fue como: algo no está bien, algo está pasando, entonces si hago algo bien es un signo de alerta, y si hago algo mal como escribir algo, no sé, como te comentaba la sesión pasada, así sea un poema sobre la muerte que me llamó la atención, pero ni siquiera tengo la intención de suicidarme ni nada por el estilo, eso también es un signo de alerta, y es entendible o esa es totalmente entendible, pero, pero la interpretación que muchas veces tiene mi familia es, es delicada, entonces me hace como pensar muchas cosas al respecto, y es por eso que hay veces que me vuelvo hasta inexpresivo, por ese lado...”

Por su parte, el abordar los escenarios desde la borrosidad, posibilitó la apertura de espacios conversacionales, que transformaron la versión colectiva de cambio desde una perspectiva enfocada, entre otras, en la evitación del sufrimiento, evocando memorias que a partir de la resignificación de dicha experiencia como elemento que hace parte de la vida, movilizó al sistema hacia relatos que integran dicha realidad y co-construyen una historia que les permite actualizar las comprensiones semánticas del sufrimiento, significándolo como un elemento permitido, que está integrado en los mundos posibles, y por ende, las construcciones generativas y posibilitadoras no tienen como fin suprimirlo, sino por el contrario, buscan la identificación y el reconocimiento de los recursos que tiene el sistema para gestionarse y enfrentarse de manera dinámica ante dichos eventos.

219-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Extremo sí, ella me dice a mí: déjelo que trabaje, déjelo que se esfuerce, déjelo que haga por sí solo, pero yo también pienso que ella está viendo los puntos desde su propia expectativa que no lo haga sentir como él se siente, que no lo haga sentir como si fuera un discapacitado, ella quiere que él reaccione por sí solo y es como lo que estamos hablando, lo que él ahorita dice, que no lo haga sentir como un discapacitado”.

Dichas memorias dan cuenta de versiones que reconocen la contradicción del mensaje versus la acción, lo cual da apertura a una reconfiguración de la experiencia narrada, a través de la cual se reconoce el impacto negativo que ha tenido en el sistema la pauta de cuidado y protección de Cándida sobre Andrés, generando cuestionamientos dentro de la familia en torno a los procesos de autonomía e individuación de su hijo, el rol de madre y el impacto que esto ha tenido en el mantenimiento de la pauta conflictiva.

162-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Yo a veces pienso que yo fallo mucho en eso, en que yo le trato de solucionar a él todo y no lo dejo que él haga por su cuenta cosas...”

Operar los procesos interventivos bajo reglas borrosas permitió activar rutas dialógicas que favorecieron la evocación de memorias que movilizaron al sistema consultante hacia nuevas versiones del dilema, generando distinciones entre lo patológico como una parte y el sistema familiar como un todo, lo anterior, a partir de relatos que perturbaron las narrativas dominantes respecto a las construcciones identitarias que se rigidizaron desde una postura deficitaria, posibilitando ampliar las comprensiones que tiene cada miembro del sistema respecto a los otros, desde una mirada generativa y posibilitadora, que favoreció la elaboración de procesos reflexivos a través de los cuales los miembros del sistema construyen, bajo modelos flexibles, una nueva forma de narrarse a sí mismo.

209-A Apéndice B, escenario 2 SAP: “Eh, sí los veía como afectivos conmigo, pero la forma en que se expresaron sobre mí y todo eso me hace pensar muchas cosas bonitas, entonces eh, lo que mi mamá decía ahorita: en estos momentos yo puedo salir de acá súper motivado, pues pensando en todo lo que pasó en la sesión, pero en el transcurso de un día tal vez esa motivación se agote, entonces no quiero que eso suceda...”

Dichos procesos creativos y de innovación del sistema se ven atravesados por un marcado relato dominante, asociado a semánticas de control y predicción, el cual cumple la función de ubicar al sistema en su estado inicial, sin embargo, los cambios que han venido desarrollando como familia respecto a elaborar comprensiones complejas y borrosas de su realidad, favoreció el modo en el que el sistema interpreta dicho llamado a lo estático y el no cambio, siendo explicado esto en el momento en que los miembros de la familia se cuestionan frente a

soluciones intentadas fallidas que anteriormente eran consideraras como válidas, esto explicado en términos de las conexiones que ha generado el sistema respecto a la comprensión de su dilema y su aplicabilidad a futuro y la motivación respecto al cambio, siendo esto una postura que les convoca a generar diálogos comprensivos respecto al reconocimiento del carácter incierto, impreciso y dinámico de la vida.

Dentro de las comprensiones asociadas a las memorias que surgieron en los escenarios, al conectar las experiencias vividas con los acontecimientos narrados en las historias, los participantes plantearon cuestionamientos que confrontan el abordaje y desarrollo de procesos interventivos bivalentes que centran sus intervenciones en el cuadro diagnóstico y limitan la redefinición del problema a través de lecturas individuales y categóricas. Sin embargo, se rescata la importancia de este lenguaje para el manejo interinstitucional y el desarrollo de procesos articulados con las instituciones que están inmersas en el sistema consultante.

El relato de la psicóloga cognitivo-conductual generó memorias al replantear el rol que ejerce el diagnóstico dentro de los sistemas consultantes, permitiendo de esta manera reconocer la función del diagnóstico como eje articulador en el diálogo interdisciplinar e interinstitucional, que promueve el desarrollo de procesos integradores, reconociendo que más allá de un individuo, los sistemas humanos son seres inmersos en una naturaleza social y política, y al hablar de intervenciones no solo se deben conversar desde los escenarios de consulta clínica, sino se deben generar diálogos recursivos entre las diversas instituciones a través de las cuales están inmersos los sistemas consultantes, elaborando comprensiones ecológicas y contextuales de su realidad.

18-E Apéndice C, Escenario terapeutas externos: "... el diagnóstico como tal, muchas veces el diagnóstico nos sirve digamos para, para una eh, digamos para un tema un poco más de comunicación entre colegas o entre profesionales de la salud,

profesionales de la salud mental, pero pues muchas veces este rótulo, esta etiqueta se... pues para el paciente no tiene una función directa”.

Sin embargo, dichas construcciones para los consultantes tienden a no ser posibilitadoras de cambio, dado que en la búsqueda constante de información que dé sentido a su condición, puede llegarse a presentar autodiagnósticos. Se resalta la importancia del reconocimiento del problema y cómo esto se convierte en un proceso de resignificación e integración de límites que permite a los sistemas delimitar el cambio.

21-E Apéndice C, Escenario terapeutas externos: “... seguimos como en ese modelo biomédico de los digamos del tema especiales si vieron las guías clínicas en este instante a nivel de ministerio de salud, secretaría de salud, las guías clínicas para todo tienen un modelo completamente biomédico aunque en papel del modelo de salud no sale del modelo distinto social... de hecho la gente... ya vienen muchas veces hasta diagnosticados propiamente, entonces yo tengo trastorno de ansiedad con síntomas psicóticos porque yo lo encontré en un, en un yahoo respuestas, y llegan ellos ya diagnosticados por sí solos, cierto? Cuando llega una situación sobre para qué me sirve de pronto o por qué yo estoy reaccionando dentro de una situación de una manera equis o y, para qué me sirve eso o por qué me está sucediendo eso, algo que sí me pasa es como esa parte no solamente descriptiva sino lo explicativo, que tiene que ver no solamente con el síntoma descriptivo: “tiene síntomas”, sino la explicación de eso en términos de la función que tiene todo eso”.

Desde una mirada psicodinámica se reconoce la posibilidad de resignificación que existe en los sistemas consultantes, y el cómo esta está mediada por la danza terapéutica y el proceso de apoyo en la aceptación e integración de la historia vivida, esto desde una mirada dialógica que

permite elaborar nuevas comprensiones de la naturaleza cambiante de la realidad donde se enmarca el dilema.

40-I Apéndice C, escenario terapeutas externos: "...trabaja muchísimo con todo el tema de habilidades interpersonales en donde está pues la tolerancia al malestar emocional, la regulación emocional, y todo el tema del proceso de aceptación, si bien digamos que se trabaja lo de dialéctico, sí? Que no es hablar de algo como, como pasar de un lado a otro extremo, sino que nosotros estamos hablando de que en términos intermedios el punto también hace parte de eso, sino que yo siento el malestar y muchas veces el hecho de que no pueda cambiar una realidad o no pueda cambiar un momento específico no quiere decir que yo no pueda cumplir con esa realidad y que la realidad digamos que tiene un función especial y es que naturalmente cambia, sí, o sea y la diferencia de tú como terapeuta tienes los elementos...para mostrarle una experiencia reconstitutiva porque entiendes cómo ha estado experimentando algo, es decir, como paciente como terapeuta probablemente una de tus primeras funciones es brindar aceptación donde no la ha habido, es brindar contención donde no la ha habido, es brindar límites donde no los ha habido, es decir, se experimenta la psicoterapia como... una experiencia reparadora, como una nueva posibilidad de construir lazos distintos a como hemos venido construyéndolos antes...".

Al respecto, la psicóloga sistémica expone una narrativa que da cuenta de la necesidad de comprender el dilema más desde una postura posibilitadora y no desde discursos deficitarios, siendo esta resignificación un cambio mínimo que se convierte en una herramienta que permite al sistema romper la narrativa rígida y poder movilizarse hacia una nueva realidad.

42-MF Apéndice C, Escenario terapeutas externos: “Finalmente pues el diagnóstico para mí es abordar una realidad desde los recursos que no solamente desde los déficit, sino reconocer los recursos me parece esencial, develar también la pauta relacional que sostiene la, el síntoma me parece que es esencial y el sentido de esa pauta relacional también, desde allí hay que reconocer la estética, el estilo relacional del sistema que se está trabajando, porque pues uno a veces pretende hacer cambios estructurales profundos y a veces basta como algunos cambios que dinamizan el proceso y con el tiempo pueden ir construyendo, como generar una bola de nieve que transforma el sistema sin abordar tanto... pero en últimas también parte de definir el problema con el sistema del consultante, redefinirlo de una manera útil y posible al cambio, ese es un punto de partida esencial para el abordaje de digamos llamémoslo familias multiproblemáticas, que develan ese tipo de patologías más cristalizadas...”

A partir de las comprensiones emergentes en torno a las pautas prototípicas del sistema, se abordan relatos que actualizan la paraconsistencia en la narrativa familiar, dado que dentro de las narrativas dominantes se elaboraban mandatos asociados a darle autonomía al consultante frente a la gestión de su vida, pero, a su vez, se contradecían en la pragmática de la sobreprotección. Esta pauta impacta en la manera como el sistema puede elaborar sus comprensiones sobre el cambio y los actores principales que movilizan herramientas de gestión con el dilema.

Relatos alternos

En relación con los relatos alternos acerca de los procesos interventivos organizados desde la borrosidad, en las voces de los sistemas participantes, en general se destacaron la emergencia de relatos que dan cuenta de la co-construcción de una tercera historia, a través de la

cual el sistema consultante se abre hacia nuevas formas de comprender la realidad, deconstruyendo las fronteras que habían posicionado al sistema desde una postura rígida e inflexible en torno a las construcciones semánticas asociadas al diagnóstico de trastorno de personalidad de Andrés, amplificando el sistema propio de significados que les permitió actualizar el modo como comprenden, narran y se gestionan con la experiencia vivida, transitando de un pensamiento categorial y centrado en certidumbres, hacia el desarrollo de consensos dinámicos que integran las construcciones subjetivas frente al modo como cada uno de los miembros del sistema percibe y se gestiona con la realidad.

En consecuencia, los integrantes del sistema familiar elaboraron relatos que dieron cuenta del cambio en el modo como configuran y comprenden la vida, actualizando el rol y la potencia que tenía el diagnóstico frente a sus esquemas de significados, generando aperturas por parte de Cándida y Juan Camilo frente a la posibilidad de entender la realidad del otro, que, si bien desde una postura normativa y lineal dicha realidad había sido censurada y puntuada desde lo punitivo, operar el sistema familiar desde reglas borrosas favoreció el desarrollo de procesos reflexivos que desmitificaron la necesidad de buscar que el comportamiento responda de una manera específica y predecible.

9-A Apéndice B, escenario 3 SAP: “Es diferente, porque antes digamos que no se sentía eso, antes era como... como que, ah bueno Andrés tiene tal cosa, o siente tal cosa, pero no... ellos no, como que no se ponían en mis zapatos, entonces desde la vez que vinieron, ya es como diferente, es la primera vez que asistimos los 3, como a una sesión, a una terapia, entonces siento que para todos fue como de gran ayuda eso...”

170-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Tengo que entender yo su mundo”.

Por parte de Cándida, ante la perturbación de los mitos y creencias que tenía asociados a su rol de madre, la consultante actualizó el modo como se posiciona frente a la construcción de la experiencia de cambio, favoreciendo el desarrollo de los procesos de autonomía e individuación de Andrés, a través del reconocimiento de los recursos personales de cada miembro del sistema, desligándose de la pauta dependiente y rígida madre-hijo, la cual había sido un obstáculo frente a la emergencia de nuevas formas de orden dentro del sistema, comprendiendo lo incierto y caótico como parte de la vida y del cambio.

121-C Apéndice B, escenario 4 SAP: "... yo he soltado un poco, yo siento que yo he soltado un poco todo eso que yo antes vivía vigilando, hasta me levantaba de noche, abría la puerta, miraba de todo, ya no, yo siento que ya no es necesario, lo siento así no sé, y no vivo pendiente de que qué hizo, qué está escribiendo, qué está diciendo, es más, él sale con sus amigos y yo antes lo llamaba hasta 10 veces en la noche, ya no, pues él tiene su espacio, tiene que divertirse, tiene... ya eso como que no".

Activar rutas dialógicas operadas desde la borrosidad, dio apertura a la posibilidad de co-construir una comprensión polivalente de la realidad, que trascendió la diada salud-enfermedad, a través de lo cual, Andrés desarrolló un proceso de aprendizaje donde su potencial creativo y sus recursos lo movilizaron hacia nuevas versiones flexibles de su realidad, elaborando perspectivas vitales futuras, que trascienden el entramado patológico y le permiten pensarse desde la curiosidad, reconociendo el carácter humano, incierto y posible de la vida.

58-A Apéndice B, escenario 6 SAP: "Eh, había algo que decía, eh, me hizo acordar mucho esto porque decía que las personas ya tenían una esquizofrenia bastante marcada, había un señor que tenía esquizofrenia como desde los 30 años y él tenía 58 o sea ya era una etapa muy avanzada, y él decía que tenía la identidad borrosa, entonces yo

me acordé de cuando empecé el tratamiento que decía el dilema de la lógica borrosa algo así, y yo ahí de una como que conecte con eso y entendía mas o menos porque decía cosas como que a los niños por ejemplo eh, si la mamá empieza a actuar de una manera diferente y les empieza a llamar por otro nombre ellos tienen como un choque emocional, y es, o sea, me ha llamado mucho la atención con eso, el tema de la identidad y con todo eso.”

De igual forma, desde la voz de Andrés emergen relatos que actualizan las pautas de interacción en torno a la presencia del cuadro sintomático, dado que, las dificultades de comunicación habían posicionado al sistema familiar desde semánticas de intranquilidad y constante anticipación a posibles situaciones problemáticas asociadas a lo patológico, lo cual no favorecía la libre gestión de la vida y limitaba los modos de relación, en el sentido en que Andrés, al percibir dichas sensaciones, prefería distanciarse de su sistema familiar, siendo a su vez puntuado por este como inexpresivo y distante.

Por lo anterior, el desarrollo de los escenarios posibilitó la emergencia de relatos alternos que, si bien favoreció en que la familia se narrara más allá de comprensiones patológicas, el sistema hace un reconocimiento de dicho diagnóstico como un elemento que ya no es el todo, pero que a su vez hace parte de su realidad, generando que los miembros se movilicen hacia la búsqueda de recursos y mecanismos con los cuales se pueden gestionar ante la presencia de un síntoma propio del trastorno de personalidad.

150-A Apéndice B, escenario 3 SAP: “... hablar con mi familia, decirles, comentarles la situación, que, aunque ya lo he intentado, pues es difícil, pero siento que dialogando se puede solucionar, o se pueden mejorar las cosas”.

13-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “Bien, nuestra relación ha sido más fuerte y siempre que pasa algo, siempre que hay alguna cosa, o siempre que me ve como bajoneado por decirlo así, él (hermano) de una vez me dice, acuérdesse lo que dijo el terapeuta: debemos comunicarnos, debemos ser asertivos, debemos estar ahí pendientes, entonces siempre me dice eso, entonces él está ahí como muy consiente de todo eso y me parece muy bien la verdad”.

A partir de la co-construcción de esta tercera historia como familia, el sistema generó nuevas formas de relación, a través del reconocimiento del otro en la interacción, desde su rol, su identidad, sus emociones y necesidades, evocando consigo la emergencia de relatos alternos que favorecieron la reconfiguración de la dinámica relacional, la cual deconstruyó la narrativa dominante en torno a la lectura unidireccional presentada por el sistema familiar, asociando el trastorno de personalidad como variable principal, sobre la cual los otros miembros basaban la lectura del bienestar propio, por lo que dichas emergencias favorecieron la redefinición del rol individual, familiar y social de cada miembro, ajustando las expectativas desde un contexto en el cual se integran las percepciones y emociones, no solo de Andrés, sino de Cándida y Juan Camilo, construyendo espacios empáticos y movilizantes.

71-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Pues no sé yo, la verdad no sé, no sé, yo quisiera tantas cosas y ver tantas cosas pero no sé cómo, cómo decirlo, cómo expresarlo, pero si además de la unión que dice él pues sí hay un poquito más de como de la conversación, sí, entre, nosotros dos generalmente almorzamos juntos, y en esa hora del almuerzo pues siempre hablamos un poquito más, no solamente de su, de sus problemas, sino de los proyectos hacia adelante, de lo que queremos hacer”.

El sistema refiere, de igual forma, construcciones diferenciales sobre los espacios de terapia, entendiendo que el poder asistir de manera constante a un proceso le es altamente posibilitador; adicionalmente, tienden a referir el cómo traen las voces dialógicas en sesión cuando sienten que algo debe ser ajustado en su pauta, o ante la presencia del dilema:

17-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “Mi mamá ha sentido un cambio bastante positivo, bueno los tres sentimos un cambio bastante positivo, fueron 4 sesiones que fueron así seguidas, entonces fueron eh positivas, ehm, con mi mamá estábamos hablando de que ojalá pudiera seguir así siempre porque el cambio se nota, o sea se nota muchísimo cuando, digamos, una persona en el estado en que estoy yo tiene terapias o no las tiene, se nota muchísimo la diferencia. Y ya, ellos o sea, ellos dos siempre están como, digamos pasa algo, y acuérdesse de lo que dijo el terapeuta tal cosa, acuérdesse de lo que dijo Helvy tal cosa, entonces es interesante por ese lado”.

Se exploran las comprensiones actualizadas que tienen los terapeutas invitados sobre el cómo una mirada polivalente sobre el dilema puede ser una base para movilizar el cambio, permitiendo una reconfiguración de las narrativas que dan cuenta de la experiencia vivida con el dilema y que han fundamentado los intentos de solución realizados por los sistemas.

La aceptación es reconocida como una herramienta altamente posibilitadora en los procesos de reinterpretación del dilema, para la terapeuta cognitivo-conductual cuando se reconoce y acepta los límites que tiene al momento de consolidar las expectativas de cambio de la realidad, las personas pueden reinterpretar su experiencia con el dilema, lo cual es puntuado en sí mismo como un primer paso para el cambio.

39-E Apéndice C, escenario terapeutas externos: “...yo siento el malestar y muchas veces el hecho de que no pueda cambiar una realidad o no pueda cambiar un

momento específico no quiere decir que yo no pueda cumplir con esa realidad y que la realidad digamos que tiene un función especial y es que naturalmente cambia...el hecho de que uno...puede empezar digamos por aceptación de ciertas cosas empieza a hablarse de cambio, y cuando se habla de aceptación no se habla de... resignación... hablamos un poco más de una aceptación radical en torno a, hay situaciones que yo no puedo cambiar pero que entonces puedo empezar a verlas y entonces las reinterpreto ¿cierto? De una manera distinta...”

Una mirada reflexiva desde el modelo sistémico hace un llamado a la importancia de la función que tiene la danza terapéutica en la forma como se moviliza el cambio, siendo la relación dialógica en consulta un elemento que debe ser tenido en cuenta desde todos los modelos. Esta construcción dialógica en sesión permite el abordaje y comprensión de los sistemas de creencias y la manera como estos se organizan para mantener la pauta; la forma como se aborda el caso no siempre depende del modelo teórico de formación, sino que responde más a la sensibilidad que pueda desarrollar el terapeuta al momento de la intervención.

42-MF Apéndice C, Escenario terapeutas externos: “el abordaje de sistemas de creencias también es importante, que es esencial ese sistema de creencias que hacen parte de la construcción de la dinámica de sostenimiento, pero por supuesto coincido también contigo y contigo (señalando a los otros terapeutas invitados) en que el terapeuta cumple una función reparativa relacional significativa en el vínculo afectivo en la posibilidad de generar experiencias vitales diferenciales, que nutren la posibilidad del cambio y del reconocimiento como individuo desde las relaciones y desde pues la diferencia, y eso por supuesto creo que es esencial a cualquier modelo terapéutico, que creo que es lo que han

encontrado, a veces no es tanto el modelo terapéutico sino el terapeuta, que creo que eso sí es esencial entonces, creo que es un poco lo que...”

En torno al poder que tiene la aproximación narrativa en las intervenciones, refiere “E” que en terapias contemporáneas cognitivas tiende a ser un foco importante, resonando con el discurso sistémico donde la posibilidad de construir nuevos significados aporta a la consolidación del cambio. Esta lectura dialógica hace también un llamado a la necesidad de trabajo de colegaje, ya que la apertura de estos espacios amplía la mirada que se tiene en terapia, siendo una forma que permite la actualización de comprensiones sobre el proceso interventivo y el contexto.

49-E Apéndice C, escenario terapeutas externos: “yo quería como comentar cuando tú hablabas de lo narrativo, en lo cognitivo en las terapias contemporáneas cognitivas, la narrativa es uno de los focos importantísimos para nosotros, y considero que tiene muchísimo que ver eso que tú hablas de la resignificación de, de todo ese proceso que hace la persona en torno a, cómo se ve, y a cómo ve el mundo y cómo ve a los otros que están con él o con ella en esa, en ese proceso”.

70-E Apéndice C, escenario terapeutas externos: “como terapeutas no estamos acostumbrados a trabajar en equipo, yo creo que una de las estrategias primordiales para futuras intervenciones, las intervenciones que tienen como mayor posibilidad de funcionar tiene que ver directamente con ese proceso como al colegaje, a dar esa posibilidad de la coterapia, a esa posibilidad también de hacer procesos eh, de discusión no solamente del, digamos de yo con yo aquí sola mirando cómo me va, sino que necesito algunas veces una visión de otros terapeutas ... tiene muchísimo que ver con el contexto algunas veces; entonces yo sí creo que es muy importante como revisar y de pronto no

llevarnos todo el tema de la adopción directamente de las intervenciones, sino de adaptar intervenciones dependiendo del contexto en el que estamos, entonces adaptar, algunas cosas me parece que es como de vital importancia, darle como un sentido a lo cultural al contexto en el que nosotros nos desenvolvemos”.

Este llamado a una mirada multidimensional al momento de abordar los dilemas humanos es también referida por la mirada sistémica de MF, indica las dificultades puntuales que tienen el ver un dilema desde una plantilla estándar de lectura e intervención, ya que esto tiende a ser limitante al momento de poder implementar procesos terapéuticos que reconozcan la mirada compleja sobre el dilema, y a su vez poder movilizar cambios desde posturas nuevas que son resultado de estos espacios dialógicos entre profesionales.

71-MF Apéndice C, escenario terapeutas externos: “... fantástico como estamos aquí de diferentes modelos porque no necesariamente tiene que ser el mismo modelo de abordaje, y en eso eh, la multidimensionalidad del abordaje del caso, de la situación y de la individualización y de la particularidad del caso también, que tú señalabas, independiente de que, no estandarizar, fórmulas generalizadas de intervención... Sino que reconozca la particularidad de ese sistema, pero también de la multidimensionalidad de lo que tú llamabas el dilema, el problema, la situación que estamos abordando en psicoterapia, por supuesto la mirada interdisciplinar que conozco me parece esencial y en eso también estamos crudos... pero también creo que es importante desde allí la postura epistemológica en la que te paras, esto debe ser absolutamente claro, la formación de los psicólogos está neutra desde esa perspectiva epistemológica, y desde allí entonces nos volvemos técnicos y aplicamos técnicas y no una mirada profesional, comprensiva integradora, congruente exactamente, entonces eso aparte de epistemológico me parece

esencial, eh bueno creería que, que, allí están por supuesto tú, lo que se dijo desde la postura y el estilo del terapeuta esencial y eso es común a cualquier modelo...”

En general, cuando el sistema logra construir una mirada borrosa de lo vivido frente al diagnóstico y las herramientas intentadas para la gestión del cambio, se logra la apertura a relatos alternos que gatillen nuevas formas de organización del sistema frente a lo patológico. Esto también ayuda a comprender de manera diferente los procesos interventivos, actualizando las expectativas de cambio y las miradas sobre la diada salud-enfermedad.

El cambio como co-evolución y novedad adaptativa para la construcción de mundos posibles.

Se define este concepto metodológico a partir de los postulados de Gell-Mann, 1994 y Holland (1995, citado por Martínez, 2011), quienes abordan el concepto de sistemas complejos adaptativos (SCA), comprendidos como la capacidad que tienen los sistemas consultantes para descomponerse, combinarse y construir nuevas formas de relación, que activen el potencial creativo y recursivo del sistema, generando una transición de fase que ayuda al sistema a movilizarse hacia el adyacente posible que favorece los procesos de coevolución y adaptación, permitiendo la producción de mundos posibles.

Historia

En esta categoría de la presente investigación-intervención las historias hacen referencia a las narrativas dominantes que tiene el sistema familiar sobre los procesos de cambio, haciendo presente la construcción rígida que existe alrededor del protagonista y los elementos que deben movilizarse dentro del sistema para que sea reconocido el proceso autoorganizativo como un gestor de cambio respecto al dilema.

Al respecto, el sistema en esta historia expone nuevamente las comprensiones que tienen alrededor de la posibilidad de cambio dentro del dilema, esto desde la capacidad que perciben tiene el consultante de gestionarse solo, aunque emerge nuevamente la sensación de frustración al proyectarse con las posibilidades de cambio y las expectativas específicas que tiene la familia frente a lo que consideran debe transformarse para dar cuenta de la evolución en el consultante, siendo estas expectativas altamente específicas, y mantienen la narrativa dominante donde el sujeto de cambio debe ser solamente el consultante:

75-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Sí puede ser, y no solamente decir, como: yo no sé, hacer tantas cosas que yo quisiera, como romper esa cadena que hay que se desate todo esto, y como dijo Juan Camilo en la terapia: que se acabe ya todo esto, entonces es como eso, yo quisiera como, como poder inyectarle a mi hijo un poquito, así fuera de mi ánimo para que él también se anime un poquito, ese tipo de cosas así, es lo que yo quisiera como hacer, yo quisiera como poder hacer más por ellos, pero también hay veces siento que yo tengo que dejar que él haga sus cosas, su vida, y no yo siempre estar ahí y alcanzarle todo y tenerle, como solucionarle las cosas, sí? Porque pues sí pienso que también le hago daño con eso y que no está bien”.

98-C Apéndice B, escenario 4 SAP: Sí, incluso cuando ya él, aunque ya hace ratito no lo hacemos, cuando él se sentía así muy mal yo paraba de trabajar y salíamos a caminar, solo a caminar, dábamos una vuelta, volvíamos a la casa y ya así.

El sistema dialoga sobre pautas que tiene el consultante y que son diferentes a las historias relacionadas con los síntomas, refieren estos escenarios de gestión que se caracterizan por ser disruptivos a los discursos deficitarios presentados como narrativa dominante sobre lo patológico. Pero refieren estas historias desde una postura invalidante, ya que no lo reconocen

como relatos posibilitadores, dado que no hacen parte de las construcciones semánticas que tienen sobre lo que consideran debe transformarse para dar cuenta de un avance en su dilema, volviendo a la expectativa inicial de cambio desde la demanda de ayuda:

166-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “sí, puede leer, puede escribir, puede tocar su guitarra, puede tener tiempo, es más, ahorita estábamos pensando en que se meta al gimnasio, y haga en las mañanas deporte porque también me dijeron entre todas las cosas y la dieta, mucho ejercicio, que mantenga ocupado, pero a mí me gustaría más que gimnasio que hiciera un deporte, pero no solo tres veces a la semana, sino más tiempo, porque pues pienso que hay otros deportes” ().

176-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Me ayudaba, esa alegría con que él salía a trabajar, él era feliz cuando se iba para su trabajo, y verlo ahora tan apagado, tan quieto, para mí es duro”.

Por su parte, el consultante refiere que tiene clara una intencionalidad de movilizar su propio cambio, siendo esta intencionalidad isomórfica a las expectativas que tiene el sistema sobre quién y qué debe cambiar, especialmente con las construcciones semánticas que tienen sobre cómo debería vivir y querer avanzar. Pero el sistema también reconoce que le preocupan las voces invalidantes que emergen en las alucinaciones, siendo estas las que no le llevan a poder movilizar o sostener un cambio frente a su condición, ya que al elaborarlo desde la expectativa de eliminación del síntoma tiende a frustrarse:

27-A Apéndice B, escenario 4 SAP: "...yo quisiera como darles a entender a ellos que aunque yo quiero de forma sincera eh, saber progresar diferente con mi vida y todo eso y tener como la actitud diferente en cuanto a lo que es mi existencia y todo eso, hay ciertos aspectos que no me dejan, como quisiera un nuevo proyecto, no no quieres

empezar nada, entonces existe esa vocecita que me dice: no, es que usted no va a hacer nada, usted se va a quedar quieto, usted no va a hacer absolutamente nada con su vida, y son ese tipo de cosas que, que no me dejan como conectarme más allá con mi familia”.

Se confronta sobre la voz de su sistema que tiende a reconocer que la condición del consultante es altamente crítica y que requiere contar con un cambio importante por parte de él para que la familia sienta un avance en la condición del trastorno. Esta necesidad de cambio sigue siendo mediada por las construcciones semánticas desde la eliminación del síntoma desde el “paciente identificado”:

75-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “Una balanza, como que Andrés no tiene una estabilidad, o yo lo veo a él como una línea así imaginaria, plano, no hay emociones, no hay nada, la emoción que él más, es así, como usted lo ve, así”.

185-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “A mí me gustaría mucho que le trabajaran sobre todo a Andrés lo de las voces, o sea, no hay un sistema de que de pronto si él escucha esas voces pero que él interiormente diga no, mi voz es más fuerte, yo puedo más, no sé”.

41-A Apéndice B, escenario 5 SAP: “Es duro, es duro porque viniendo de una persona 10 años menor que yo he visto crecer, y que él me diga: no eso no debe ser así, eso es difícil, entonces siempre trato de reprogramar nuevamente todo lo que él me dice, todo lo que, lo que él me aconseja y todo eso entonces es otra forma como de ver las cosas”.

El sistema refiere una solución intentada por parte del consultante que enlazan con las narrativas dominantes deficitarias, donde siente que esta puede ser negativa para su proceso de cambio. Tienen una construcción rígida sobre la intencionalidad de comprensión de las

alucinaciones por parte de Andrés, pensando que esto en lugar de ser una herramienta posibilitadora es un intento autoorganizativo que no le permite gestionarse hacia el cambio. Lo anterior, lo basan en la experiencia vivida con la necesidad de información sobre el suicidio, poniendo las dos situaciones en un mismo nivel, llegando a generar una alta incertidumbre en el sistema:

129-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Y hay cosas que yo no sé si estoy buscando soluciones o qué, ayer llevó un libro de las alucinaciones, entonces no sé qué tanto (Andrés muestra el libro y dice “aquí lo traigo”), qué tanto, es que o sea yo le miraba mucho que libros , que él, eh lee y eso porque al principio cuando él hacía sus intentos, él era como esa obsesión acerca del suicidio, y él lo investigaba por internet, buscaba libros, él hacía todo lo que pudiera hacer acerca del suicidio, entonces yo no sé qué tan... porque para ese tiempo eso que él leía era pésimo, no sé esto qué tan bueno sea”.

133-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Yo le decía a él: hijo tienes un morbo, es un morbo acerca del suicidio, o sea él no lo hacía para comprender y no hacerlo, sino era como la forma más fácil de hacerlo, cómo le dolía, cómo no le dolía, cómo era más rápido, como era más...”

Los sistemas participantes que integraron los escenarios construyeron narrativamente el cambio desde posturas unidireccionales y causales, en las cuales se abordan relatos dominantes que atribuían la etiología y mantenimiento de los dilemas a factores biológicos e individuales del consultante sintomático, estableciendo una pauta interaccional estática e inflexible que no permite actualizar las experiencias vividas hacia la co-construcción de relatos contextuales y ecológicos.

En concordancia con lo anterior, la terapeuta cognitivo-conductual, connota la importancia de desarrollar procesos interventivos que planteen como unidad de análisis las narrativas, más allá de las demandas iniciales de ayuda, en el sentido en que a través del lenguaje se configura los procesos relaciones y conversacionales a través de los cuales se posibilita la generación y significación de los dilemas y el modo de gestionarse frente a ellos, rompiendo las narrativas deficitarias iniciales:

26-MF Apéndice C, escenario terapeutas externos: "... en una temprana edad tiene un impacto en la forma en que me construyo, narrativamente, poder pasar ya de una narrativamente de quién soy yo y cuáles son mis historias dominantes o significativas principales y que a autocumplirlas, a actualizarlas en el presente y hacia el futuro, entonces digamos que eso configura la, la perspectiva de personalidad y patología de personalidad eh, y a nivel pues la posibilidad precisamente de actualización y de transformación..."

Por su parte, el terapeuta psicodinámico expone la importancia de establecer objetivos terapéuticos y procesos de cambio que respondan pragmáticamente al desarrollo de procesos en el marco de cambio posibles, que den cuenta de la realidad de los sistemas consultantes y las alternativas que tienen como familia para la elaboración de historia posibilitadoras, que reconfiguren los relatos dominantes, con base en el potencial creativo y los recursos propios del sistema, reconociendo la incertidumbre del cambio;

40-I Apéndice C, escenario terapeutas externos: "... experimentan frustración, entonces ayudarles a la frustración por un lado y darle elementos para manejarla de una manera más llevadera para que si antes era terrible ahora simplemente sea molesto, incómodo, indeseable pero no tan... (hablan al tiempo), exactamente ayudarle a bajar esa

percepción que además también es narrativa, porque como se dice es como se vive, así se experimenta tal cual la narran...”

Adicionalmente, la terapeuta sistémica establece a partir de su experiencia la importancia de una definición inicial del dilema que tenga como base una redefinición adecuada de la situación problemática que los convoca a sesión, elaborando nuevas comprensiones que tengan como finalidad el bienestar del sistema consultante, pero que a su vez tenga presente las limitaciones y alcances que pueden existir en los procesos interventivos. Es por lo anterior, que esta lectura toma a consideración la pauta isomórfica que podría emerger al momento de definir el punto de cambio con los sistemas:

44-MF Apéndice C, escenario terapeutas externos: Para mí tiene que ver por supuesto con la definición que se ha hecho inicialmente del problema, si se ha definido adecuadamente el problema debe quedar claro también los objetivos terapéuticos a lograr; que el alcance de esos objetivos terapéuticos, está por supuesto el, el bienestar el avance, sí, no estamos hablando de un bienestar absoluto total pero sí en los logros de avance del bienestar...”

Desde el punto de vista del terapeuta psicodinámico emerge una historia que da cuenta de la narrativa dominante relacionada con la posibilidad de cambio, aquí invita a tener especial cuidado con relatos por parte del sistema que den cuenta de procesos autoorganizativos emergentes, ya que pueden ser relatos en que los consultantes no refieren en realidad un cambio y hace una invitación a triangular la información mediante pruebas previas a la intervención y posteriores para contrastar dichos cambios:

52-I Apéndice C, Escenario terapeutas externos: “...uno debería desconfiar un poco de los reportes de mejoría, o sea, las personas a veces se quieren sentir mejor y

hablan de mejorías y son experiencias subjetivas de la mejoría de todos modos, yo utilizo un recurso que son las pruebas pre y post”.

De manera general, las narrativas dominantes están centradas en puntuar el cambio desde una respuesta a la demanda de ayuda inicial, es decir, la eliminación del síntoma, siendo esta comprensión semántica el filtro a través del cual se valoran y reconocen procesos autoorganizativos dentro del sistema. Es así, que la familia construye de manera isomórfica al diagnóstico su necesidad de cambio, siendo esta una mirada rígida a través de la cual tienden a invisibilizar narrativas que hacen presentes procesos co-evolutivos emergentes, los cuales dan cuenta de una nueva forma de comprensión y gestión frente al dilema.

Memoria

En lo que respecta a las memorias emergentes en los escenarios de investigación-intervención, se rastrean narrativas que hacen presente soluciones intentadas que no responden a una construcción isomórfica frente a los relatos dominantes, los cuales dan cuenta de la necesidad de la eliminación del síntoma. Estas memorias permiten actualizar comprensiones sobre lo patológico y ayudan al sistema a integrar de una manera más flexible miradas actualizadas de lo que definen como marcador de cambio.

El sistema expone una memoria donde da a conocer confrontaciones que han emergido frente a las estrategias implementadas, preguntándose sobre la efectividad y el impacto de estas. Evocan comprensiones actualizadas donde se invita a miembros de la familia a tener una nueva mirada de su realidad más allá de la patología, integrándola desde una pauta más dinámica, permitiendo a su vez aperturas para la movilización del cambio:

129-C Apéndice B, escenario 2 SAP: “Yo incluso veo que a veces ha tenido también... porque como sabe que hay una tía que es mi hermana, que le quiere alcanzarle todo, quiere tenerle todo, yo he hablado con ella y le digo que no es así porque él puede que tenga un problema pero él no está discapacitado, él toca dejarlo que haga su vida normal porque lo único que a mí me han dicho los psicólogos y psiquiatras es: puede que él tenga un problema, pero él puede hacer una vida normal”.

Una de estas memorias da cuenta de pautas diferenciales de interacción que se han estado presentado dentro del sistema; esta pragmática da cuenta de un proceso autoorganizativo enfocado en la construcción de una nueva ruta comunicativa por parte del consultante para expresar su emocionalidad al sistema, teniendo esta pauta una doble función, por una parte, comunicativa y por otra de cuidado. El sistema reconoce que esta pauta es diferente a lo que han venido experimentando, e inclusive amplía a referir otra pauta que reconoce como una forma de gestión sobre el dilema:

81-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “No sé para mí cocinar es... es como una forma de poder expresarme sin hablar, como demostrar así como dijo mi mamá, demostrar ese estado anímico, refleja muchas cosas de mí el cocinar, eh, entonces si un día yo me levanto y le digo a mi Mamá: voy a hacer el almuerzo hoy ya ella inmediatamente sabe ah no ya Andrés hoy está bien, y si le digo quiero hacer tal receta ah no está súper bien entonces...”

92-C Apéndice B, escenario 4 SAP: Él además de cocinar otra salida que tiene es tocar guitarra”.

Al respecto, el consultante refiere que ha realizado un cambio en su rutina diaria, integrando el ejercicio como algo nuevo y que ha tenido para él un impacto positivo en su

estado mental, anuda esta narrativa a un relato relacionado a un episodio donde se presenta una recaída en su condición, pero a diferencia de las anteriores historias, emerge una memoria donde indica que logra gestionarse de manera diferente y controlar la situación presentada sin necesidad de internación clínica como en situaciones anteriores, dando cuenta de un proceso autoorganizativo dentro del sistema:

17-A Apéndice B, escenario 5 SAP: “Porque empecé gimnasio, me metí al gimnasio y esta primera semana me ha dado muy duro, entonces con mucho dolor físico, pero mentalmente pues he estado bien, pero tuve como una recaída hace como unos días, tres días, estuve a punto de irme para urgencias con mi mamá, para irnos para la Paz, porque me dio como una ansiedad, una angustia tremenda, entonces como que no me hallaba, eh la guitarra, no nada, ni la cocina ni leer nada, entonces pues fue bastante tedioso entonces con mi mamá el plan de siempre, salir, entonces salimos a caminar, salimos a comprar unas cosas y eso, nos despejamos, y ya eso como que me calmó...”

El consultante menciona que, aunque el sistema familiar externo aún mantiene la pauta de vigilancia, en su sistema primario emerge una voz que en ocasiones reconoce los cambios presentados, exponiendo narrativas que se alejan de la construcción rígida sobre la no posibilidad de cambio en el sistema. Estas memorias buscan hacer saber las herramientas con las que cuentan para gestionarse con el dilema de manera diferente, llevando una voz de tranquilidad a los demás miembros de la familia, reconociendo además la relación de cercanía que tiene el sistema:

43-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “Bueno eso es, como que... mi tía alcahueta, ella sigue bastante, como bastante preocupada, y sigue buscando que remedios... Igual mi mamá les dice que Andrés está bien, Andrés está así... yo no hablo casi con ellos, no

porque yo no quiera, sino que no sé, se conectan más con mi mamá de pronto, y es que yo soy una persona, o sea, estoy aquí porque hablar es prácticamente la vía de escape, pero yo soy una persona muy callada, muy reservada, soy a veces hasta muy introvertido, por lo mismo, por mis órdenes de estar callado, no decir nada y todo eso, pero mi mamá es muy apegada a la realidad, entonces si un día le dicen: cómo está hoy Andrés? hoy está mal, pero no se preocupen yo estoy con él, no sé qué, y si estoy bien pues les dice: no, Andrés está bien, no ha pasado nada tal, porque aun así yo sigo a veces compartiendo mis cosas sobre la muerte y ese tipo de vainas, y para ellos ya... sobre todo para mi tía”.

Andrés refiere cómo resuena con la confrontación que se hace su madre sobre la validez de las soluciones intentadas que se centran en el relato dominante deficitario sobre él, esto da cuenta de cómo el sistema se ha preguntado sobre su proceso autoorganizativo, revisando el impacto de las estrategias implementadas en el marco de las narrativas dominantes, siendo una buena apertura para la actualización de comprensiones respecto al cambio:

187-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “No sé, en cierto modo es verdad lo que dice mi mamá de que hay cosas que me soluciona, cosas que me da la mano, que pues no debería ser así, pero es que no sé, no sé expresarme en este momento”.

202-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “Mi mamá me pone como las cosas ya servidas sobre la mesa, cuando debería ser yo el que empiece a hacer todo paso a paso, entonces muchas veces yo me doy cuenta de que ehh, yo debería hacer más por mí, de lo que mi mamá hace por mí, creo que ya”.

Las memorias que emergen de los relatos de los terapeutas externos se dan a partir de las comprensiones relacionadas al cambio y que han emergido desde su ejercicio en consulta, esto conlleva a la configuración de narrativas subdominantes que invitan a desmitificar las creencias

rígidas que existen dentro de la academia frente a la efectividad o eficacia que pueda tener en el desarrollo de procesos interventivos un enfoque específico. Se observa que resuena en las voces de los participantes la importancia de generar diálogos integradores que reconozcan las múltiples miradas que existen frente a determinados fenómenos y de este modo se amplifique y nutra el potencial de acción dentro de cada proceso terapéutico.

72-I Apéndice C, escenario terapeutas externos: “es propicio justamente para tener diálogos entre diferentes, porque de hecho ya las distancias no son tan largas, de hecho yo recordaba ejercicios similares a este, que se hicieron en la facultad cuando yo era estudiante y básicamente el agarrón eran tres tipos hablando y... (hablan todos al tiempo) no había comunicación, y acá realmente las congruencias son marcadas más altas, particularmente yo he tenido como un proceso personal muy fuerte con esto, porque a pesar que me circuncido dentro de un discurso particular pero realmente no me lo creo completo”

Por su parte, la terapeuta sistémica evoca una memoria en la cual resalta la importancia de explorar los motivos de consulta más allá de los relatos dominantes y lo explícito, en el sentido en que, bajo su experiencia, ha comprendido que el establecer procesos interventivos que resignifiquen la realidad, elaborando relatos alternos que trasciendan las narrativas dominantes, posibilita la apertura flexible de nuevas formas de concebir y relacionarse con la realidad y su contexto.

46-MF Apéndice C, escenario terapeutas externos: “Cómo se hacen unos acuerdos de convivencia y de aceptación de lo que tú llamas una aceptación de esa realidad o resignificación de esa realidad que haga posible vivir con esa adicción o vivir con ese síntoma... a través de las resignificaciones el paciente empieza a experimentar

emocionalmente de manera distinta cosas... gracias a la resignificación y a los insight encuentra en la psicoterapia, se descubre a sí mismo, diciendo: oye, mira que ya no estoy haciendo tal cosa, y no porque yo le haya puesto una tarea para disminuirlo, sino porque la resignificación, los insight logran efectivamente cambiar la experiencia subjetiva” ().

Las memorias dentro de la categoría del cambio como co-evolución y novedad adaptativa para la construcción de mundos posibles, dan cuenta de la manera como los sistemas han contado con herramientas posibilitadoras de autoorganización que se alejan de la construcción del cambio en función del diagnóstico, dando la posibilidad de reconocer otros escenarios y comprensiones que permiten tener una mirada actualizada de lo patológico y reconociendo el papel activo que tienen otros actores en el desarrollo de herramientas para gestionarse con el dilema. Estas memorias rompen las narrativas deficitarias que se centraban en la frustración y desesperanza frente al diagnóstico, al sentir que no se lograba una movilización sobre la experiencia vivida.

Relatos alternos

Los relatos alternos buscan dar cuenta de la manera como se han estado actualizando las comprensiones sobre el cambio desde la emergencia de narrativas que dan cuenta de herramientas y procesos de resignificación de las experiencias vividas frente al dilema por parte del sistema. Esta es la base para la construcción de nuevas formas de adaptación sobre el dilema por parte del sistema, rompiendo la narrativa dominante centrada en la eliminación del síntoma.

Respecto a la emergencia de relatos alternos por parte del sistema consultante, se puede observar una narrativa que expone la manera como el sistema ha empezado a integrar lo incierto, alejándose de la mirada de control y predicción. En esta co-construcción el sistema da una voz potente sobre cómo ha actualizado sus comprensiones sobre el cambio, entendiéndolo como un

nuevo camino que conlleva retos, permitiendo la emergencia de nuevas historias que le ayudan a movilizarse diferente con lo que ahora comprende como vivir, activando su potencial creativo:

25-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “De Dámocles, pero que aun así nos toca continuar con eso, saber que tenemos pues esa, como esa carga encima, pero es saber llevarla, o sea como me dijiste la frase de, de es saber si estoy viviendo o sobreviviendo, entonces es como entender que mi vida no es solo una línea plana de nacer, crecer, reproducir, morir, sino como nacer y tener muchísimas experiencias a lo largo de ese camino, entender todo eso, todo ese proceso que lleva vivir”.

Los miembros del sistema dan cuenta de relatos alternos donde se observa el cómo se actualizan las comprensiones sobre los roles de apoyo dentro de la familia, deconstruyendo la narrativa dominante individualizada enfocada solamente en el consultante. Se permiten reconocer cómo cada uno de los miembros de la familia pueden ser apoyo para los demás, esto abre nuevas comprensiones semánticas desde la conectividad que activa el trabajo colectivo dentro del sistema. Adicionalmente la familia expone sus construcciones sobre los cambios presentados, haciendo visible voces que han emergido internamente y desde otros sistemas de pertenecía que resaltan lo que consideran una movilización importante en su relación y percepción:

25-A Apéndice B, escenario 4 SAP: "...entonces sí, demostrarle que yo también soy un apoyo para ella, eso me ayudó muchísimo, nos ha ayudado muchísimo en la casa, entonces ha sido un cambio impresionante”.

43-A Apéndice B, escenario 5 SAP: “Es... Es de alguna forma es muy bonito porque, porque no sé, yo hablé con mi mamá hace poco y le dije como: pues sí ha visto el cambio, pero pues Juan, o sea, hay veces que como que no, no está en nuestras

conversaciones pero que él también se dé cuenta de las cosas es algo muy bonito, entonces para mí es muy especial, es muy especial que él se dé cuenta que todo esto está mejorando de que todo está cambiando para bien”.

37-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “Sí, se ha notado muchísimo, creo que todos, hasta mis amigos lo han notado, entonces por mí está bien, me siento muy bien, sé que van a haber días de días...”

A partir de lo anterior, se amplifican relatos que exponen cambios presentados en la pauta de interacción con sistemas externos, activando la capacidad del sistema para gestionarse de manera diferente con la salida o entrada de nueva información y al igual que escenarios. Siendo el trabajo uno de estos nuevos escenarios, aquí refiere el consultante el cómo se ha sentido al hacer parte de este espacio y la manera como el sistema familiar se integra y gestiona en esta nueva pauta.

267-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “He aprendido cosas, como dejar volar este pájaro, le tengo como un poco las alas amarradas yo, que sí lo he hecho mucho, no sé si lo ha sentido”.

7-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “Pues, es en un bar, soy mesero en un bar, es un turno bastante pesado porque es de 3 de la tarde a 3 de la mañana, pero me gusta, me gusta es porque es algo que no sé, a mí como que atender público y atender gente siempre me ha gustado, entonces es chévere, y ya, y en cuanto a mi estado eso es una ruleta rusa, hay días que no pasa nada y de repente ¡pum! se dispara todo, pero es, o sea no lo digo como solo negativamente, sino que también hay ese disparo de euforia y de alegría...”

Igualmente, se hacen presentes relatos alternos donde el sistema consultante puede dar cuenta de cómo ha estado experimentado su emocionalidad, enfocándose en narrativas que

resaltan sentimientos positivos. Esta resignificación da cuenta de la ruptura de la narrativa dominante que se centraba en construcciones deficitarias. Este cambio en la manera como se comprende lo difícil y los recursos con los que cuenta, expone la activación del potencial creativo, permitiendo al sistema implementar herramientas y estrategias que le ayudan a gestionarse de manera novedosa en escenarios de crisis:

11-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “Sí, pero ya me acostumbré, entonces por ese lado bien, estoy muy juicioso con eso, y ya, eso ha sido como... hace poco pues tuve como una pequeña crisis, una noche empecé a ver como sombras y a escuchar muchas cosas y eso, pero me recosté al lado de mi mamá y ella fue la que me calmó y eso, y ya...”

21-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “Al principio, cuando le dije a mi mamá lo del trabajo, porque es un bar al que yo he ido como durante 4 años, y pues yo le comenté al dueño, le dije: mira, estoy en busca de trabajo, cualquier cosa lo que necesites, y me llamó y empecé, y yo le dije a mi mamá cómo se va a manejar todo el horario y eso, y yo antes ya había trabajado en la noche y en la madrugada, entonces a ella le da un poco duro por ese lado, pero pues bien, o sea hasta el momento todo ha salido muy bien, y nada, yo estoy muy bien... aunque no se me note porque estoy trasnochado”.

Adicionalmente, emergen relatos de cómo han logrado consolidar nuevas aperturas comunicativas con su sistema, las cuales le permiten generar un acercamiento emocional diferente frente a su familia. Sumado a lo anterior, deja a entender cómo ha logrado gestionarse con lo que se definía como un síntoma importante dentro del dilema, dando potencia a su voz y permitiéndole expresar de manera más fluida su sentir:

23-A Apéndice B, escenario 5 SAP: “...así como expresé en la última sesión eh, siento que era necesario pues expresarle todo eso a mi mamá, decirle cómo me sentía,

decirle eh todos, como todos esos aspectos los cuales eh, me ponían un poco tenso y a la vez como que no podía decirle ey! las voces no me dejan decir tal cosa o hacer tal cosa...”.

Se resalta de manera importante la construcción de estos nuevos canales comunicativos que se caracterizan por ser más directos, alejándose del isomorfismo del silencio desde los discursos no permitidos. Esto posibilita en el sistema espacios dialógicos donde los miembros de la familia pueden exponer su emocionalidad sin problema, donde la flexibilidad relacional les permite promover la reconstrucción de narrativas desde la experiencia vivida con el dilema. Refieren que este cambio en la pauta dialógica ha fortalecido de manera importante la sensación de cercanía y lazos emocionales dentro del sistema:

269-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Que lo he dejado, y pues seguir en eso, dejarlo que pues, pero también que él me comunique y me diga: mami quiero hacer esto y lo quiero hacer yo, por mi cuenta, solo, o la ayuda que necesito de ti es esta, no que me lo pongas ahí o lo que quiera hacer, que él también me cuente para pues, yo estoy dispuesta a hacer, a ayudarlo como de manera diferente a como lo he venido haciendo”.

27-JC Apéndice B, escenario 5 SAP: “Que también he visto un cambio enorme en él estos días, en Andrés, sé que es para mí, yo estoy más acostumbrado a decir nada, pero esta vez (se dirige a Andrés) tengo que decirlo seriamente... Que he visto un cambio enorme en ti...como decir también que me ha ayudado un poco en calmarme, ver que también Andrés ha cambiado”.

39-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “La comunicación en mi casa ha cambiado un montón, ya no sólo es la comunicación indirecta por decirlo así, de que yo cocino para ellos, o trabajo para nosotros, o Camilo sólo le dice a mi mamá lo que yo siento, sino ya

somos más directos, somos como, no sé cómo decirlo, como que hay una unión, una lealtad, una fortaleza entre los tres que se ha acrecentado”.

40-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “Sí, ya no hay como ese misterio ni esas palabras prohibidas ni nada de eso, sino todo como con más normalidad”.

La familia extensa también reconoce la transformación que los espacios comunicativos han estado activando, disminuyendo la pauta de indagación y cuidado constante sobre el sentir del consultante, permitiendo de manera diferencial gestionarse con la incertidumbre. Al respecto, Cándida cuenta como el actualizar su mirada le ha ayudado a bajar la tensión en la familia extensa. El sistema refiere cómo logran gestionarse ante una situación que en otra ocasión hubiera generado una alta intranquilidad, siento esto a su vez algo que les demuestra la emergencia de la capacidad creativa del sistema al momento de gestionarse con el dilema. Adicionalmente, Andrés refiere su sorpresa frente a sentirse cada vez más motivado a hacer cosas que aporten al sistema, sintiendo un marcado interés en apoyar la labor de su madre:

287-C Apéndice B, escenario 4 SAP: “Sí, ahorita pensando en eso yo creo que también tanto como la tía y en nosotros algo ha cambiado de que no ponerle todo ahí a la mano, que ha cambiado un poco y eso lo noté de ahorita que viajaste (diciéndole a Andrés), viajaste por tu cuenta, te fuiste, jamás lo habíamos dejado así como nosotros decimos, que viajar en bus en un viaje tan largo, antes mi hermana le hubiese comprado un pasaje en avión mejor dicho para que no... Ni le dimos un peso, él lo solucionó a su manera, cómo lo hizo? no sé, pero en otro estado atrás ahí le hubiéramos puesto todo, le hubiéramos dado todo, pero esta vez ni su tía ni yo hicimos nada, y se fue, creo que es un cambio que ya...”

Respecto a cambios en la pauta, refieren que siente que se ha movilizó su motivación al momento de realizar otras actividades, reconocen que esta movilización responde a la necesidad de apoyar el proceso autoorganizativo dentro de las dinámicas de cambio, especialmente en las comprensiones semánticas que dan cuenta de la pauta de cuidado entre los miembros de la familia, deconstruyendo la narrativa dominante donde el único sujeto de cuidado era el consultante:

51-A Apéndice B, escenario 4 SAP: "... me sorprende porque cada día hago como más cosas entonces por ejemplo así esté muy cansado, mi mamá me pide, hágame un favor y pone a hacer el almuerzo, yo hago el almuerzo, no hágame un favor y hace tal cosa, yo lo hago, porque es que... ahorita mismo mi mamá se está esforzando muchísimo, el trabajo que está teniendo ahorita es muy pesado..."

53-A Apéndice B, escenario 6 SAP: "Entonces cualquier cosa que ella necesite, es estar ahí pendiente al máximo..."

Emerge un relato que expone una comprensión actualizada a partir de la práctica de lectura del consultante donde, aunque se cuestiona sobre su construcción identitaria, refiere que en otra ocasión esto sería generador de crisis, dando cuenta del cómo se ha estado gestionado con lo incierto. Al respecto expone una construcción reflexiva sobre sí mismo, indicando que lo que desea es poder construir nuevas "memorias" que le permitan aprovechar lo que queda por vivir; adicionalmente, refiere que el espacio terapéutico más que darle nuevas herramientas, lo que hace es permitirles reconocer con las que contaban y cómo podían implementarlas de manera diferente para gestionarse de manera más efectiva con el dilema. Es decir, el sistema reconoce su potencial creativo para la movilización de su propio cambio:

61-A Apéndice B, escenario 6 SAP: “Exactamente, y entonces yo, o sea leyendo el libro como que ataba ese cabo y decía como, bueno y si llega un momento en que yo ya ni siquiera sepa quién soy, cómo va a ser ese problema de identidad, pero pues aun así, si este pensamiento yo lo hubiera tenido hace unos dos años, estaría súper hundido en la depresión de pensar: oh! Dios mío eso va a ser terrible, esto no sé qué, pero ahorita no fue así, o sea yo tenía este pensamiento y me daba era como curiosidad, como bueno, tal vez sí, o sea va a pasar, pues debo aprovechar lo que me queda, o lo que sienta que me queda de vida para eh como crear memorias y todo eso que alcance a hacer”.

71-A Apéndice B, escenario 4 SAP: “...haber como puesto esas góticas en nuestros ojos para poder ver que las herramientas siempre estuvieron ahí, siempre están como presentes, y la forma en que podemos eh, tratar con ellas...”

El consultante comenta emociones y sensaciones que ha estado experimentado que dan cuenta de construcciones de bienestar, reconociendo esto como una forma de co-evolución y adaptación, ayudando a la emergencia de relatos alternos que actualizan las narrativas del sistema. Por otra parte, el sistema logra desarrollar una nueva forma de orden y no lineal relacionada con el cómo maneja y define sus pensamientos sobre la muerte, estos ya no están centrados en la narrativa dominante de suicidio, sino que actualiza su construcción semántica alrededor de lo que define como morbo sobre la muerte.:

30-A Apéndice B, escenario 5 SAP: “...entonces cómo está Andrés, y yo, estoy bien, me siento muy bien, y no pues la verdad, si yo tuviera una cita psiquiátrica justo en este momento yo les diría que si me siento muy bien, tengo un trabajo, estoy colaborando en la casa, me siento ya una persona como más funcional que eso para mí es súper importante, no estar como todo el tiempo encerrado en la casa y eso, pero cuando me

preguntan: has tenido ideas de suicidio... pero pues las tengo prácticamente a diario, pero no es como ese, como esa idea del suicidio de cómo me voy a matar o cómo pienso hacerme daño, sino es más morbo hacia la muerte”.

Los terapeutas externos exponen los relatos alternos que emergen en el escenario y que emergen en el marco de una flexibilidad relacional que da cuenta de las aproximaciones comprensivas desarrolladas alrededor del cambio en los procesos terapéuticos. Es así, que las narrativas relacionadas al modo como se comprende y elabora el cambio, dan cuenta de los retos que tienen las intervenciones psicológicas para el desarrollo de procesos que respondan a las necesidades de los consultantes, en los cuales es necesario el establecimiento de diálogos interinstitucionales e interdisciplinarios que confluyan en la co-construcción de versiones actualizadas frente al modo de abordar los sistemas consultantes:

72-I Apéndice C, escenario terapeutas externos: “... las convergencias teóricas son cada vez mayores, sí? Entonces pienso que hay un desafío disciplinar que ni siquiera tiene que ver con el contexto, sino que tiene que ver con la realidad de la psicología en el mundo y es el transitar hacia la integración, sí? Ya no solamente es al intercambio de tú eres distinto yo soy distinto, somos distintos, sino espere, deconstruyamos un poco la teoría y construyamos una teoría de lo que tú sabes, lo que tú sabes, lo que yo sé porque es que finalmente empezamos a reconocer y todos empezamos a reconocer eso, la multidimensionalidad”.

74-MF Apéndice C, escenario terapeutas externos: “...la posibilidad no es de crítica, sino la posibilidad es de recoger nuevos enfoques o miradas que me amplían y que posibilitan para algunos casos son más estéticas, más útiles para el cambio, que profundizan, ahondan, que dan matices diferenciales que pueden ser útiles, pero es la

manera también como hablarlo y conversarlo, y es fomentar esa conversación donde se entiende que no hay una verdad”.

La terapeuta cognitivo conductual da cuenta de la manera como puntúa el cambio, basándose en la revisión de lo que definen como una línea base, y a partir de pruebas constatan las movilizaciones en el sistema y la forma como se ha transformado el dilema. Emerge posteriormente en la terapeuta una voz que integra las narrativas como una ruta que también da cuenta de los cambios dentro del sistema, reconociendo la resignificación como una estrategia que responde a la circularidad dentro del proceso terapéutico, donde se permite una configuración y reconfiguración de la experiencia vivida:

50-E Apéndice C, escenario terapeutas externos: “...cierto entonces nuestra línea base...entonces nuestra línea base tiene que ver con que nosotros aplicamos una serie de instrumentos psicológicos, psicométricos...para poder evaluar si evidentemente ha habido un cambio, pero digamos que en términos generales eso también es notorio en la narrativa que tienen los pacientes en ese término, en lo cognitivo algo que nos parece súper interesante y ahorita en psicología que yo quería como comentar cuando tú hablabas de lo narrativo, en lo cognitivo en la terapias contemporáneas cognitivas, la narrativa es uno de los focos importantísimos para nosotros, y considero que tiene muchísimo que ver eso que tú hablas de la resignificación de, de todo ese proceso que hace la persona en torno a, cómo se ve, y a cómo ve el mundo y cómo ve a los otros que están con él o con ella en esa, en ese proceso...”

Por su parte, el terapeuta psicodinámico refiere la importancia de tener presente las construcciones semánticas que tienen los consultantes respecto al cambio, y cómo estas construcciones activan el potencial creativo frente a la gestión con el dilema. Reconoce que su

modelo presenta un limitante al momento de reconocer y gestionarse con la incertidumbre. Se da una puntuación posibilitadora a como los sistemas construyen comprensiones actualizadas sobre lo vivido, siendo reconocida esta pauta como un factor de protección importante:

52-I Apéndice C, Escenario terapeutas externos: “Concuerdo en que definitivamente el dar un sentido hace que las personas pues evidentemente multipliquen sus esfuerzos por ejemplo, que haya una motivación intrínseca mucho más alta, que se aferren en momentos de dolor por ejemplo a cosas, en medio sin sentido evidentemente, pertenezco a una teoría que, si bien con el psicoanálisis terminas concluyendo básicamente que nada tiene sentido, es más pesimista en ese sentido...”

Finalmente, el terapeuta psicodinámico, desarrolla comprensiones que abordan el potencial que pueden desarrollar los sistemas familiares, especialmente el consultante sintomático, en el momento en que se permite reconocer el potencial y recursos propios, comprendiendo sus diferencias individuales desde una posibilidad y no como un limitante, siendo capaz de narrar su propia historia desde la diferencia y lo novedoso.

40-I Apéndice C, escenario terapeutas externos: “es decir cuando ya saben que si les pasa algo, sí, la pregunta es ¿por qué me pasa esto? ¿Por qué no puedo ser como los demás? Porque básicamente lo que descubre es que su experiencia subjetiva es muy distinta a la de los demás, y es muy tranquilizador poder entender desde su propia historia cómo se configuraron”.

A modo de conclusión en los escenarios se hace presente la manera como el sistema logra movilizarse de una construcción rígida e invalidante respecto a lo patológico, a generar nuevas formas de organización sobre el diagnóstico, dando potencia a las voces y narrativas que

exponen los recursos con los que cuentan, y actualizando su mirada sobre lo que puedes ser posibilitador para la emergencia del cambio.

Procesos Autorreferenciales de los investigadores-interventores

A continuación, se integra la construcción autorreferencial de los investigadores-interventores en el marco de los escenarios narrativos-conversacionales desarrollados con el sistema consultante y los terapeutas externos. Se busca a partir de esto dar cuenta de las epistemes, creencias y emociones que se encuentran asociadas a las comprensiones desde la complejidad y la lógica borrosa de los trastornos de personalidad, así como su impacto en el desarrollo de procesos interventivos polivalentes que permitan las novedades adaptativas, co-evolutivas y de mundos posibles. Esta revisión autorreferencial tiene presente los conceptos metodológicos de Historias, Memorias y Relatos Alternos del Macroproyecto de “Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos”.

Historias.

En lo que respecta a los relatos dominantes explorados en el concepto metodológico relacionado a la Construcción narrativa de los trastornos de personalidad como una autoorganización compleja, los investigadores-interventores observan en el primer escenario de recepción, una necesidad apremiante del consultante de ampliar la información sobre su narrativa dominante centrada en su ideación suicida y las malas experiencias previas en escenarios de intervención, resaltando que entre las principales dificultades que ha presentado en intervenciones anteriores es que no le dejan hablar y no se siente escuchado, conllevando al abandono de dichos procesos. Es por esto que, en este escenario el terapeuta sintió que debía tener un especial cuidado frente a generar interrupciones en los relatos del consultante, elemento que impacto en el óptimo desarrollo del proceso de recepción, lo cual llevó a que el terapeuta

tuviese que generar claridades al consultante respecto al objetivo del primer escenario: 38-T

Apéndice B, escenario 1 SAP “Un paso a la vez, vamos poco a poco conociendo ¿vale? Igual esta solamente es la recepción...”

Por lo anterior los investigadores-interventores observaron que, las comprensiones que tenía el terapeuta respecto a la necesidad de generar un enganche terapéutico a través de cumplir con el mandato del consultante de no “silenciar” sus relatos, dado que existe un temor asociado a que si se interrumpen los relatos en este primer encuentro, se pueda llevar al consultante a desarrollar nuevamente una construcción deficitaria de los procesos interventivos, que podría terminar en un abandono temprano del proceso. Lo anterior llevo a que en este escenario se permitiera el abordaje de núcleos conversacionales que no hacían parte del proceso de recepción.

Sin embargo, se observa como el generar claridades sobre el escenario de recepción, por el contrario, ayudó a reducir la tensión del consultante frente a la necesidad de narrar su dilema en el primer escenario, lo que a su vez permitió establecer claridades frente a las condiciones de participación en la presente investigación-intervención.

Considerando la oferta de valor de apoyo que se da al sistema en el marco de la investigación, se presenta adicionalmente por parte de la familia una doble demanda de ayuda al escenario terapéutico. El primero, centrado en comprender y saber qué hacer con la condición del consultante y el segundo sobre la validación de lo que el sistema considera otro posible miembro con una pauta patológica centrada en lo que ellos definen como adicción a la tecnología en el hermano del consultante. En el marco de encuadrar el espacio, el equipo realiza una devolución indicando que se mantendrá la focalización en el dilema inicial que está transitando la familia relacionado con el trastorno de personalidad:

63-T Apéndice B, escenario 2 SAP: “Vamos a ir revisando poco a poco vale? Lo vamos a revisar también y para eso es este espacio también, por eso es para todos, porque bueno, ya vamos más adelante con eso”.

A partir de esto se considera desde el equipo investigativo-interventivo que se perdió una oportunidad de confrontación con el sistema, respecto a cómo construyen sus comprensiones entre salud y enfermedad, a partir de la manera como el sistema rotula pautas que se salían de la norma que tenían establecida en su construcción de realidad. Esto sucede dado que el equipo opta por enfocarse en el objetivo a intervenir dentro del espacio y el proyecto investigativo, siendo algo que pudo limitar espacios de apertura.

En el escenario 2 y 3 de los investigadores-interventores empiezan a profundizar en las narrativas dominantes que dan cuenta de la manera como el sistema consultante comprende el diagnóstico. El sistema tiende a mantener narrativas rígidas que dan cuenta de la construcción individualizada del trastorno desde las narrativas deficitarias y la expectativa de cambio que se centra solo en el “paciente identificado”, esto lleva a que, por parte de los investigadores-interventores, se mantengan de manera constante devoluciones que les invitaban a ver el problema de una manera diferente involucrando de manera dialógica y activa a todos los miembros de la familia:

140-T, Apéndice B, escenario 2 SAP: “Y creo que esa ha sido una de las, de lo que no se ha trabajado al menos hasta ahora en sesiones, y es, se ha visto el dilema solo desde Andrés, pero ustedes también están sufriendo con esto, están sintiendo con esto, y es un trabajo que, y por eso el espacio acá, el espacio es para que todo el sistema familiar pueda configurar algo diferente, sí, porque Andrés lleva un dilema, ustedes llevan otro, pero este dilema está conectado a través de sus mismas vinculaciones y sus relaciones,

por eso para mí es importante las voces de todos, de lo que tú también sientes Camilo, de lo que te duele, de los sentimientos que tienes en este momento, de lo que quieres construir, de lo que quieres decir, de lo que quieres avanzar, para mí también es importante esa voz, así como la voz de Andrés y la voz tuya Cándida”.

Dentro de las narrativas en este escenario se revelan varias historias dominantes que dan apertura a la comprensión de la experiencia emocional del sistema frente al diagnóstico, pero ante la negativa y la respuesta emocional del sistema ante las mismas preguntas los investigadores-interventores se contienen en el marco de lo que consideran una pauta de cuidado hacia la emocionalidad del sistema, pero esta pauta termina limitando la apertura a comprensiones más profundas sobre la experiencia vivida con el trastorno.

98-T, Apéndice B, escenario 2 SAP “(ante el quiebre de voz del consultante)

Quieres guardarlo allá... Vale...”

142-T, Apéndice B, escenario 2 SAP: “Igual no tienes que hacerlo desde acá, si en otro momento te sientes más cómodo puedes hablarlo, pero ten en cuenta que este espacio es la voz de ustedes”.

Se observa a través de las voces de los investigadores interventores un marcado interés frente a que el sistema consultante transite a una comprensión más compleja del diagnóstico, esto se hace presente en las devoluciones que se caracterizan por invitar a la familia a definir su dilema desde una mirada más posibilitadora, se toma como punto central para estas devoluciones deconstruir la construcción identitaria del sistema, el cual se ha venido puntuando desde la contextualidad como un sistema enfermo y sin posibilidad de cambio:

178-T, Apéndice B, escenario 2 SAP: “Pero es como construimos ese proceso de identidad, y cómo este proceso de identidad también está para ustedes, porque ustedes

también ya se ven como: somos la familia que tenemos a alguien enfermo, somos la familia que tenemos... soy el que tiene un hermano enfermo, sí? Cómo construimos esta identidad diferente, ese puede ser un objetivo para enfocar en este proceso y es, han tenido la oportunidad de no leer a Andrés desde el diagnóstico, desde todos los criterios para alguien que se pone a leer, me ha pasado mucho en sesión que la gente llega a sesión y a veces no se presentan por su nombre, sino se presentan por su diagnóstico, y llegan y me dicen muchos: buenos días mucho gusto soy depresivo, soy ansioso, y nos acostumbramos mucho a narrarnos a través de estos porque tú dices, nos ponen un rótulo y nunca nos explican qué es eso”.

Dado que en el tercer escenario solo se hace presente el consultante, los investigadores-interventores se enfocan en devoluciones que dan cuenta del énfasis que se desea dar sobre la potencia de la voz que debe tener el consultante al momento de gestionarse con el dilema y ante una narrativa que da cuenta de una voz diferencial se resalta la idea alrededor de las herramientas presentes y que han sido de apoyo al momento de gestionarse con el dilema:

28-T Apéndice B, escenario 2 SAP: “Pero mira que esa voz tiene potencia, es decir, en este momento estás dándole potencia a tu voz, y eso es algo que tiene bastante fuerza. Eso es algo que también es importante, puede estar ligado solamente a las estrategias que has implementado, las que me decías de la música, de identificar previamente cuando iban a aparecer estas situaciones. Estás empezando a implementar tus estrategias, y tu familia también. Lo que pasa es que como a veces no obtiene los resultados que uno espera, siente que son inútiles en algún sentido, pero es cuestión de revisar que han intentado adaptarse, y era lo que les decía en la sesión pasada”.

Frente a la marcada tendencia por parte del consultante de mantener un relato centrado en lo deficitario, se comprende por parte de los investigadores-interventores la necesidad de resaltar la manera como se ha estado gestionando con lo que le ha sido complejo a partir de su diagnóstico, y resaltando la importancia de una nueva comprensión de su dilema. En este marco se invita a integrar una construcción semántica diferente frente a las alucinaciones:

162-T Apéndice B, escenario 3 SAP “Entonces, como... sí, cualquier tema que genera sensibilidad, entonces puede estar marcando mucho, entonces también te lleva a, no a callarte porque... es también, creo que las voces están ligadas un poco a esto sabes, creo que la alucinación, o la percepción que me queda de estas alucinaciones y voces que te acallan... es decir, hay cosas que están prohibidas decir, hay historias no permitidas, entonces claro, cuando emergen estas necesidades de querer dialogar, pues a mi percepción esta alucinación entra como un sistema de control. Como, no diga nada, ese tema no es permitido”.

En el marco del discurso anterior y con el objetivo de dar un contexto posibilitador que le permitiera al consultante actualizar las comprensiones sobre su dilema, el terapeuta utiliza como recurso elaborar analogías a partir de películas que tienen como protagonista un personaje con trastorno psicológico y que muestra como existen modos posibilitadores que le permite gestionarse con un cuadro sintomático, lo anterior, dado que el terapeuta visualiza dicha herramienta como elemento que favorece la emergencia de escenarios reflexivos en los cuales el consultante, a través de posicionarse desde la historia del otro logre actualizar a nivel semántico las construcciones que tiene frente a lo patológico:

165-T Apéndice B, escenario 3 SAP: “Te tengo un escenario hipotético, digamos que, tú has visto ya el ¿Joker?”.

167-T Apéndice B, escenario 3 SAP: “Digamos que mañana, hm, se derriban todos los conceptos de trastornos, lo que antes decíamos que era un trastorno, ya no es un trastorno sino es una forma de adaptarse a la vida, es un intento de adaptación, o sea ya no es visto como algo anormal”.

189-T Apéndice B, escenario 3 SAP: “Nash tenía de varios niveles, porque el sentía, veía, escuchaba, entonces cuál es el sentido detrás de la misma. Entonces la voz de este otro caso era por eso, porque para él era al contrario, las voces le decían que dijera, porque él necesitaba decir muchas cosas para... necesitaba estallar y decirlo en su momento, pero pues la alucinación era una forma en que reorganizaba eso que quería decir, y como te digo, aquí la sensación muchas veces en el espacio, es que te es difícil decir cosas porque sientes que hay cosas que no debes decir...”

En esta devolución se observa que por parte de los investigadores-interventores existe una narrativa dominante que se centra en indicar la importancia de poder contar con el sistema completo en las sesiones, siendo expuesto como una demanda importante para potencializar la comprensión compleja del trastorno, es por ello que se mantiene una sentida preocupación del no poder contar con el regreso del sistema familiar completo en las demás sesiones, llevando a que se haga énfasis en la importancia de la presencia de todos en el espacio de atención:

162-T, escenario 3 SAP: “Entonces, como vamos a construir canales para dialogar esos temas que no son permitidos, para darles otro valor, y posiblemente dentro de esta nueva forma de conexión encuentres otro sentido para eso, para reconectarte con tu familia diferente, a pesar de que tienen una buena conexión y una cercanía, pero hay temas que parece que son sesgados, por eso me interesa mucho la construcción de eso en el espacio terapéutico, en familia... si la otra sesión pueden venir todos, estaría genial,

ehm, y traemos un poco estas voces de esta sesión, traemos todo esto. Entonces creo que ese principio podría funcionar así, porque me pasaba un poco con un anterior consultante, tenía también voces, voces que le decían que tenía que decirle muchas cosas a su familia”.

26-T Apéndice B, escenario 4 SAP: “Cómo te conecta ahora de diferente con todo esto que están transitando, con toda esta familia que está en este proceso”.

Para el escenario 4 se vuelve a contar con la presencia de la madre del consultante, siendo un marcador que brinda tranquilidad al equipo, ya que reduce la preocupación que abandonara el sistema y dejara al consultante solo en el proceso; en la primera parte, el equipo se enfoca en rastrear la manera como el sistema ha estado integrando las nuevas comprensiones sobre el dilema a partir de lo dialogado en sesión, esto se convierte en una pauta recurrente de devolución, ya que la familia, aunque tiende a dar una apertura sobre sus movilizaciones, tiende a regresar a la narrativa dominante. Esto expone la necesidad del equipo de resaltar los cambios mínimos en el marco de movilizar una postura autónoma en la familia desde los recursos y herramientas con las que cuentan:

192-T Apéndice B, escenario 2 SAP: “...te siento a veces un poco así Juan como: no tengo la palabra perfecta, a veces no tienes que tenerla, ese contacto visual que tienes con tu hermano, que siento esa calidez entre los dos habla mucho también, y eso es algo que va a aportar bastante para ustedes...”.

147-T Apéndice B, escenario 3 SAP: “...tú dices, sí, pero yo estoy pensando en otras cosas, ok, tienes otras configuraciones pero te estás conectando diferente con ellos igual, y eso es muy bueno, es también muy posibilitador...pero estás conectado, te sientes conectado...Entonces creo que en ese punto es como empezamos a mirar diferente y a

reconocer también esas cosas que han cambiado, que han ayudado a su manera, a pesar del dolor y del dilema que carga todo eso...”

28-T Apéndice B, escenario 4 SAP: “...me decía Andrés en la sesión pasada que él sentía que para esa semana que había pasado, había sentido un cambio importante en casa...eh él me refería ese cambio, no sé ¿tú lo viste?, ¿no lo sentiste tanto?”.

Adicionalmente, observamos en nuestra autorreferencia una necesidad de no caer en una postura jerárquica frente a la familia, dada la constante necesidad que tiene el sistema consultante de posicionar al terapeuta como el único actor que construye el cambio dentro del escenario interventivo, sintiendo que si se permite esta construcción, esto podría mantener la narrativa dominante donde la transformación se dio por agentes externos y no en el marco de las propias herramientas y capacidades del sistema familiar:

67-T Apéndice B, escenario 4 SAP: “No solo con esta terapia, lo que hayan identificado ustedes, la terapia es un elemento que entró para ayudarles a mirar diferente, pero entre ese mirar diferente debieron haber encontrado algo”.

97-T Apéndice B, escenario 4 SAP: “Pero ustedes encuentran la manera de solucionarlo y avanzar”.

56-T Apéndice B, escenario 5 SAP: “Erickson tiene una analogía sobre el proceso de terapia y habla un poco de lo que hemos construido... la gente a veces, y va de la mano un poco con lo que decía Cándida “dime qué debo hacer”, yo nunca les voy a decir qué deben hacer, solo los llevo a construcciones reflexivas porque los que son expertos en sus vidas son ustedes...”.

Durante el proceso interventivo se presenta una inclinación marcada al momento de abordar los temas centrándonos en los guiones de los escenarios, enfocando nuestro discurso en

que el sistema construyera una comprensión dialógica adaptativa del trastorno y que se apersonaran del cambio transitado; esto nos limitó a danzar más libremente con las narrativas emergentes que no tenían una relación fuerte o directa con el trastorno de personalidad, se presentó adicionalmente una pauta de cuidado dialógico con el sistema que lleva a la evitación de las confrontaciones por parte de los investigadores-interventores. Esto hace presente una respuesta isomórfica a la pauta de protección existente en familia extensa, sentimos que esto fue mediado a la manera como se integran las narrativas dominantes que hacían referencia a procesos previos que terminaron en abandono, en algunas ocasiones por las confrontaciones experimentadas.

Memorias.

La experiencia en los escenarios interventivos-investigativos dieron a los integrantes la posibilidad de construir una comprensión compleja de lo que se define como patológico, es claro que por nuestra línea de formación en la Maestría se mantienen de lado las etiquetas diagnósticas, especialmente las de personalidad y se opta por comprender a las familias o consultantes como sistemas caóticos o con pauta severa, pero la mirada borrosa da una comprensión contextual que da cuenta de la forma como el equipo experimenta el cambio frente a la expectativa que tiene la familia, y el cómo a través de procesos autoorganizativos buscan gestionarse con eso que es demarcado como difícil y doloroso:

53-T Apéndice B, escenario 4 SAP: Yo creo que el punto es también cómo transmitimos, tenemos una expectativa frente a la comunicación no solo de lo que dice el otro sino de cómo me hace sentir lo que dice el otro, tú dices: yo tengo esta sensación positiva, esta sensación de esperanza, de seguir avanzando a pesar de estos dilemas en los que uno transita, ¿sí? Y también es cómo se contagia todo el sistema de esta esperanza,

así como ayer contagiaste a todo tu sistema familiar con la alegría que tenías, entonces eso me lleva a pensar un poco sobre estas herramientas que tienen, yo les decía un poco en la primera sesión que uno de los puntos era que los sentía unidos como familia... Siento un poco como han tenido que transitar por todo esto, todas estas situaciones difíciles, y es un poco lo que hablaba la sesión pasada con Andrés, eh nos acostumbramos a estar muy pendientes de ciertas cosas específicas, de lo que está mal y a veces como que dejamos de lado lo que está bien”.

A partir del proceso dialógico que el terapeuta realiza con el consultante, el profesional elabora una comprensión en la cual puntúa las voces que escuchaba Andrés como “principio organizador” de la pauta de distanciamiento emocional hacia su sistema familiar. Al respecto, el terapeuta elabora una comprensión semántica en la cual considera que las voces que escucha Andrés lo llevan a que no pueda decirle a su familia lo que en realidad siente frente a su dilema.

39-T Apéndice B, escenario 4 SAP: “...a mí me queda una percepción y es que siento que estas alucinaciones eh, cumplen un rol como organizador... porque en su punto Andrés me decía: me parece extraño que no siempre me pase esto en sesión, es decir, en sesión se siente cómodo y puede decir todo lo que quiere expresar, y aun así cuando algunos espacios de sesión han emergido, hace la pausa pero continúa...comentando lo que siente y lo que le duele y lo que piensa, y mi percepción o la imagen que me quedaba era que posiblemente esa familia se construyó a través de historias que no se permiten narrar, como temas que son prohibidos, y claro, parece que estas voces cumplen este papel de controlar, y le dicen cuando él siente que tal vez tiene que decir algo, que he encontrado en sesión un poco eso, que cuando él quiere referir lo que le duele, lo que le

preocupa, como que tenga ligado a ese prohibido de la narrativa, emergen estas voces a decirle no lo digas...”

Se distingue en las narrativas del sistema el impacto que tienen en la construcción identitaria de la familia las categorías diagnósticas, al respecto el terapeuta evoca una narrativa con la que intenta movilizar una mirada borrosa del trastorno, con el objetivo de deconstruir narrativas deficitarias que han sido potencializadas por los diagnósticos y a su vez les permitan construir comprensiones que les ayuden a gestionarse con lo incierto, rompiendo la diada de salud y enfermedad:

109-T Apéndice B, escenario 2 SAP: “Ok, por lo que comprendo hasta ahora lo que me han dicho, a ustedes les han puesto rótulos, o sea te han puesto diagnósticos perdón, te han puesto un diagnóstico, pero ustedes quedan simplemente como, mi hijo tiene, o mi hermano tiene un diagnóstico, pero no comprendieron bien cómo funciona todo eso”.

178-T Apéndice B, escenario 2 SAP: “Pero es como construimos ese proceso de identidad, y cómo este proceso de identidad también está para ustedes, porque ustedes también ya se ven como somos la familia que tenemos a alguien enfermo, somos la familia que tenemos...han tenido la oportunidad de no leer a Andrés desde el diagnóstico... me ha pasado mucho en sesión que la gente llega a sesión y a veces no se presentan por su nombre, si no se presentan por su diagnóstico, y llegan y me dicen muchos buenos días mucho gusto soy depresivo, soy ansioso, y nos acostumbramos mucho a narrarnos a través de estos porque tú dices, nos ponen un rótulo y nunca nos explican qué es eso”.

Un elemento importante que genera una construcción autorreflexiva potente en los investigadores-interventores es el cómo la familia expone su experiencia y sentir en relación con servicios institucionales de salud. Se escucha en los escenarios la voz de un sistema que expone una realidad no posibilitadora de cambio desde lo que comprende el terapeuta como “burocratización de la salud mental”, que terminaba generando más incertidumbre y frustración en la familia. A partir de esta narrativa en sesión se expone una reflexividad relacional que intenta conectar a partir de una aproximación comprensiva y explicativa el papel que juega la investigación como un contexto de ayuda:

62-T Apéndice B, escenario 1 SAP: “...te agradezco mucho, mucho por el espacio, por querer hacer parte del proceso de investigación y pues la oferta de valor que te puedo brindar es ofrecer nuestra mejor atención posible para ayudarte con este proceso y este dilema que estás transitando... ofrecerte este espacio para que sea tuyo y te ayude con eso, con tu dilema”.

Ante cada narrativa donde el sistema daba a entender la emergencia de una mirada borrosa de lo transitado y del reconocimiento de los cambios elaborados, el sistema terapéutico se enfoca en amplificar con estos discursos, ya que se convierten en elementos que aportan desde la voz de los consultantes a la construcción de procesos autoorganizativos posibilitadores en la co- construcción de cambio. Las pautas de comunicación no verbal son analizadas como una forma de metacomunicación dentro del sistema, buscando que a partir de un principio de conectividad logren identificar otras rutas dialógicas diferentes:

57-T Apéndice B, escenario 4 SAP: “Ok, entonces eso... mira que cocinar, o bueno cualquier tipo de acción tiene una forma de comunicación, sí? Si tomamos un poco la primera sesión: “no me gusta cocinar porque estas voces emergían a decirme otras

cosas”, el hecho de que haya cocinado varias veces indica una de dos, o que las voces no emergieron o que tuvo la fuerza para que a pesar de que existieron estas voces optó para hacer algo que inclusive cocinar también tiene una simbología, y es hago algo de mí para ti, para compartir, esa es una forma de comunicación, y no siempre tiene que hacerlo igual, ahí te está queriendo decir algo o les está queriendo decir algo desde otro punto de vista Andrés, ¿no?”.

Basada en la expectativa de cambio del sistema y la demanda de ayuda inicial, se expone dentro de uno de los espacios una devolución que da cuenta de las comprensiones desarrolladas por el equipo de investigadores-interventores frente al cambio esperado por parte del sistema vs el que ha estado emergiendo durante el proceso, para esto se utiliza una memoria que nace de una de las historias de Milton Erickson para explicar al sistema cómo el cambio no siempre tiene un camino definido por las expectativas iniciales, sino que puede emerger dentro de un contexto de incertidumbre, sin una necesidad explícita de control del resultado, solamente enfocándose en el camino y los cambios mínimos construidos, lo que termina convirtiéndose en una herramienta posibilitadora:

56-T Apéndice B, escenario 5 SAP: “...Erickson utilizaba una analogía para explicar cómo es el proceso de terapia y decía: “que una vez él estaba en el campo con sus amigos, él es de Londres creo, en el campo con sus amigos y se encontraron un caballo perdido, y pues Erickson se subió encima del caballo y a la hora encontraron una finca, y el señor de la finca le dijo: usted cómo sabía que ese caballo era de esta finca, y él le dijo: yo no sabía, lo único que hice fue que no se saliera del camino”, entonces es, ustedes no saben a dónde van a ir completamente porque tienen una... se han cargado una expectativa de queremos ir a ese espacio específico, tal vez no lleguen allá, pero pueden

llegar a otro lugar igual de bueno, pero desde una ruta diferente, con una construcción diferente...”.

A modo de conclusión, las memorias emergentes en el proceso terapéutico se enfocan en el reconocimiento de los recursos y herramientas con la que cuenta el sistema, centrando las devoluciones en ayudar al sistema a que puedan ver también dichos recursos observados por el equipo investigador-interventor. La mirada polivanlente que empieza a construirse en el sistema potencia la mirada borrosa de su realidad, transitando de una estructura rígida a una dinámica que es capaz de gestionarse de mejor manera con escenarios de no control, entendiendo que el cambio puede no ser predecible o direccionable en una ruta específica, ya que está inmerso en una contextualidad que está nutrida de significados que se dan desde la construcción dialógica entre estos mismos significados y la realidad. Esto inmerso en un marco vincular apoyado por las voces de los miembros del sistema, siendo esta pauta diferente de conectividad lo que hace que todos sean actores de cambio.

Relatos alternos.

Durante el desarrollo del proceso de investigación-intervención, se logra desde la emergencia de comprensiones actualizadas del dilema en la familia, movilizar nuestra percepción de cómo los sistemas tienen la pauta comunicativa como un marcador central que define la intensidad de la patología dentro de la construcción contextual que tienen del trastorno. A partir de esta reflexividad relacional se hace un reconocimiento de las rutas comunicativas no verbales, que tiene un impacto en como la familia se percibe, desarrollando una comprensión actualizada del dilema relacional que estaban presentando.

67-T Apéndice B, escenario 5 SAP: “...nos dimos cuenta en la sesión pasada con Cándida, Cándida decía: “yo quiero que él se exprese más”, yo le dije: creo que él se está

expresando a partir de otras... con la comida se expresa, les dice lo que siente y es algo muy, muy de entrega de él hacía ustedes, entonces veíamos que eso también es una pauta bastante interesante, que cocinar para él es decir eso, estoy aquí con ustedes”.

Al enfocarse en las narrativas posibilitadoras se logra una postura más flexible relacionada con la distinción por parte del sistema de sus propios recursos, a partir de esto, se tiende a utilizar la circularidad como una herramienta de reconfiguración de la realidad que ayuda al equipo a comprender cómo las soluciones intentadas han estado aportando a la familia una estabilidad dentro del dilema, pero al no ser reconocidas pierden gran parte de la potencia que podrían tener en la movilización de un cambio más permanente.

2-T Apéndice B, escenario 5 SAP: “...lo importante es entender que pueden narrarse y eso es lo que creo que he descubierto ahora con ustedes, han empezado a narrarse diferente, está este dilema entre ustedes, posiblemente se mantenga, puede pasar, podría desaparecer con el tiempo, también existe la posibilidad, pero creo que el punto importante es que tienen herramientas nuevas y una nueva comprensión de este dilema para avanzar diferente, para construir otra forma de narrarlo, quería hacer esta devolución, iniciar un poco tomando en cuenta lo que había visto, no sé si tenga sentido para ustedes...”

Al respecto, los investigadores-interventores comprenden que la emergencia del cambio se presenta de manera constante en los sistemas, siendo esto parte del proceso autoorganizativo que da cuenta de los intentos por gestionarse con lo incierto, pero como son evaluados a partir de las expectativas de cambio, se pierden en las narrativas dominantes, dichas narrativas dan cuenta de la sensación de desesperanza y frustración al no lograr los objetivos puntuales que esperaban para definir el cambio:

8-T Apéndice B, escenario 6 SAP: "... la primera sesión me decías que siempre sentías que tenías días malos, ahora están emergiendo, sí, como el vaivén que tiene la vida, hay días que son de la patada, pero también hay días que te sientes muy animado entonces creo que esos son cambios importantes..."

En cuanto a la construcción del contexto de cambio, se hace un reconocimiento del espacio de intervención como un lugar seguro para la actualización de significados que le aportan al sistema y al terapeuta el trabajo colectivo y fomenta la apertura a procesos co-evolutivos en pro del bienestar. Por otra parte, se entiende que este quehacer terapéutico en el marco de la conectividad debe quedar claro para los sistemas, ya que pueden elaborar comprensiones donde delimitan el cambio como un resultado único de la intervención del terapeuta, dejando de lado la co-responsabilidad que existe en los procesos autoorganizativos:

18-T Apéndice B, escenario 6 SAP: "Un punto importante es entender que ese cambio no ha sido solo en espacio terapéutico, han sido ustedes, es decir, el espacio terapéutico cumple una función de ayudarles a caer en cuenta de cosas que ustedes ya tienen, y eso fue algo que trabajamos bastante, ustedes cuentan con herramientas, cuentan con estrategias, el estado de terapia sirve como para eso, para alentar, porque si no, si se mantienen ancladas en un espacio de terapia siempre van a requerir un terapeuta al lado..."

En el escenario de terapeutas externos se actualizan comprensiones con respecto al cómo se comprenden los trastornos de personalidad, estas construcciones fueron nutridas desde diferentes miradas epistemológicas, teniendo como eje central la circularidad que permite en el espacio desarrollado una configuración y re-configuración de relatos asociados a la manera como se entiende lo patológico, siendo este un espacio que favorece la emergencia de relatos

novedosos. Se encuentran varias convergencias en las voces de los terapeutas que nos permiten como equipo investigador-interventor tener una construcción borrosa de lo que se conoce como patológico, reconociendo que se puede abordar desde varios discursos para tener una mirada amplia de los fenómenos:

54-H Apéndice C, escenario terapeutas externos: "...Entonces frente a lo de la comprensión, yo veo bastantes convergencias en momentos muy importantes en las convergencias de ellos, y es primero la concepción subjetiva que hay sobre el trastorno, es decir, hay una construcción muy temporal en todos los modelos, lo que explica Evelyn, lo que explicaba Iván, lo que explicaba María Fernanda, esa construcción subjetiva como un poco temporal o en cuanto a ecológica que hay, eh de lo que definimos de qué es un trastorno, o sea depende de lo que diga el contexto, ese tema social, como una realidad conservada, es como una mirada de realidad conservada".

55-K Apéndice C, escenario terapeutas externos: "... sí hay muchas similitudes en términos de cómo comprendemos, lo que en este caso se llama psicopatología, o una forma de abordar cuando se llega primero a consulta, en términos de que algunos lo llaman, en otros debían es que esto se confronta al consultante a sus sistema familiar y se evalúa a partir de los mantenedores, nosotros lo decimos, cuidamos en qué se cristalizó este sistema y a partir de eso notamos perturbaciones, pero sí estamos mirando, estamos diciendo lo mismo".

Se construye con las voces de los terapeutas externos una nueva mirada sobre el impacto que tiene el diagnóstico en los sistemas, lo cual es confrontado con lo experimentado en sesión, ya que a partir de la contextualidad se entiende el marcador específico a la etiqueta diagnóstica para las familias, pero también para las instituciones, reconociendo ese proceso conversacional y

narrativo que existe entre estos dos sistemas que comparten una búsqueda de significado para comprender el dilema:

6-H Apéndice C, escenario terapeutas externos: “hay una cosa interesante que decía Evelyn, también lo tomaba María Fernanda de una manera diferente y era de qué le sirve el diagnóstico al consultante al paciente, de qué le sirve realmente, o sea sí nos sirve como una construcción categorial para tener un lenguaje unificado como decía Iván, ¿pero de qué le sirve al sistema?, ¿de qué le sirve a la persona a que esté inmerso dentro de este dilema? ...me parece muy interesante esa mirada reflexiva...”

61-K Apéndice C, escenario terapeutas externos: “Ahí hablábamos del lenguaje común, y no sé por qué me pareció como algo bello hablar del lenguaje común, y es en términos de cómo el terapeuta no sé, siempre hablamos de que en las sesiones quién es el que aprende y quién es el experto ¿sí? Y a reconocernos que nosotros también aprendemos en este proceso, nosotros también nos nutrimos de este proceso y ese lenguaje no sé, enfoco ese lenguaje común en todo esa experiencia de aprendizaje que va a tener el terapeuta, sabemos, comprendemos qué es lo psicopatológico, pero no es el manual y cada sesión es la que nos lleva a diversas y múltiples formas de abordarlo, es como que yo salgo acá y puedo coger una bicicleta, puedo irme en bus, puedo irme en carro, eso me da múltiples posibilidades pero no quita que cada una de ellas va a ser, digamos van a ser transformadoras y van a ser.... movilizantes”.

En resumen, las narrativas emergentes en el equipo de investigación-intervención se basaron principalmente en la actualización de la forma como se define lo patológico y no patológico dentro de los sistemas consultantes, siendo la contextualidad un marcador importante para que las familias delimiten el síntoma como elemento perturbador dentro de su pauta interna.

Adicionalmente, el mismo diagnóstico se convierte en un marcador contextual para las instituciones y se convierte en una forma de reconocimiento de la familia desde las interacciones con el dilema y los espacios de intervención, siendo esta reflexividad relacional una aproximación comprensiva del trastorno.

En lo que respecta a la manera como los sistemas construyen comprensiones borrosas, el equipo re-configura su mirada, comprendiendo que a partir de la circularidad las familias intentan desarrollar procesos autoorganizativos que dan cuenta de la manera como han construido su realidad a partir de cómo comprenden y explican el trastorno, la borrosidad es algo que está en constante emergencia, solamente que las familias no logran hacer visible estas actualizaciones, y es por esto que el espacio de terapia, además de invitar a la emergencia, busca hacer presente las construcciones borrosas en el sistema.

Todas estas comprensiones han movilizado en los investigadores-interventores una mirada que integra relatos actualizados que permiten comprender la co-evolución y la novedad adaptativa como un marco que permite la construcción de relatos alternativos que dan cuenta del cambio y las nuevas comprensiones que tienen los sistemas consultantes sobre los trastornos de personalidad. Siendo esta experiencia lo que fundamenta la posibilidad de procesos interventivos polivalentes que tengan presente la experiencia del sistema con el diagnóstico, las instituciones y su relación con las familias, el sistema de salud como mantenedor de la pauta severa y su impacto en las construcciones semánticas que tiene la familia sobre lo patológico, así como el impacto de los espacios interventivos en lo que se define como cambio y transformación del dilema.

Discusión

En este capítulo se presenta la discusión producto de la investigación-intervención tomando en consideración los resultados obtenidos -a partir de los escenarios conversacionales y la elaboración de matrices-, los planteamientos conceptuales propuestos en el sistema teórico, los objetivos, las preguntas e hipótesis formuladas. Para el desarrollo de este apartado, se exponen las comprensiones hetero y autorreferenciales, a partir de las categorías de historias, memorias y relatos alternos, pertenecientes a la línea "Historias y narrativas de los sistemas humanos en diversidad de contextos", lo que a su vez posibilita el desarrollo de conexiones complejas de las categorías metodológicas: construcción narrativa de los trastornos de personalidad como una autoorganización compleja, procesos narrativos conversacionales organizados en la borrosidad para el cambio y coevolución y novedad adaptativa como cambio narrativo para la construcción de mundos posibles. Lo anterior con el fin de dar cuenta del proceso de investigación-intervención, elaborando comprensiones explicativas del fenómeno de estudio a la luz de la complejidad y la lógica borrosa que impacten en el desarrollo de procesos interventivos polivalentes orientados a la generación de novedades adaptativas, coevolución y mundos posibles.

Historias de Trastornos de Personalidad: narraciones monocromáticas

A partir del desarrollo del proceso investigativo interventivo se identifica que las historias en torno a la comprensión compleja de los trastornos de personalidad están asociadas al diagnóstico como una nueva forma de construcción identitaria y de autoorganización dentro del sistema familiar, configurándose una frontera frente al modo como los miembros comprenden, gestionan y significan su realidad. Las pautas de interacción se tornan rígidas, por lo que el sistema no permite resignificar la experiencia vivida, limitando su capacidad de aprendizaje y

potencial creador; repercutiendo en igual forma en la efectividad y alcance de los procesos de atención clínica.

Por lo anterior, los procesos interventivos operados desde los postulados de la borrosidad con familias en la cual uno de sus miembros ha sido diagnosticado con trastorno de personalidad, posibilitó el reconocimiento de relatos dominantes enmarcados desde aproximaciones que trascienden el marco normativo, generando una explicación que va más allá de los valores de verdad o certidumbre, reconociendo a su vez a los sistemas humanos como caóticos, no lineales, que permanecen en continuo cambio y transformación.

Los relatos dominantes, al estar centrados desde lógicas bivalentes y categóricas, se enfocaban en medir el cambio desde la movilización, disminución y gestión efectiva del cuadro sintomático, asociado a la categoría semántica de enfermedad, y, por ende, algo que se debe suprimir para posibilitar la libre gestión con la vida, lo anterior enmarcado desde una postura de control y certidumbre. El limitar las expectativas de cambio y el generar una lectura unidireccional, estancó al sistema en un mundo pequeño, limitando las posibilidades y estableciendo pautas cíclicas que ubicaron al sistema en un estado inicial estático e inflexible, asociado a semánticas de sufrimiento y desesperanza respecto a su perspectiva vital futura.

En este orden de ideas, la construcción narrativa de la demanda de ayuda se explicaba a partir de relatos dominantes que configuraban lo patológico como objeto central de intervención, conllevando en el consultante diagnosticado con el trastorno de personalidad a elaborar comprensiones de su identidad a partir del reconocimiento de su cuadro sintomático, enmarcado en nociones de déficit y frustración (sensación de no cambio).

Por lo anterior, es importante resaltar el impacto que ejercen las comprensiones semánticas respecto a lo que se define como “personalidad” en la construcción de la experiencia vivida, dado que este es un concepto que, desde el teatro clásico de la antigua Grecia, ha permanecido en constante cambio y evolución (Seelbach, 2013). En este sentido, Millon et al. (2006) y Montaña et al. (2009), definen dicho constructo como los rasgos internos y ocultos de las personas, siendo las combinaciones extremas de estos, los que se comprenden como trastornos de personalidad (Miller, Lynam, Widiger, & Leukefeld, 2005).

Dichas epistemes impactan en el modo como el sistema consultante configura y define su identidad individual y familiar, dado que las comprensiones respecto a las creencias, habilidades y comportamientos de este se ven limitados desde un mundo pequeño concebido desde la presencia o ausencia de un diagnóstico clínico, elaborando relatos dominantes bajo una mirada individualizada, categórica y unidireccional centrada en el “paciente identificado”, la personalidad y su patología.

Los sistemas humanos a lo largo de la vida atraviesan un proceso de desarrollo y cambio comprendido desde las etapas de los ciclos vitales, los cuales requieren el ajuste y la implementación de diversas estrategias frente a las exigencias propias de cada ciclo. Partiendo de los postulados de Millon (1969; citado en Millon et al., 2006), el cual define los trastornos de personalidad como un patrón de comportamiento inestable, donde el individuo no puede adaptarse a su medio y se le dificulta resolver situaciones que le ocasionan un estrés subjetivo, de igual forma, el manejo de las estrategias de afrontamiento se vuelve limitado, por tanto, ante situaciones de estrés tiende a implementar las mismas estrategias, ocasionando que la situación problema se agrave y el individuo se torne más vulnerable, viéndose afectada su percepción de la realidad.

En complemento, Clark (1995, citado en Besteiro et al., 2007), comprende los trastornos de personalidad como un patrón extremo de comportamiento mal adaptativo dentro de un factor continuo en la población; por tanto, como lo plantean Widiger y Costa (1994; citados por Besteiro et al., 2007), Moreno y Calderón (2003) y Esbec y Echeburúa (2011), los rasgos de personalidad normal se pueden tornar inflexibles, permanentes, resistentes al cambio y por tanto ocasionar un malestar subjetivo o un deterioro en el funcionamiento social, laboral y familiar que conlleva a un trastorno de personalidad.

Se identifican historias provenientes de los integrantes de la familia que permiten elaborar comprensiones respecto al modo de proceder de los sistemas con este tipo de patologías, caracterizándose por presentar patrones prototípicos que son rígidos, los cuales no les permiten gestionarse con la diversidad; las narrativas dominantes están caracterizadas por impedir la apertura a relatos alternos y generativos, adicionalmente cuando se enfrentan a situaciones de crisis se presenta una imposibilidad de narrar su propia historia de manera flexible y se opta por relatos que no gestionan la vida.

En este sentido, se puntúa una realidad en la que el sistema familiar, al contar con un miembro diagnosticado con trastorno de personalidad, exige una mayor demanda de recursos y acciones movilizantes, dado que el consultante con dicha patología presenta mayor resistencia frente a los procesos de cambio y se le dificulta elaborar estrategias e implementar acciones para gestionarse con los dilemas que van emergiendo en el tránsito de la vida. Con base en lo anterior, se identifican historias dominantes centradas en la imposibilidad de cambio provenientes de los integrantes de la familia, enmarcadas en semánticas de sufrimiento y desesperanza frente a su perspectiva vital futura, asociadas semióticamente a la no gestión frente a la solución de lo que consideran su dilema central.

Como lo refiere Ramos (2012), la alta fluctuación y variabilidad en la propia percepción del paciente identificado impacta en la forma como se consolidan los vínculos con los sistemas de pertenencia. En consecuencia, la familia ha organizado sus procesos vinculares a partir de comprensiones nosológicas, es así, que el sistema desarrolla una pauta paradójica o paraconsistente a través de relatos dominantes que dan cuenta de cómo el dilema los ha llevado a ser más cercanos a partir de lo que definen como “estar más pendientes”; pero que a su vez se convierte en el punto de discusión al percibir que sus vinculaciones están saturadas por la pauta de sobreprotección que identifican dentro de ellos.

Lo anterior se explica a través de procesos autoorganizativos en los cuales el sistema familiar favorece pragmáticamente la configuración de una dinámica vincular a partir del paciente identificado, siendo esta el eje central sobre el cual se configuran las semánticas de posibilidad o imposibilidad de cambio. En relación con esto, Linares (2012, 2015) expone la importancia que tiene el sistema familiar al momento de consolidar una construcción identitaria de cada integrante, basándose en cómo se ha desarrollado la nutrición relacional a nivel familiar, ya que la forma como se construya esta pauta influye en la construcción identitaria, la cual podría llegar a ser débil en algunos miembros haciéndolos más vulnerables.

Esto lleva a cuestionar la pauta de contención y sobreprotección que ejerce el sistema familiar sobre el consultante diagnosticado, dado que se hace presente el impacto negativo que ha generado frente al desarrollo de los procesos de autonomía e individuación, viéndose limitados frente a la implementación de recursos que les permitan una gestión efectiva de su demanda de ayuda, lo que a su vez conlleva a desarrollar juicios frente al cumplimiento de las funciones que se atribuyeron a los roles que tiene cada uno de los miembros del sistema, dado que estos, al elaborar expectativas de movilización enmarcadas exclusivamente desde un

contexto patológico (salud/enfermedad), elaboran comprensiones semánticas asociadas a sentimientos de incapacidad e incompetencia frente a la pragmática de no cambio (contexto patológico), conllevando a procesos de descalificación y frustración dentro del sistema.

Cuando se asocia los trastornos de personalidad con los procesos interventivos organizados desde la borrosidad, se refiere a la co-construcción de sistemas complejos que a partir de reglas borrosas son capaces de actuar de manera no lineal, activando rutas dialógicas que le permiten generar recursiones de información hacia la consolidación de procesos evolutivos y adaptativos (Duque, 2017).

Las semánticas en este sentido, posibilitaron comprender los procesos interventivos como el tránsito hacia una postura que trasciende el entramado patológico, bivalente y determinista, hacia un enfoque que integra las diferentes miradas que existen en cada miembro del sistema y se transforman las versiones individuales, dominantes y prototípicas en relatos alternos colectivos, generativos y posibilitadores, que le permiten a la familia elaborar construcciones polivalentes de la realidad, más allá de la diada salud/enfermedad.

A partir de lo anterior, se retoman los planteamientos desarrollados por Kosko (1995), quien aborda la teoría de los conjuntos borrosos expuestos por Zadeh (1965, citado por Martínez-García & Martínez-Caro, 2010), dichos postulados están centrados en construcciones polivalentes de la realidad, lo cual, a partir del proceso de investigación-intervención desarrollado, nos lleva a plantear la necesidad de revisar las epistemologías psiquiátricas desde una realidad multivalente y difusa, trascendiendo los abordajes reduccionistas bajo los cuales se han venido abordando dichos fenómenos, reconociendo las nosológicas dimensionales como aproximaciones a la lógica borrosa.

Bajo este panorama, el proceso investigativo interventivo permitió dar cuenta de relatos dominantes que resaltaban como los sistemas consultantes aprendieron a comprender y significar su realidad a partir de comprensiones enmarcadas desde lógicas bivalentes y unidireccionales, elaborando dentro de su demanda de ayuda relatos que tienen como fin la búsqueda de control y certeza frente a la comprensión y gestión efectiva de los dilemas que se presentan a partir de historias que no les posibilitan actualizar la experiencia más allá de construcciones nosológicas, elemento que conlleva a semánticas de frustración e insatisfacción, bajo la pragmática de abandono y no continuidad en procesos de atención clínica previos.

Lo anterior, se contrasta con los postulados de Kosko (2010), quien convoca a pensar los diferentes grados que pueden existir entre dos posiciones extremas, lo cual invita a reconsiderar las construcciones desde un mundo de certidumbres que llevan a la búsqueda utópica del control, siendo el control un elemento que no permite la gestión libre e individualizada de la vida. Es así como la lógica borrosa aplicada desde un marco interventivo, postula que se debe mediar entre dos elementos importantes como son el pensamiento y la acción, dado que se buscaba que el comportamiento respondiese de una manera específica, sin tener en cuenta que los pensamientos son grises o borrosos, dando como resultado paradójico la necesidad de gestionarse entre la dualidad de rigidizar los pensamientos o flexibilizar las pautas de interacción.

En este sentido, se observa como a partir de la búsqueda de certidumbres el sistema estableció una postura rígida e inflexible frente a la comprensión de su dilema, conllevándolos a cristalizar y limitar su historia de vida, convirtiéndose esto en un obstáculo; de igual forma, frente al desarrollo de procesos interventivos, dado que el sistema de creencias se estableció en un modo que no facilitaba la apertura hacia nuevas posibilidades de narrar e interpretar su historia, desconociendo el carácter ambiguo, dinámico y complejo de los fenómenos humanos.

Esta manera de comprender la realidad, como investigadores interventores, nos conlleva a abrir nuevas puertas y nos remite a un mundo de nuevas posibilidades interventivas, permitiéndonos comprender la naturaleza dinámica del fenómeno de estudio, en el que la construcción de dicho conocimiento se va transformando y actualizando constantemente, sumado a que, como plantea Kosko (1995) a medida que aumenta la complejidad de un sistema, se reduce la posibilidad de contar con afirmaciones precisas y lineales, llevando a un punto donde la precisión se convierte en un principio mutuamente excluyente, es decir, “cuanto más de cerca se mira un problema del mundo real, tanto más borrosa se vuelve su solución” (Kosko, 1995, p. 106).

Por su parte, el sistema relata historias de descalificación del rol y la competencia profesional de los terapeutas por los cuales ha atravesado el sistema consultante, lo anterior, enmarcado en semánticas de insatisfacción frente al incumplimiento de las expectativas por las cuales se vincularon al proceso interventivo, considerando a nivel pragmático su motivo de consulta como no resuelto, en el sentido en que estos cuestionaban sus narrativas dominantes, conllevándolos a pensarse de una manera diferente, cumpliendo un rol de agente perturbador, que, dada la pauta rígida e inflexible del sistema, generaba que dichas intervenciones fueran cuestionadas y descalificadas por el sistema consultante, principalmente por el paciente con el diagnóstico, en el sentido en que se había establecido una atribución causal de los dilemas exclusivamente a la variable patológica, siendo un discurso que no posibilitaba el desarrollo de acciones movilizantes frente a la búsqueda de recursos para gestionarse con los dilemas y demandas propias en la transición de los ciclos vitales.

Sumado a lo anterior, a partir de los relatos de los sistemas participantes se exponen historias que dan cuenta del impacto que tiene el exosistema en los procesos evolutivos de los

consultantes, en el sentido en que, entre estos, se encuentran las instituciones que se encargan de regular y garantizar la prestación de los servicios sociales y de salud, con énfasis en población vulnerable. Dichos servicios son puntuados como deficientes, dado que el acceso a estos es limitado, intermitente e individual, siendo esto último un factor de desconexión y frustración para el sistema familiar, dado que se establece distancia y límites frente a su rol, ante una realidad que no solo hace parte del consultante diagnosticado, sino que impacta en su microsistema.

Como lo referencia Carrillo (2015), es fundamental que existan procesos interventivos bajo un abordaje integral, los cuales deben tener presente una comprensión de la identidad del consultante, su familia, vínculos relacionales y la manera como se han construido las soluciones intentadas para afrontar lo patológico, lo cual impacta en la percepción de eficacia, pertinencia y adherencia al momento de adelantar un proceso de atención clínica.

Las narrativas dominantes del sistema consultante al definir el cambio están mediadas desde la demanda de ayuda inicial centrada en la eliminación del síntoma, dicha demanda expone la necesidad que tienen de volver a estar en control, buscando eliminar la incertidumbre que les genera la patología. Esto expone un proceso autoorganizativo fallido, que hace presente la dificultad del sistema al momento de activar comprensiones innovadoras sobre lo transitado, permitiendo que construcciones deficitarias sean la puntuación constante al momento de narrarse.

Es a partir de lo anterior que la familia no puede reconocer las experiencias y sistemas de creencias de los miembros frente al cambio, no permitiendo el ingreso a nueva información, ya que toda gira en torno a cómo el diagnóstico los ha llevado a significar lo vivido. Aquí la patología se convierte en lo que Rivas (2008) define como un atractor extraño, haciendo presente

en la familia construcciones semánticas rígidas sobre su realidad, siendo a su vez lo patológico una construcción identitaria de la misma familia, y al no poder contar con repulsores que activen el estado de fase, quedan siendo atraídas constantemente a discursos deficitarios y desesperanzadores. Esto sustenta una expectativa de cambio puntual que se centra en dar solución a lo patológico, no permitiendo la activación de su potencial creativo.

Aquí el sistema, aunque puede dar cuenta de acuerdos que delimitan cuál es el cambio esperado y en quién debe verse reflejado, al mantener esta mirada rígida desde el "paciente identificado", no se les permite establecer comprensiones actualizadas y complejas de lo transitado. Para Estupiñán & González, (2015) estas construcciones deben permitir la apertura a nueva información que favorece procesos evolutivos en pro del bienestar de sistema completo, y no solamente de un miembro en particular. Al no poder desarrollar y transitar con las fluctuaciones de significados relacionados con el cambio, terminan manteniendo de manera estable y estática la mirada autoorganizativa desde lo patológico. Esto da cuenta de lo expuesto por Álvares, (2010), quien indica que a pesar de que existan fluctuaciones irregulares del atractor, al ser fijo termina favoreciendo la conservación de las propiedades básicas de la patología y sus comprensiones.

A partir de esta mirada rígida, los sistemas consultantes no logran reconocer sus procesos de actualización, llevándolos a no co-evolucionar a partir de estructuras disipativas que se alejan del equilibrio y fomentan la emergencia de repulsores que permitan al sistema ver el cambio como un estado de fase que es cíclico, incierto y no responde de manera lineal a esquemas predictivos (Poncairé, citado por Rivas Tovar, 2008). Estas dinámicas de cambio desde lo predictivo son más presentes en narrativas que dan cuenta de procesos interventivos previos, los cuales tienen como marcadores de "mejoría" la disminución o eliminación del síntoma en el

"paciente identificado". Donde no se da cabida a reconocer el mismo proceso de cambio como un sistema caótico en sí, que se mantiene en el límite del caos, pero a que a su vez posibilita la activación del potencial creativo.

El integrar una co-construcción del sistema consultante respecto a qué se comprende como evolución, permite incluir miradas complejas donde el cambio puede ser visto como un continuo diverso. Ayudando a romper la mirada lineal y rígida del terapeuta como único experto y sabio que construye el cambio. Esto resuena con lo expuesto por Rozo, (2002), quien ve como elemento importante la construcción de un rol activo de los sistemas consultantes en la solución del dilema, deconstruyendo la posición jerárquica en sesión.

Se logró fortalecer a partir de esta integración el conocimiento adquirido, la capacidad de aprendizaje y el potencial creativo desde el sistema familiar. Aquí las construcciones narrativas sobre lo transitado y transformado que emergen en sesión facilitan la emergencia del cambio, dado que permiten a partir de escenarios dialógicos una redefinición adecuada de lo que se considera problemático, siendo esto a su vez un elemento importante que aporta al bienestar del sistema a través de la configuración y reconfiguración de la realidad. Esto da cuenta de la importancia de la circularidad de segundo orden que Muñoz & Sánchez (2011) exponen como un proceso dialógico de los relatos y significados que mantienen una relación cooperativa frente al dilema, siendo reconocido como un elemento que posibilita la emergencia de relatos alternos.

Esta elaboración dialógica de significados responde a un proceso de influencia recíproca que se presenta dentro del sistema familiar, junto con el terapeuta, llevándolos a construir una nueva realidad, es importante tener presente como dice Ricklefs, (1990 citado por Rivas, 2008) que, si esta construcción se da solo desde un atractor fijo, sin un estado fase, dicha construcción será más antagónica que cooperativa. Es por esto que las narrativas generativas que emergieron,

alejadas de las historias dominantes posibilitaron la activación del potencial creativo y los recursos del mismo sistema. Siendo esto a su vez, como indican Estupiñán & González (2015), la ruta vital de apertura co-evolutiva, ya que al permitir a los sistemas narrar la experiencia vivida se da la oportunidad de reconfigurar dichas narrativas y a su vez la misma experiencia, favoreciendo la emergencia de nuevas formas de orden.

Es por esto que, aunque la oferta de valor sobre el cambio en el proceso interventivo debe quedar clara desde inicio a través de los objetivos, se debe tener especial cuidado en cómo los sistemas consultantes toman esta oferta de valor como delimitador exitoso de cambio. Algo que fue altamente presente en los consultantes en su narrativa de espacios interventivos previos, dado que puede que dicha oferta se convierta en un atractor extraño del tipo fijo que no permite la emergencia de comprensiones que se alejan de su núcleo, imposibilitando relatos alternos que actualicen el potencial creativo del sistema, evitando que trascienda de un equilibrio estable a una nueva forma de autoorganización, como explica Duque-García, (2017).

Por su parte, el escenario de terapeutas externos favoreció la emergencia de comprensiones que resaltan la importancia que tienen el contexto al momento de construir una definición sobre lo que es patológico, donde se identifica que las construcciones narrativas desde la intersubjetividad cumplen un papel fundamental al abordar la diada salud y enfermedad, resaltando la necesidad de trascender de una mirada categorial a una comprensión dimensional ecosistémica de lo normativo y no normativo. Estas voces de los terapeutas resuenan con lo referido por Estupiñán et al (2006), quienes exponen que las narrativas cumplen un principio organizativo en la manera como se construye la realidad en cada sistema de pertenencia, siendo estas construcciones las que le dan sentido a lo que se define dentro de cada ecosistema como trastornos de personalidad.

Las voces del escenario con los terapeutas se enfocan en la importancia de la comprensión que tienen las personas de los espacios interventivos, donde se puede construir una mirada de imposibilidad de cambio por parte de los sistemas, especialmente en trastornos de alta cronicidad. Se exponen comprensiones sobre la manera como cierto tipo de trastornos, especialmente los de personalidad tienden a presentar una alta inconformidad durante el abordaje terapéutico, indicando la importancia que tiene el integrar al sistema familiar en el proceso. Se reconoce que otro elemento importante para potencializar los abordajes está en poder contar con una voz co-terapéutica.

Lo indicado por los terapeutas externos resuena frente a lo expuesto por Beeney, Hallquist, Clifton, Lazarus, & Pilkonis (2016), quienes puntúan que contar con el sistema familiar permite potencializar varios aspectos como son la adherencia al tratamiento y disminución de la pauta severa. Adicional a esto, como lo explican Maida et al (2011), se aumenta la posibilidad de contar con una mejora a más largo plazo y se fortalece la adaptación social.

Es a partir de lo expuesto anteriormente que se reconoce la gran importancia que tienen las comprensiones semánticas de los sistemas consultantes alrededor de lo patológico y el cómo organizan estas las construcciones identitarias. Esto dentro de la necesidad de dar sentido a lo transitado y buscar integrar el dilema a la historicidad familiar, pero al pautarse alrededor de lo patológico, se convierten en sistemas replicantes del diagnóstico, frenando el potencial creativo del sistema y aumentando la sensación de frustración frente a la posibilidad de cambio.

Memorias divergentes: actualizando la experiencia

Este apartado da cuenta de las memorias que emergieron en el desarrollo del proceso de investigación – intervención a partir de la evocación de versiones subdominantes por parte de los

participantes en los escenarios asociados a la comprensión compleja de los trastornos de personalidad, las intervenciones clínicas y los procesos co-evolutivos y adaptativos.

En este sentido, se elaboraron comprensiones que posibilitaron actualizar y resignificar la experiencia vivida más allá de lo patológico, trascendiendo hacia lecturas recursivas, las cuales favorecieron la emergencia de procesos dialógicos que confrontaban el posicionamiento respecto al lugar y modo de proceder desde el rol correspondiente de cada miembro dentro del sistema familiar.

Abordar el fenómeno de estudio desde el paradigma de la complejidad, significa comprender que los sistemas humanos deben ser analizados a partir del todo, los cuales son no lineales y no son predecibles dada la marcada sensibilidad que tienen frente a las condiciones iniciales (Barcerousse, 2008). Es así que, el proceso de investigación intervención posibilitó la activación de rutas dialógicas dentro del sistema familiar, a través de la evocación de versiones no compartidas de la historia vivida, lo cual posibilitó comprender como el establecer distinciones entre el diagnóstico como una parte y el sistema familiar como un todo, genera movilizaciones recursivas dentro del sistema consultante.

Con base en lo anterior, surgen relatos subdominantes que privilegian la experiencia vivida desde las múltiples dimensiones que conforman a los sistemas humanos, trascendiendo hacia la descentralización de relatos elaborados a partir de comprensiones patológicas e individuales, que integran al sistema familiar desde una figura de corresponsabilidad frente a la redefinición del problema y se establezcan los mecanismos y recursos que promueven el desarrollo de procesos creativos dinámicos que movilizan al sistema hacia versiones actualizadas y generativas frente a su historia de vida y perspectiva vital futura.

Dichas comprensiones dan cuenta de lo planteado por Feixas, Muñoz, Compañ, & Motesano (2016), quienes mencionan que si bien el paciente es identificado por el sistema, el foco de estudio o intervención es la familia, la cual está inmersa en una pautas de interacción en donde uno de los miembros es el que manifiesta el cuadro sintomático, en el cual el síntoma por sí mismo es visto como un mensajero, es decir, un eslabón más del entramado interaccional, en un marco semántico, pragmático y semiótico que da sentido al mismo (Feixas, Muñoz, Compañ, & Motesano, 2016). En el planteamiento sistémico, la relación entre las partes y el todo se comprende desde una mirada que puede ser considerada como invertida, dado que la propiedad de las partes se concibe desde la organización del todo (Capra, 1998b).

Por lo anterior, se identificó la importancia de explorar versiones e implementar procesos interventivos que trasciendan de una lectura individual hacia comprensiones contextuales e interaccionales que integren al sistema familiar, generando distinciones entre el síntoma como una parte y las relaciones familiares y sociales como un todo. En este sentido, Gergen (1992, citado por Rozo, 2002) plantea que los individuos por sí solos carecen de sentido hasta que se construyen con el otro, es decir, en un marco relacional.

Para Pereira (2013), uno de los puntos de mayor resonancia es el hecho de transitar entre una psicopatología individual a una psicopatología relacional, en la cual se deje de hablar de síntomas y signos y se comience a conversar en relación con los trastornos frente a las disfunciones y conflictos relacionales, especialmente los que confluyen dentro del sistema familiar.

Por otra parte, abordar relatos del sistema consultante desde contextos posibilitadores y recursivos, favoreció la configuración de versiones novedosas que transformaron la experiencia narrada hacia nuevas formas de reconocerse y reconocer al otro en la relación; lo anterior, a

partir de identificar como la familia había elaborado una comprensión comunicativa desde el lenguaje verbal explícito dejando de lado pautas que meta-comunicaban emociones, necesidades y sentimientos, priorizando los relatos verbales puntuados desde el déficit, lo cual no les permitía reconocer la diversidad del lenguaje y la comunicación.

Lo anterior se nutre con lo planteado por Roiz (1989), quien menciona que los procesos interventivos deben enfocarse en comprender las pautas comunicativas que se establecen con el desarrollo de la psicopatología. Para tal fin, es fundamental elaborar una lectura amplia del sistema familiar en relación con la problemática, esto entendiendo que las pautas comunicativas no se comportan de forma lineal (Roiz, 1989).

Dichas reflexiones posibilitaron la emergencia de relatos subdominantes, a partir de la expresión y el reconocimiento de los modos verbales y no verbales particulares a través de los cuales los miembros interactúan y se comunican dentro de la familia, actualizando el sistema de significados y estableciendo nuevos recursos que perturban los relatos dominantes que estaban enmarcados bajo prácticas de distanciamiento e inexpresividad, posibilitando, de este modo, el surgimiento de relatos integradores creadores de mundos posibles.

Al deconstruir el relato que posiciona al sistema consultante desde comprensiones categóricas, se reconfigura la demanda de ayuda, la cual privilegiaba relatos asociados a semánticas de control y predicción, elemento que mantenía la postura rígida e inflexible del sistema, dado que, como menciona Kosko (1995), los sistemas humanos son ambiguos, sujetos a la incertidumbre y productores de mundos posibles, por ende, su comportamiento no puede ser predecible con precisión dado que en la medida en que se aumente el “zoom” al evaluar un problema real, más borrosa será su solución (Kosko, 1995).

Desde este punto de vista, el sistema familiar relata, bajo modelos flexibles, una nueva forma de narrarse a sí mismo, enfocado hacia una versión generativa y posibilitadora, que libera del entramado patológico como única forma de configurar la realidad a partir de diálogos comprensivos, en los cuales se reconocen como autores y responsables de su historia, amplificando dichas comprensiones en el reconocimiento del carácter incierto, impreciso y dinámico que hace parte esencial de la vida, y el no abrirse hacia dichas interpretaciones, solo mantendrá la pauta cíclica deficitaria enmarcada desde la pragmática del no cambio.

Al respecto, autores como Zadeh (1965 citado por Matías y Durán, 2005) mencionan que la lógica borrosa plantea el principio que la pertenencia a un conjunto pocas veces se da de forma dicotómica, lo cual significa que se puede pertenecer y no pertenecer a un determinado conjunto. A partir de esta paradoja se desarrolla lo que es la complejidad de lo borroso, al comprender que en la medida en que un sistema aumenta su complejidad, la capacidad para interpretar su comportamiento decrece hasta un punto en el cual la precisión y la pertenencia se vuelven mutuamente excluyentes.

Es por ello que los fenómenos humanos son característicamente ambiguos, por ende, sujetos a la incertidumbre y productores de mundos posibles. Las reglas borrosas generan sistemas que son capaces de actuar de manera no lineal, activando rutas dialógicas que le permiten a los sistemas recursiones de información que les posibilitan los procesos evolutivos (Duque-García, 2017) y favorece la construcción de procesos interventivos dinámicos y polivalentes.

Por otro lado, emergen versiones que resignifican la experiencia respecto al modo como el sistema comprende, interpreta e integra la realidad del otro, en el sentido en que los marcos de referencia normativos mediados por la cultura han dado valor y delimitado la forma como el

sistema familiar puntúa cuáles deben ser los modos de relación permitidos y los no permitidos, lo cual limitaba el reconocimiento del carácter diverso y dinámico del ser humano. Siendo las memorias un recurso que les permitió reconocer escenarios en los cuales conversar con el otro desde la diferencia, comprendiendo su universo, favoreció el desarrollo de pautas de relación posibilitadoras, desde una mirada generativa.

Lo anterior se contrasta por lo expuesto por Millon (1969; citado en Millon et al., 2006) y Clark (1995, citado en Besteiro et al., 2007), quien delimitaba que las pautas que se desviaban de lo socialmente establecido eran consideradas como un criterio que definía lo patológico y por ende, un indicador de enfermedad, es decir, cuando se presentaba una alteración en los patrones definidos como normativos, se daba origen a una mirada patológica de la pauta (Ortiz-tallo, Cancino, & Cobos (2011), sin embargo, a partir del proceso de investigación intervención desarrollado, emergen comprensiones que dan cuenta que estos criterios normativos se convierten en una frontera, que limita el reconocimiento del carácter dinámico, caótico, no lineal y diverso de la realidad y los fenómenos humanos.

Lo anterior, lleva a plantear que cuando el sistema consultante logra configurar comprensiones alternativas sobre lo patológico, permite la apertura hacia narrativas generativas que dan cuenta de construcciones actualizadas sobre el cambio. Es decir, la familia al contar con un miembro diagnosticado con un trastorno de personalidad desarrolla inicialmente una mirada rígida y predictora de lo que esperaba transformar frente al dilema, esto lleva a que no encontraran el modo para gestionarse con la incertidumbre emergente de manera fluida, siendo una fuente de frustración para la familia al sentir que no cuentan con herramientas para afrontar el dilema.

Es a partir de relatos subdominantes que se abordan memorias que dan cuenta de las pautas interactivas diferenciales dentro del sistema, siendo estas un elemento que perturba a la familia, ya que hace presente la existencia de nuevos modos de vinculación e interacción. Esto permite la apertura a una actualización semántica sobre la capacidad percibida de cambio que tienen realmente. Se moviliza su potencial creativo, el cual toma como base las memorias que dan cuenta de los recursos propios que habían estado presentes y que ahora son observables a la luz de las nuevas significaciones. Esto resuena con lo expuesto por Estupiñán, González, & Serna (2006), quienes refieren que las narrativas emergentes movilizan los procesos relacionales y conversacionales que cimientan los cambios terapéuticos, y es así como este sistema consultante al reconocer nuevas pautas de interacción y nutrición relacional puede ampliar sus posibilidades de transformación.

Al permitirse el sistema verse desde esta memoria, se hace presente el cómo esta nueva pauta de interacción genera una transición de fase que les ayuda a movilizarse a un adyacente posible, una nueva forma de integrar lo vivido. Esto favorece la actualización de los procesos co-evolutivos y de adaptación frente al dilema, abriendo la puerta a la producción de mundos posibles, dado que, como menciona Prigogine (1986 citado por Munné, 2005), cuando se da la posibilidad a los fenómenos de alejarse del equilibrio y de la no linealidad se conduce a situaciones que dan apertura a múltiples posibilidades.

En resumen, la forma como los sistemas se autoorganizan responde a la forma como se han gestionado con las soluciones intentadas, que generalmente buscan responder al síntoma, respondiendo de manera isomórfica a las narrativas dominantes sobre el cambio, que se caracterizan por ser deficitarias e invalidantes. Esto no permite la emergencia de relatos alternos que promueven el cambio de fase para actualizar la experiencia vivida, generando nuevas formas

de comunicación, vinculación y nuevos significados que sustentan las comprensiones borrosas de su realidad frente a lo patológico.

Relatos alternos: versión 4k

A partir de las memorias emergentes por parte del sistema consultante, se posibilita la reconfiguración de la construcción narrativa respecto a los trastornos de personalidad la cual estaba inicialmente organizada desde comprensiones bivalentes y unidireccionales, favoreciendo, de este modo, la emergencia de alternativas que llevan al sistema a actualizar la experiencia vivida, resignificando la historia más allá de la patología, generando ajustes en el relato identitario y configurando nuevas formas de relación.

A través del proceso investigativo interventivo se identifica que dichas transformaciones favorecen el desarrollo de procesos coevolutivos y adaptativos, a través de la movilización del potencial creativo y los recursos que favorecen la deconstrucción de los relatos dominantes, hacia la creación de escenarios posibilitadores, dando como resultado la aparición de nuevas formas de orden, alejadas del equilibrio, no lineales.

Con base en lo anterior, emergen relatos alternos que exponen miradas dialógicas actualizadas en torno a las comprensiones semánticas respecto al rol que ejerce el diagnóstico clínico dentro de la pauta interaccional del sistema, descentralizando la atención en el diagnóstico, actualizando el esquema de significados que desmitifican las comprensiones deterministas, bivalentes y deficitarias en torno a la etiqueta diagnóstica, estableciendo procesos que favorecen narrar la experiencia desde miradas posibilitadoras que fomentan el desarrollo de los recursos personales y familiares.

Dichas comprensiones se nutren de lo postulado por Watzlawick (1984 citado por Roiz, 1989), el cual menciona que: “Si un sistema puede calificarse de patológico en la medida en que es incapaz de generar reglas para el cambio de sus propias reglas, la función de la terapia consiste en introducir en ella nuevas reglas de interacción” (p. 261), por lo cual, a partir del desarrollo de los escenarios, se identifica que los procesos interventivos se deben enfocar en construir una tercera historia en el sistema consultante, que trascienda la diada salud-enfermedad, donde converjan los significados y sentidos que le atribuye cada miembro a los modos de relación, observando más allá de las fronteras pre-establecidas por los marcos normativos y deterministas.

Por su parte, Morin (1994) plantea que la complejidad invita a abandonar el paradigma de la simplicidad a través de una nueva forma de conceptualizar, descubrir y reflexionar sobre la realidad, donde se observe una organización, la cual si se mantiene en equilibrio tiende a degenerarse y degradarse, lo que puede ser comprendido como un proceso normal en el hecho que toda entidad o sistema debe permanecer en constante regeneración con el fin de evitar su extinción, en el cual no se puede suprimir lo incierto y lo aleatorio, es decir, se debe aprender a coexistir con el desorden (Morin, 1994).

De este modo, se identifican relatos que dan cuenta de la emergencia del desarrollo de procesos de ajuste identitario, a partir del abordaje de nuevas comprensiones sobre el modo como el paciente identificado danza en relación con el dilema dentro de su historia de vida, dado que el sistema familiar elabora relatos que connotan en el reconocimiento de los procesos de autonomía e individuación del consultante, confluyendo en el re-posicionamiento de este a partir del reconocimiento de los diversos roles que ejerce en los diferentes contextos de los cuales hace

parte, deconstruyendo el relato dominante que lo limitaba a narrarse desde nociones patológicas deficitarias.

Al respecto, Linares (2012, 2015) resalta el papel fundamental que ejerce el sistema familiar de origen en la construcción de la personalidad. Para dicho autor los cambios identitarios y narrativos más importantes en la vida del sujeto, suceden generalmente dentro del sistema familiar, por lo tanto, la nutrición relacional influye en la construcción de la personalidad de sus integrantes; cuando la organización familiar se torna caótica y la mitología negligente, se genera un sistema disfuncional en el cual los individuos desarrollan una débil identidad y una narrativa no identitaria.

Siguiendo esta línea, a partir del desarrollo del proceso interventivo se generaron comprensiones respecto al rol fundamental que ejerce la dinámica relacional del sistema familiar y como esta se ve inmersa dentro de los procesos de cambio, a través de los cuales los miembros dieron cuenta de como sus roles se habían direccionado en ser cuidadores del paciente identificado, viéndose limitado su espectro respecto al modo de significar y dar sentido a su historia de vida, estableciendo pautas ritualizadas en la relación, que tenían como fin contener la pauta patológica. Por lo tanto, la emergencia de relatos alternos actualiza el rol y la potencia que tiene el diagnóstico frente a sus esquemas de significados, favoreciendo el desarrollo de comprensiones que les permiten reconocerse y dar sentido desde sus diversos roles (familiar, social, laboral, político, entre otros).

De acuerdo con lo expuesto por Roiz (1989), cuando se habla de sistema, este se comprende como una interrelación compleja, en la cual se establecen reglas y leyes, que como en ciertas circunstancias pueden responder a lo lógico, en otras se tornan contradictorias e irracionales, por lo tanto, los trastornos de personalidad se convierten dentro del sistema familiar

en una paradoja, en la cual tanto el individuo que presenta la patología como los otros integrantes del sistema, divergen en la forma que significan y dan sentido a sus modos de relación.

A través del desarrollo del proceso investigativo se generaron hallazgos respecto a la importancia de empezar a plantearse la necesidad y funcionalidad de diseñar procesos interventivos a partir de reglas borrosas, los cuales, con base en los escenarios desarrollados, posibilitaron la emergencia de relatos que dieron cuenta de la co-construcción de una tercera historia, transitando de un pensamiento categorial y centrado en la búsqueda de certidumbres y predicciones, hacia el desarrollo de consensos dinámicos que integraron las construcciones subjetivas que existen dentro de cada miembro y transforman esa individualidad en una versión colectiva generativa y posibilitadora que libera del entramado patológico como única forma de construcción de la realidad, construyendo una comprensión polivalente de la vida, que trasciende la diada salud-enfermedad, movilizándolo hacia nuevas versiones flexibles y elaborando perspectivas vitales futuras que conversan con el carácter humano, incierto y posible de la vida.

Al respecto, Munné (2005) convoca a gestionarse con la imprecisión, bajo modelos flexibles, los cuales pautan el comportamiento humano y las relaciones como inciertas y no lineales, motivo por el cual la lógica borrosa da una apertura al principio del “tercero excluido”, donde las concepciones que se tienen de los fenómenos no tienen que ser validadas o rechazadas, pueden ser indeterminadas (Maldonado, 2017; Sierra, 2006), siendo el pensar el mecanismo que lleva a imaginar lo imposible y a su vez permite identificar los problemas favoreciendo la apertura a nuevas formas de comprender la realidad, es decir, construir una tercera historia (Maldonado, 2017).

Es a partir de las anteriores movilizaciones desde la borrosidad que se logran amplificar en el equipo interventivo-reflexivo el cómo se pueden comprender los procesos co-evolutivos

que permiten la emergencia de relatos alternos y la construcción de mundos posibles en los procesos interventivos. En esta apertura a lo continuo, ambiguo y diverso de las realidades de los sistemas consultantes se fortalece la emergencia del potencial creativo en sesión, reconociendo que la incertidumbre puede ser una dinámica posibilitadora autoorganizativa que facilita que posibilita el desarrollo de nuevas comprensiones frente a los dilemas que convocan a sesión, generando, como lo indica Rivas (2008), nuevas formas de orden alejadas del equilibrio, no lineales e impredecibles.

El equipo terapéutico, a través del proceso conversacional reflexivo, se permite redefinir la construcción narrativa asociada al rol del terapeuta como experto en sesión, que atiende a un motivo de consulta o a la redefinición de un dilema solamente dentro de una construcción epistemológica de lo patológico. Es así que se integran las construcciones semánticas que emergen en sesión, dando cuenta de una comprensión contextual de la realidad compleja en la que está inmerso el proceso terapéutico, donde convergen múltiples marcos de referencia que intentan dar cuenta del dilema y de lo que se reconoce como un marcador de resolución del mismo, es decir, el cambio.

En esta comprensión, la responsabilidad pragmática del cambio sale de estar centrada en un rol (el terapeuta), a ser una construcción dialógica entre el sistema y el terapeuta. Es así que el proceso de terapia se convierte en un Sistema Complejo Adaptativo (SCA), que cuenta con su propia habilidad de integrar y gestionarse con las entradas de información desde cada uno de los marcos de referencia que están inmersos en sesión, y en esta dinámica se permiten deconstruirse, mezclarse y evolucionar a nuevas comprensiones que dan cuenta de una alta capacidad creativa, siendo para Gell-Mann y Holland, (1994, 1995 citado por Martínez, 2011) lo que genera las experiencias de aprendizaje.

Y es este potencial creativo lo que para el equipo se convierte una actualización importante, ya que invita a reconocer y comprender de manera diferente los procesos terapéuticos, donde la co-evolución y novedad adaptativa no responde a una dinámica predictiva del cambio, sino que se reconoce la incertidumbre entre orden y caos. Donde, lo que define Munné (2005) como atractores extraños siempre están presentes, siendo los que permiten la emergencia de múltiples rutas de cambio, que pueden estar por fuera de las expectativas de la demanda de ayuda del sistema consultante, los objetivos terapéuticos iniciales propuestos o hasta a los mismos límites epistemológicos del terapeuta.

Comprendemos ahora que la patología y su diagnóstico se convierte en atractor fijo o de sumidero, que arrastran al sistema terapéutico a un punto fijo que puede quedar enmarcado en la necesidad de eliminar del sufrimiento del sistema consultante, pero esta construcción lleva a que no se permitan reconocer que el sufrimiento también hace parte de la vida, y que los sistemas pueden evolucionar con la gestión frente a esta incertidumbre y caos. Es decir, los modelos tradicionales de intervención no se permiten en sesión poder consolidar un estado de transición o fase, es decir, activar el potencial creativo que les permite movilizarse más allá de proceso terapéutico en sí (Rivas Tovar, 2008). Esto es altamente presente en los servicios de salud institucionales que tienen metas de interventivas centradas en la eliminación de lo patológico, y no dan cabida por su naturaleza a la posibilidad de integrar la cibernética de segundo orden en la construcción del proceso.

Por otra parte, un proceso interventivo que movilice en el terapeuta el reconocer el potencial creativo que existe en el sistema consultante y las comprensiones semánticas que se tienen de la experiencia con el dilema, hace que dicho proceso tenga la naturaleza de un atractor extraño del tipo límite, que permite a los actores gestionarse con una movilización polivalente

del cambio, dicho cambio puede salir de los límites establecidos inicialmente, permitiendo una gestión de lo incierto y el desarrollo de una alta creatividad emergente en escenario de no control, dando a su vez la oportunidad de un comportamiento cíclico y periódico de fase. Este constante cambio de fase permite que el escenario terapéutico integre la incertidumbre emergente dentro del mismo proceso, flexibilizando y matizando el proceso co-evolutivo en el marco de los mundos posibles, y la posibilidad de contar con lo que Duque-García (2017) define como novedades autoorganizadas.

En resumen, el sistema investigativo-interventivo reconoce la importancia de contar con espacios de intervención polivalente que se caractericen por la gestión de la inherente incertidumbre que existe al tener un esquema de reflexividad relacional y circularidad donde convergen las múltiples construcciones semánticas de los actores en terapia. Esto nos invita a no solo esperar que los sistemas consultantes se movilicen en sesión, sino que el sistema terapéutico se movilice de manera dinámica y constante en sesión, desde una constante revisión autorreferencial y cibernética de segundo orden, desde las construcciones iniciales que dan cuenta de la manera como se comprende el dilema, hasta la forma como se puntúa el cambio, viéndolo más allá de una única respuesta adaptativa y comprendiéndolo como la manera que el sistema terapéutico tiene una dinámica constante de actualización para integrar lo incierto.

Teniendo en cuenta lo conversado a partir de la discusión, se puede definir, que a partir de proceso investigativo-interventivo se generaron hallazgos que dan cuenta de los trastornos de personalidad como un proceso de autoorganización fallido, lo cual conlleva al sistema a narrar su historia a partir de comprensiones bivalentes y categóricas, a través de las cuales los consultantes construyen su identidad y significan su realidad. Bajo esta lectura el sistema consultante elaboraba un motivo de consulta direccionado al control, predicción y eliminación del síntoma,

conllevando a que la danza terapéutica se vea permeada por estos mandatos que, al transformarse y ser abordados desde los postulados de la borrosidad y la complejidad, posibilita el reconocimiento del carácter ambiguo, dinámico y caótico de los fenómenos humanos, favoreciendo la emergencia de relatos alternos polivalentes que actualizan la narrativas, permitiendo establecer distinciones entre lo patológico como una parte y el sistema familiar como un todo, dichas movilizaciones, que atraviesan los marcos normativos predefinidos por la sociedad entre lo que se debe considerar como saludable o lo que se debe categorizar como enfermedad, dan cuenta de la co-construcción de una tercera historia, a través de la cual el sistema activa su potencial creativo y de innovación que trasciende el relato dominante asociado a una pauta relacional contenedora, identificando los recursos que posibilitan la coevolución y adaptación de este en el tránsito de su ciclo vital.

Autorreferencia: comprendiendo los trastornos de personalidad a partir de procesos interventivos operados desde la complejidad y la lógica borrosa

Dentro del marco de la apertura del conocimiento los investigadores revisan la experiencia desarrollada en los escenarios implementados, buscando ayudar al sistema consultante mediante la actualización de la construcción narrativa de los dilemas y recursos, es a partir de esta recursión que se elabora la comprensión autorreferencial en relación con los actores dentro del sistema investigativo-interventor (Estupiñán, Hernández, et al., 2006; Estupiñán, Niño, et al., 2006; Hernández, 2010). Por otra parte, es importante aclarar que la autorreferencia es el conocimiento que emerge como resultado del proceso de observación de las propias observaciones, todo esto desde un paradigma constructivista, donde el investigador auto-organiza y auto-actualiza lo observado dentro de un contexto que le da coherencia (Jubés, Laso, & Ponce, 2001).

Historias

En el escenario de intervención las narrativas dominantes iniciales por parte del equipo investigador-interventor se centraron en una actitud empática y el contacto emocional con los miembros de la familia, esto con el fin que el sistema pudiera generar un enganche en el proceso, disminuyendo la posibilidad de abandono. Esta construcción relacional con el sistema a nivel familiar e individual, según Riveros & Garzón (2014), ayuda a recrear experiencias positivas que potencializan la adherencia al proceso y la actitud positiva frente al futuro.

Es importante resaltar que, en el marco de un proceso investigativo, existe generalmente una marcada preocupación frente a la adherencia al proceso y la constancia de asistencia a sesiones por parte de los sistemas participantes. Esto genera un temor respecto al impacto que tendría el abandono del sistema en la investigación, llevando a que en el equipo terapéutico tengan un especial tacto al momento de hacer las devoluciones iniciales, dado el historial de abandono de procesos previos por parte de la familia. A partir de lo anterior los investigadores-interventores observan que esta dinámica dejó un impacto en la generación de confrontaciones en esta etapa inicial, limitando devoluciones que hubieran permitido perturbar al sistema frente a sus narrativas dominantes desde la misma recepción.

Esta presente a nivel autorreferencial que la contextualidad de la investigación puede ser un potente marcador que impacta en la manera como se manejan los escenarios iniciales, ya que la expectativa del equipo es poder contar con el sistema durante todos los escenarios diseñados y poder dar cuenta del proceso interventivo-investigativo, y esta expectativa termina atravesando inherentemente el proceso y la danza terapéutica. Consideramos que este es un elemento importante a tener en cuenta en los procesos investigativos, ya que tener presente esta pauta ayuda a la reconfiguración de los diseños de escenarios que tengan presente las particularidades

de sistemas consultantes que tienen diagnósticos de personalidad y presentan un historial de abandono.

Los investigadores-interventores hacen un marcado acento en la manera como las narrativas dominantes centradas en el paciente identificado delimitan la demanda de ayuda por parte de la familia. El equipo se enfoca en hacer observable esta construcción rígida al sistema, siendo un punto importante que nutre la manera como se busca movilizar las comprensiones que tienen sobre el diagnóstico, el cambio y los actores importantes que consolidan estos procesos de actualización y co-actualización en la familia. Lo anterior resuena con lo que refieren Rodríguez-Moya & Peláez (2013), cuando el sistema consultante no logra transitar a una comprensión de lo patológico en un marco relacional, termina afectando a todo el sistema, siendo a su vez este un mantenedor de la patología, no permitiendo la emergencia de relatos alternativos que movilicen comprensiones actualizadas de lo experimentado, rompiendo las narrativas rígidas y generando aperturas a actualizaciones del cómo se ve el dilema.

Al intentar hacer presente la construcción compleja que tiene el sistema consultante sobre lo patológico y la manera como han elaborado su realidad alrededor del diagnóstico, se observa adicionalmente una narrativa deficitaria en la familia que no le permite el reconocimiento de recursos y de cambios emergentes que pueden romper dicha narrativa, esta mirada deficitaria de los recursos no se limita a la familia, sino que es ampliada a los espacios interventivos previos. A partir de esto el equipo comprende que esta forma de construcción de su realidad da cuenta de la experiencia acumulada del sistema en su proceso autoorganizativo, exponiendo la manera como la familia comprende lo transitado y realizar las actualizaciones sobre la experiencia vivida, buscando a su vez realizar una actualización del dilema que se basa en retomar el control

que siente han perdido, ya que el gestionarse con lo incierto no les es posible y no les permite narrar su propia historia de manera flexible.

Para el equipo es claro desde la experiencia en los escenarios interventivos-investigativos que las construcciones identitarias de los sujetos, como lo refiere Linares (2007), son la suma de la experiencia acumulada influenciada contextualmente y biológicamente. Esta pauta de construcción identitaria también se desarrolla en el sistema, quienes desarrollan una identidad como familia que sustenta la manera como dan sentido a lo vivido, siendo una base importante para definir lo patológico y el cambio, se puede decir que esta suma acumulada de experiencias responde a la reflexividad relacional entre sus miembros, quienes como explican Estupiñán, Niño, et al. (2006) y Hernández, (2010) buscan una aproximación comprensiva y explicativa de los dilemas relacionales.

Memorias

En la medida en que se desarrollaban los escenarios se evocaron memorias que buscaban exponer las comprensiones emergentes desarrolladas en la comunicación dialógica, que da cuenta de la circularidad presentada durante el proceso, donde los relatos desarrollados en sesión permitieron la emergencia de procesos creativos. Estas memorias permitieron la comprensión y elaboración de acciones diferentes desde los terapeutas, que posibilitaron una comprensión borrosa del dilema y de aquello que definían como patológico.

Las narrativas emergentes por parte del equipo investigativo-interventivo expusieron el reconocimiento de los relatos generativos que se presentaron por parte del sistema consultante, donde las memorias sobre la sensación de frustración y desesperanza no estaban presentes. Siendo estas memorias la que movilizan dentro del equipo terapéutico comprensiones borrosas

existentes en el sistema familiar, que se alejan de la necesidad de control y dan cuenta de una gestión con lo incierto, haciendo palpable el proceso de autoorganización dentro del sistema.

Es a partir de lo anterior que los terapeutas realizan un reconocimiento de la borrosidad como construcción de cambio en sesión, donde por ejemplo, en el escenario investigativo-interventivo una pauta comunicativa no verbal da cuenta de un acercamiento emocional y dialógico, que ayuda a puntualizar desde el equipo la diversidad de rutas comunicativas y su impacto en las pautas relacionales, permitiendo en el proceso interventivo la configuración o reconfiguración de lo que se define como única realidad y movilizándolo la emergencia de construcciones polivalentes. Siendo esta una herramienta que puede ser comprendida desde lo expuesto por Muñoz & Sánchez (2011) sobre una relación cooperativa que permite dentro del espacio terapéutico gestionarse de manera dialógica y creativa con lo vivido y especialmente con la incertidumbre.

Esto tiene una alta potencia autorreflexiva en el equipo investigativo-interventivo, dado que como terapeutas se hace presente que en los modelos tradicionales de intervención el terapeuta es ajeno a las comprensiones complejas que desarrollan los sistemas consultantes, dado que para entender la realidad del otro hay que darse la posibilidad de romper la mirada de experto para adentrarse en una cibernética de segundo orden que permite la entrada a comprensiones borrosas de las realidades inmersas en sesión, rompiendo la ilusión de objetividad e integrando lo incierto y subjetivo en la danza terapéutica (Capra 1998a).

Esto lleva a entender la importancia que tiene para los terapeutas escenarios donde se puedan realizar reflexiones del impacto participativo que tienen presente las construcciones semánticas de la realidad en el proceso de actualización que se da en sesión desde la experiencia vivida y el cambio dentro del proceso. Es decir, reconocer que las herramientas con las que

cuentan los sistemas consultantes son una forma de comprender y gestionarse frente a lo que se configura como dilema y cambio, es por esto que como terapeutas el cambio no solo da cuenta de lo positivo, sino que se debe integrar lo incierto y paradójico como parte de las movilizaciones en los procesos interventivos. Ya que el ponerse en los zapatos del otro para entender las múltiples formas de moverse en la realidad requiere que se integre una mirada subjetiva que va más allá de los cambios esperados por el terapeuta.

Es así que la borrosidad permite comprender de manera diferente los fenómenos humanos que se hacen presentes en terapia, dando entrada a lo ambiguo y reconociendo que lo que se llama vida está inmersa en un sistema caótico que es altamente dinámico y a la vez posibilitador, siendo esto lo que nos invita a pensar nuestras intervenciones fuera de la necesidad de control y predicción de los cambios. Al permitirnos gestionarnos con la incertidumbre en los procesos se pueden elaborar de manera diferente las construcciones emergentes en sesión o inter-sesiones. Lo anterior da la posibilidad a los sistemas consultantes de estar en un espacio que responde a esa realidad subjetiva e incierta de la que hacen parte, pero con la oportunidad de co-actualizar herramientas o estrategias que permitan integrar lo incierto de manera posibilitadora.

Es importante para el equipo dejar la salvedad que lo borroso no es sinónimo de un abordaje sin objetivos o un propósito de movilización, sino es tener presente que en esta flexibilidad relacional y circularidad es importante reconocer lo caótico dentro del mismo espacio, donde lo predecible y subjetivo son parte de las múltiples construcciones de una misma realidad que pueden emerger en sesión. Esto amplifica ese llamado constante a romper la relación jerárquica del terapeuta como único experto (Rozo, 2002) y adicionalmente da cabida a una realidad multivalente y difusa del mismo proceso de cambio en nuestros espacios terapéuticos que

responde a la afirmación de Kosko (1995): “cuanto más de cerca se mira un problema del mundo real, tanto más borrosa se vuelve su solución” (p. 106).

Relatos Alternos

Al hablar de procesos co-evolutivos en terapia se debe explorar igualmente la comprensión que tienen los terapeutas frente a lo que se reconoce como cambio más allá del sistema consultante. Es así que el terapeuta inicialmente tiene dos dilemas a resolver, el primero es el dilema del espacio de terapia y el segundo el dilema de resolver el dilema del espacio de terapia. Es a partir de lo anterior, que desde lo que Maldonado y Gomez (2010) explican como una danza entre el caos y el orden, reconocemos como investigadores-interventores la gran capacidad posibilitadora que tiene una construcción compleja del terapeuta en su ejercicio, lo cual, le permite estar abierto a nueva información y poder aportar al desarrollo de múltiples respuestas al dilema abordado en sesión, el cual es igualmente polivalente.

Adicionalmente el reconocer dentro del escenario terapéutico el mismo proceso autorganizativo como lo expone Morin (1999, citado por Chacón-Prado, 2015), ayuda a integrar desde conocimiento emergente nuevas miradas sobre lo que se delimita o reconoce como terapéutico, anexando dichas emergencias al conocimiento ya adquirido, que a su vez, posibilita el desarrollo de nuevas comprensiones semánticas y nuevas rutas interventivas. Esto resuena con lo indicado por Juarez & Comboni (2012), quienes ven una necesidad de integrar la complejidad en los procesos formativos, ya que al contar con esta formación previa se logra construir un puente dialógico entre el conocimiento y el “devenir bio-socio-antropo-eco- cultural-histórico” que tienen las personas previamente (Juarez & Comboni, 2012, p. 49).

Es de resaltar, que el poder contar con voces de terapeutas externos que pertenecen a otros modelos, transforma este escenario de ser únicamente investigativo, a ser adicionalmente un espacio que permite nutrir el proceso conversacional autorreflexivo. Dado que nos pone como investigadores-interventores a preguntarnos sobre la manera como desde las instituciones es vista la salud mental en general y no solo desde lo patológico. Observando comprensiones que no tienden a ser flexibles frente a los dilemas intervenidos, ya que mantienen un modelo tradicional que no favorece la construcción de nuevo conocimiento, o de un nuevo conocimiento desde lo diverso. Esta ceguera de las instituciones a lo multidimensional de la realidad no moviliza comprensiones más complejas de los fenómenos, impidiendo a los terapeutas inmersos en estos escenarios la emergencia de lo que define Osorio García (2012) como “conocimiento del conocimiento” (p.272), frenado en ocasiones el crecimiento del mismo profesional.

Es por esto que identificamos los espacios de intervención como escenarios vivos y dinámicos, que deben dar cuenta de una comprensión contextual de la realidad compleja fuera del mismo espacio interventivo, convirtiendo el proceso de terapia en un Sistema Complejo Adaptativo (SCA), que cuenta con su propia habilidad de integrar y gestionarse con las entradas de información desde cada uno de los marcos de referencia presentes, y en esta dinámica se permiten de-construirse, mezclarse y evolucionar a nuevas experiencias de aprendizaje (Gell-Mann y Holland, 1994, 1995 citado por Martínez, 2011), o lo que Duque-García (2017) define como una novedad autoorganizada.

El equipo reconoce que el papel del terapeuta está dentro de lo que Mune (2005) define como un atractor extraño, pero no del tipo fijo o sumidero, sino del tipo de cíclico (Rivas, 2008), que favorece la emergencia de múltiples rutas de comprensión y cambio, permitiendo romper los límites del conocimiento previo y los límites definidos desde los mandatos respecto a lo que debe ser un

proceso terapéutico (fijo, estable y controlado). Es decir, los modelos tradicionales de intervención no se permiten consolidar un estado de transición o fase, en otras palabras, activar el potencial creativo (Rivas Tovar, 2008).

En resumen, el sistema investigativo-interventivo reconoce la importancia de contar con espacios de intervención y profesionales que se nutran de una mirada polivalente que integre la incertidumbre. Es por esto que, al permitir la flexibilidad relacional desde las múltiples interacciones y circularidad en los procesos interventivos se posibilita la emergencia de nuevo conocimiento y nuevas apuestas que no siempre tienen que nacer desde escenarios investigativos, sino que pueden nacer desde la praxis.

Esto nos invita a no solo esperar que los sistemas consultantes se movilicen en sesión, sino que el sistema terapéutico se movilice de manera dinámica y constante en sesión, desde una constante revisión autorreferencial y desde la cibernética de segundo orden, desde las construcciones iniciales que dan cuenta de la manera como se comprende el dilema, hasta la forma como se puntúa el cambio, viéndolo más allá de una única respuesta adaptativa y comprendiéndolo como la manera que el sistema terapéutico tiene una dinámica constante de actualización para integrar lo incierto.

Conclusiones

El presente apartado tiene como objetivo dar a conocer los principales aportes para la comprensión e intervención del fenómeno de estudio, a partir de lo observado desde las categorías investigativas del presente documento. Posteriormente, se resaltarán las contribuciones y aportes del presente estudio a la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia, a la luz del macro-proyecto institucional en su línea de investigación “*Historias y narrativas de los sistemas humanos en diversidad de contextos*”, finalizando con las implicaciones para el contexto, los actores sociales participantes, abordando reflexiones a partir de la experiencia de los investigadores-interventores y estableciendo limitaciones y consideraciones futuras.

Aportes al fenómeno de estudio de investigación-intervención

Para ilustrar este apartado, presentaremos una síntesis del aporte que se fue construyendo a partir del desarrollo de cada uno de los capítulos que hacen parte del presente documento, lo anterior, a la luz del fenómeno de estudio, el cual estaba relacionado con abordar los trastornos de personalidad desde la complejidad y la lógica borrosa para la construcción de intervenciones polivalentes orientadas a la generación de novedades adaptativas, coevolutivas y de mundos posibles.

En los estados del arte testimonial y documental se favoreció el desarrollo de comprensiones que posibilitaron amplificar las miradas respecto a lo que se concebía como trastornos de personalidad y el impacto que tenían los procesos interventivos centrados en personas que habían sido diagnosticadas con dicha patología. Dentro del estado del arte testimonial se contó con la participación de un psicoterapeuta y un consultante con trastorno de personalidad esquizoide, los cuales, a partir de la exploración de los relatos analizados a la luz de los dominios de indagación de orden explicativo, técnico-interventivo e ideológico simbólico,

elaboraron comprensiones respecto a la limitación que tienen los procesos interventivos que se desarrollan de manera individual, dado que el impacto que tiene el cuadro sintomatológico no solo afecta al individuo diagnosticado sino que también se ven inmersos sus sistemas de pertenencia, frente a los cuales existe una marcada dificultad para llegar a consensos, generando movilizaciones que se limitan a la búsqueda del bienestar individual, reconociendo, por otro lado, al ser humano como un sujeto ambiguo, en el cual un mismo comportamiento puede ser interpretado de maneras diferentes dependiendo del observador.

A partir de dichas voces y de los registros de indagación documental, se concluye que se debe establecer una búsqueda de alternativas que posibilite integrar una nueva forma de comprensión de los trastornos de personalidad, que tome en consideración el abordaje desde los marcos de referencia del dilema, la vinculación del sistema familiar y el reconocimiento de la esencia ambigua, caótica y borrosa de los fenómenos humanos, impactando en el desarrollo de procesos interventivos orientados al cambio y la generación de bienestar.

El sistema teórico y conceptual tenía como objetivo dar cuenta de los elementos teóricos, epistemológicos y paradigmáticos en relación con la investigación-intervención, lo cual permitió ampliar las comprensiones del fenómeno de estudio a través del desarrollo de un abordaje complejo, sistémico, constructivista y construccionista. Dentro de este apartado se determinó como primer eje de análisis el comprender los trastornos de personalidad a partir de los postulados de la complejidad y la lógica borrosa, los cuales se evalúan desde un enfoque ecológico y contextual centrado en los procesos relacionales, la dimensión individual y los significados alrededor de ellos.

Seguido, se aborda un marco explicativo en lo relacionado con los procesos interventivos, comprendiendo que los trastornos de personalidad no se pueden interpretar como construcciones

bivalentes y categóricas, sino que estos generan sistemas borrosos que son capaces de actuar de manera no lineal e impredecible.

Finalmente se elabora una construcción teórica que narra el cambio como un proceso de co-evolución y adaptación del sistema, en el cual, se busca transitar de posturas que parten de miradas de interacción estáticas y lineales, hacia una comprensión dinámica y reflexiva que favorezca la emergencia de sistemas complejos adaptativos.

En el capítulo del método se plantea un proceso de investigación-intervención contextual y reflexivo enmarcado en los principios operadores de autorreferencia y heterorreferencia, reflexividad relacional, circularidad, borrosidad, contextualidad y conectividad, los cuales favorecen la construcción de marcos explicativos respecto al fenómeno de estudio. En este sentido, se establece como unidad de análisis las narrativas, dado que estas son una forma de identidad que se evoca para contar la historia, la cual brinda sentido y significado contextual a la experiencia, dando un lugar en el mundo (Estupiñán Et al, 2006).

Los resultados se organizaron con base en las categorías metodológicas y los conceptos del macroproyecto, a partir de las cuales se da cuenta de un proceso autoorganizativo cristalizado y rígido que había establecido el sistema, configurando una nueva forma de realidad en torno a la patología, enmarcada desde una lectura identitaria deficitaria, categórica, y bivalente (salud/enfermedad), lo cual no posibilitaba actualizar su experiencia vivida más allá de los trastornos de personalidad, comprendiendo el cambio desde el control, predicción y "cura" del cuadro sintomático del paciente identificado.

Por lo anterior, a partir de procesos narrativos conversacionales se generaron aperturas reflexivas, que posibilitaron la deconstrucción de la narrativa dominante centrada en lo

patológico, favoreciendo la emergencia de memorias y relatos alternos que trascendían hacia lecturas contextuales e interaccionales que integraban al sistema familiar como un todo, estableciendo una co-responsabilidad frente al cambio, en el cual se generó un reposicionamiento del rol que ejercía cada miembro dentro del sistema, actualizando los esquemas de significados que atravesaban la frontera que había sido establecida por los marcos normativos y los esquemas socioculturales, frente a los valores de verdad o a lo que se considera correcto o permitido, lo anterior, entendido desde el comprender y ubicarse en el mundo del otro, por más diferente que llegue a ser.

Dichas aperturas contribuyeron a la configuración de la demanda de ayuda, favoreciendo la construcción de nuevas alternativas a lo que se consideraba problemático, estableciendo mecanismos y recursos propios desde su autonomía que impactaron en los procesos de innovación y creatividad del sistema, elaborando perspectivas vitales futuras que conversan con lo incierto y lo caótico.

La discusión se dio a partir de la interpretación de los resultados y los referentes teóricos a la luz del fenómeno de estudio y la hipótesis general, la cual dio cuenta que los procesos interventivos sistémicos que se organizan a partir de los postulados de la borrosidad, que integran el paradigma de la complejidad hacia comprensiones generativas y posibilitadoras de los trastornos de personalidad, se convierte en un recurso y un mundo posible para los sistemas familiares que transitan ante dicho dilema, denotando la responsabilidad que tiene la psicología clínica respecto a brindar alternativas actualizadas que den respuesta al carácter dinámico y diverso de la vida y los fenómenos humanos.

Se observa que las apuestas teóricas tienen un foco centrado en la comprensión de lo patológico desde una construcción categorial, es decir, desde la presencia o ausencia de patrones

de interacción o comportamiento desadaptativos dentro de un contexto o marcos normativos sociales (Clark, 1995, citado en Besteiro et al., 2007), también se hace un especial acento en la pauta doble vincular (Bateson, 1998) y la manera como los sistemas desde la dinámica entre la conyugalidad y parentalidad pueden impactar en el desarrollo de un trastorno de personalidad (Linares 2007) .

Para el equipo investigador-interventor el comprender los trastornos de personalidad va más allá de una simple categoría diagnóstica, ya que al integrar en los procesos interventivos una mirada borrosa de lo patológico se permite co-construir junto con el terapeuta una nueva realidad que dé cuenta de un proceso dialógico que integra la experiencia conjunta frente al dilema, dicha experiencia da cuenta de las construcciones semánticas desarrolladas por los integrantes del sistema y que re-definen lo que se comprende como patológico y sujeto a intervención para el sistema.

Es por esto que tomando en consideración lo expuesto por Martínez (2011) en torno a que cuando se habla de trastornos de personalidad, se comprende una dificultad del sistema para activar su potencial creador, dado que no poseen la capacidad para emerger como un todo y de este modo generar nuevas formas de adaptación con base en los dilemas que se van presentando. Optamos a partir de lo anterior por ampliar esta afirmación más allá de los trastornos de personalidad, y es comprender que lo que definimos como patología psiquiátrica, no es más que un intento fallido de adaptación, es decir, los procesos autoorganizativos del sistema no logran actualizar su capacidad creadora, llevando a que los sistemas no puedan gestionarse con lo incierto, evitando que el sistema trascienda a partir del caos, o como lo expone Duque (2017), la generación de novedades autoorganizadas.

Deseamos dejar la claridad que no es que estemos invitando a derribar los modelos diagnósticos, es claro que estos responden a la necesidad de contar con un lenguaje común dentro de la comunidad científica y las instituciones de intervención. Deseamos invitar al lector a pensar en el aporte generativo que tiene esto para los sistemas consultantes, ya que como lo indican Estupiñán et al (2006), el trastorno cristaliza el potencial creativo del sistema, y al darle un diagnóstico sin la posibilidad de una retroalimentación reflexiva lleva al sistema a quedar con un rótulo, el cual se convierte en lo que Rivas (2008) define como un atractor extraño del tipo fijo o sumidero. Esto lleva a utilizar el diagnóstico como una forma de construir la realidad dentro del sistema, donde las pautas de interacción familiar y la priorización o no de la nutrición relacional (que generalmente está centrada en el “paciente identificado”) se verán afectadas.

Es a partir de lo anterior que se intenta comprender en el escenario terapéutico lo patológico desde la flexibilidad relacional que da cuenta de las construcciones dialógicas del dilema, pero no solamente desde los miembros de la familia, sino que este se amplía al sistema terapéutico en general, invitando a salir de las nosologías psiquiátricas, estas recursiones de construcciones semánticas que se tienen sobre la manera como se comprende y explica lo patológico, resaltan la importancia y la responsabilidad de la terapia de promover una reconstrucción de narrativas que dan cabida a relatos alternos que permiten integrar la experiencia vivida y reactivar el potencial creativo de los sistemas.

Esto aumenta el acento en espacios terapéuticos flexibles, borrosos, es decir que aprendan a gestionarse con lo incierto. Es así que se hace un llamado continuo a desarrollar espacios narrativos que se conviertan en escenarios posibilitadores de cambio, rompiendo, como lo dice Rozo (2002), el mito del psicólogo como experto, pero esto es más complejo de derribar de lo que se cree. Lo anterior se debe a que muchos de los sistemas consultantes han transitado

previamente por rutas institucionales de intervención, que se basan en un modelo médico tradicional donde el rol del profesional en salud mental se puntúa como experto.

Y es que las rutas institucionales tradicionales de intervención en salud mental exigen una postura colonialista de los sistemas a intervenir, siendo directivos en los procesos terapéuticos, lo cual nutre la mirada del terapeuta como experto de los consultantes, perdiéndose la posibilidad de la construcción de comprensiones complejas de los fenómenos humanos y que permita nuevas formas de comprender la realidad, o lo que define Maldonado (2017) como una tercera historia. Aquí observamos que no integrar esta mirada en los procesos interventivos, lleva a que dichos espacios tengan una alta tasa de abandono, que puede ser explicada desde múltiples motivos, la poca frecuencia de atención, la dificultad de pactar encuentros y hasta el cambio constante de profesional de atención, generando una alta frustración en los sistemas consultantes.

Es así que para el equipo de investigación-intervención es vital el reconocer lo incierto en sesión y la forma como los sistemas consultantes integran los diagnósticos, ya que a partir de esto desarrollan las comprensiones semánticas frente a lo patológico y el cambio. Este reconocimiento favorece el desarrollo de Sistemas Complejos Adaptativos (Gell-Mann, 1994 y Holland, 1995 citado por Martínez, 2011), dado que se les da la oportunidad a los sistemas de adquirir, actualizar y procesar la información relacionada con su dilema, permitiendo que en sesión desarrollen herramientas que les permitan descomponer, combinar y construir nuevas formas, favoreciendo el potencial creador con el que cuenta el sistema.

Podría pensarse cómo los dilemas humanos pueden ser invitaciones que se nos están haciendo a generar nuevas formas de adaptación que sean más compatibles con las dinámicas de la vida, ya que las organizaciones vigentes hasta el momento pueden estar quedándose cortas frente a los nuevos retos; lo anterior nos invita a recorrer nuevos caminos, a través de una mirada

que no busca predecir, sino comprender la polivalencia de la vida, es decir, una psicología que en sintonía con las dinámicas de la vida, tiene la capacidad de asumir riesgos y se moviliza dentro de la improbabilidad.

Contribuciones a la psicología clínica, al Macroproyecto Institucional y a la Maestría

A partir del ejercicio investigativo-interventivo realizado se propone una aproximación terapéutica polivalente de los trastornos de personalidad desde una mirada sistémica que tome a consideración construcciones complejas de lo patológico, procesos narrativos borrosos para el cambio y proceso co-evolutivos que permitan la emergencia de novedades adaptativas y la activación del potencial creativo de los sistemas para gestionarse con lo incierto.

Inicialmente es importante tener presente que los sistemas consultantes que cuentan con un trastorno de personalidad diagnosticado, ya tienen inmersa una construcción del “paciente identificado”, pero adicionalmente con una expectativa de cambio que está mediada por la eliminación del síntoma, elemento que es nutrido por los modelos interventivos previos que son muy comunes en estos sistemas consultantes, ya que dicha experiencia sustenta la demanda de ayuda, las narrativas dominantes y la comprensión del cambio. Esto se da, ya que el sistema desarrolla una construcción identitaria y relacional que gira en torno al diagnóstico, siendo este un atractor extraño fijo (Rivas,2008), que se convierte en un núcleo “gravitacional” que permea las experiencias previas del sistema con el dilema y las soluciones intentadas.

Es por esto que es importante reconocer la manera como el diagnóstico ha impactado en la manera como los sistemas consultantes y los terapeutas comprenden lo patológico y si han existido aperturas dialógicas previas que les haya permitido actualizar las narrativas deficitarias respecto al dilema. Generalmente, como lo expone Vázquez (2012), el sistema puede venir con múltiples diagnósticos dado que los criterios diagnósticos tienden a solaparse entre sí, llevando a

que encaje en otras patologías, especialmente trastornos del estado del ánimo. Es por esto que el terapeuta sistémico debe aprender a moverse más allá de la nosología psiquiátrica, invitando al sistema a comprender el diagnóstico como un dilema, esto descarga la tensión que tiene la categorización clínica en la familia.

Otro elemento a tener en cuenta y que es común, es que dadas las particularidades del sistema de salud, al menos en nuestro país, un sistema consultante puede venir con un historial de diagnósticos diferentes, que generan una alta caotización en los procesos autoorganizativos en las familias, ya que no les da tiempo de actualizar sus comprensiones y activar su potencial creativo para el cambio. En resumen, el sistema terapéutico que desee abordar un trastorno de personalidad desde lo sistémico, complejo, borroso y co-evolutivo debe comprender que esta etiqueta diagnóstica ha impactado en la construcción narrativa de significados y el cómo se ha organizado en la estructura identitaria familiar, que generalmente se narrará desde lo deficitario y desesperanzador que ha sido el diagnóstico, es por esto que puede llegar a invisibilizar procesos de cambio que pudieron movilizar transformaciones importantes durante la experiencia del sistema con el dilema.

Integrar procesos narrativos organizados en la borrosidad para el cambio, requiere una especial atención a las memorias que emergen en los espacios interventivos, ya que estos rompen la narrativa dominante, trayendo relatos donde lo transitado fue diferente y posibilitador (Estupiñán & González, 2015). Esto especialmente presente no es ajeno a nuestro modelo de intervención desde la aproximación sistémica. Pero nuestra apuesta en el marco de proceso interventivos polivalentes es que se tome la borrosidad como una herramienta que permita a los sistemas consultantes gestionarse con lo incierto.

Esto se expone en el marco de la investigación-intervención desde una comprensión contextual que da cuenta de las formas como el sistema terapéutico experimenta el cambio frente a las expectativas iniciales que tiene tanto la familia como el equipo terapéutico, y cómo a través de procesos autoorganizativos buscan gestionarse con eso que es demarcado como difícil y doloroso. Siendo el reconocimiento de la incertidumbre, la ruptura de la diada salud/enfermedad, permitiendo que el sistema transforme el diagnóstico en un atractor extraño del tipo ciclo-límite, es decir, que movilice comprensiones y cambios que no respondan exclusivamente a la patología, movilizandorecursiones de información que posibiliten procesos co-evolutivos que se alejan de lo predecible y la búsqueda de control.

Esto lleva a que los sistemas interventivos tengan presente que la incertidumbre es un elemento constante en sesión, ya que los cambios y transformaciones pueden emerger por fuera de lo proyectado inicialmente, entendiendo que el sistema terapéutico está también atravesado por el caos y el orden al límite del caos que permite una apertura hetero y autorreflexiva, dando paso a una nueva forma de significar la realidad, evitando isomorfismos con las construcciones nosológicas psiquiátricas en los procesos interventivos-investigativos.

Implicaciones para el contexto y los participantes

Los Servicios de Atención Psicológica SAP de la Universidad Santo Tomás y el Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá CRIB fueron los contextos seleccionados para el desarrollo de la presente investigación-intervención, estos escenarios y especialmente el SAP se caracterizan por una alta flexibilidad en las dinámicas de intervención. Esto dado que se cuenta con recursos humanos, físicos y tecnológicos que responden a las normativas gubernamentales para el ejercicio ético y profesional de procesos psicoterapéuticos. Se resalta de manera especial el carácter formativo que tiene el SAP, ya que integra la posibilidad de una construcción

reflexiva sobre el proceso interventivo, a partir de la convergencia de saberes y docentes que hacen parte del espacio.

A partir del ejercicio investigativo-interventivo se potencializan comprensiones de las narrativas emergentes en sesión, donde los participantes cuentan con la posibilidad de actualizar y co-actualizar las experiencias vividas frente al dilema, fortaleciendo con base en las devoluciones y construcciones en sesión el contar con herramientas que les permitirán activar su potencial creativo en el marco de una pauta de circularidad y flexibilidad relacional que les permite deconstruir las narrativas dominantes.

Es decir, por medio de estos relatos alternos se reconocen las experiencias y los sistemas de creencias de cada miembro respecto a lo experimentado a nivel relacional y de significados, dando paso a una nueva construcción semántica de la realidad. Lo anterior favorece la emergencia hacia un sistema complejo adaptativo, nutriendo una comprensión alterna y actualizada de lo que se reconoce como dilema, estableciendo nuevas formas de orden alejadas del equilibrio.

Sobre el proceso autorreferencial en la investigación-intervención

Al comprender los fenómenos patológicos como una forma fallida de adaptación, los investigadores-interventores se permiten ampliar sus comprensiones de los dilemas humanos más allá de las etiquetas diagnósticas. Permitted profundizar en las formas como los sistemas consultantes construyen su realidad desde comprensiones complejas de lo patológico. Siendo estas recursiones un punto importante a la hora en que se definen los marcadores de cambio dentro de las familias.

Se tiene claro que las categorías diagnósticas cumplen el papel de ser un lenguaje común entre las instituciones y como profesionales de salud, pero se reconoce el especial tacto que se debe tener al momento de dialogar con sistemas que han sido diagnosticados, especialmente porque lo que comprendíamos anteriormente es que era el consultante el diagnosticado y las familias hacían parte de esta rotulación desde su papel como mantenedores de la pauta severa.

Pero ahora comprendemos que el diagnóstico es tomado por todo el sistema como una construcción identitaria, es así que si no deconstruimos esta mirada categórica nos enfrentamos a sistemas que cuentan con construcciones deficitarias y desesperanzadoras de los procesos interventivos, llevando al terapeuta a una marcada preocupación que el sistema pueda abandonar el proceso. Esta expectativa de adherencia lleva a que se puedan evitar devoluciones confrontativas o que se dejen pasar por alto aperturas narrativas que puedan amplificar las comprensiones complejas del dilema.

La construcción de escenarios conversacionales con terapeutas externos da al equipo una mirada contextual desde otras aproximaciones interventivas, esto actualiza especialmente la construcción contextual que se tienen frente a lo que se define como patológico desde los diferentes modelos. Se observan también interesantes convergencias que dan cuenta de aproximaciones integrales y complejas en terapeutas que realizan una praxis independiente. Reconocemos que la flexibilidad de los espacios interventivos que permitan la emergencia de procesos interventivos polivalentes desde la complejidad, la borrosidad y los mundos posibles, estará medida por el tipo de institución, ya que, si estuviéramos, por ejemplo, en el contexto de una EPS adscrita al sistema de salud, entraríamos en la pauta isomórfica de atención que limita de manera importante el potencial creativo, dados los tiempos y la exigencia de responder desde el modelo médico característico de estos espacios.

Desde la mirada de los investigadores-interventores se actualiza la experiencia de ser terapeuta en un contexto interventivo que reconoce la constante incertidumbre y los mundos posibles, ya que comprendemos que los procesos terapéuticos pueden tener múltiples y polivalentes maneras de consolidar el cambio, incluso fuera de las mismas fronteras epistemológicas del modelo formativo del terapeuta. Y el estar abierto para comprender esta realidad inherente en sesión, sentimos que a los terapeutas les da la posibilidad de moverse de manera más libre en intervención, ya que es capaz de ponerse más fácilmente en la posición del otro, rompiendo la jerarquía y colonización terapéutica, permitiendo que los sistemas consultantes reconozcan sus recursos movilizantes que se alejan del orden y la predicción.

Limitaciones y consideraciones para futuras investigaciones

La experiencia previa de los sistemas en procesos terapéuticos inmersos en el sistema de salud público son un limitante que impacta en la demanda de ayuda inicial y la manera como se construyen las comprensiones sobre a quién y cómo va direccionado el cambio, esto genera una resistencia inicial a la presencia del sistema familiar en sesión y que, tomando como base las intervenciones previas, refieren su extrañeza y en ocasiones su incomodidad de hacer parte de un proceso que siente como extraño o ajeno a ellos, dado que se abordan desde epistemes y modelos diagnósticos categóricos que los sistemas consultantes no logran comprender.

Es importante tener presente que los sistemas que cuentan con un miembro diagnosticado con un trastorno de personalidad tienden a presentar una mayor probabilidad de abandono, dado que, en primer lugar, en los procesos interventivos no se suele considerar al sistema familiar como miembros activos dentro del proceso de cambio, sumado a que, las expectativas frente al cambio por parte del sistema familiar, pueden generar una intervención isomórfica a las expectativas iniciales de cambio. Esto lleva a que en el marco de un proceso investigativo como

terapeutas se sienta debe revisarse con cuidado las devoluciones que puedan llegar a ser muy confrontativas, especialmente al inicio del proceso, pero que desde la autorreferencia se comprende como esta pauta puede limitar el abordaje de narrativas y aperturas potentes al momento de configurar la demanda de ayuda.

Dado el desarrollo del escenario con terapeutas externos, se recomienda que este se realice inter-sesiones, ya que podría, desde las diferentes posturas interventivas potencializar las comprensiones complejas que van emergiendo con el sistema consultante y que podrían ser dialogados desde esta mirada polivalente integrando espacios transdisciplinares y transexperienciales en el proceso interventivo.

Se sugiere para futuras investigaciones explorar en los sistemas consultantes de manera más profundas la construcción dimensional de trastornos de personalidad de Linares (2007), desde la diada de conyugalidad/parentalidad, dado que esto permitiría nutrir el ejercicio investigativo y los planteamientos teóricos-explicativos frente a las construcciones semánticas dentro de la familia en torno a lo patológico. También permite ampliar las miradas de lo que los mismos sistemas definen en ocasiones como una pauta transgeneracional del trastorno. Adicionalmente se hace una invitación a indagar sobre las nuevas comprensiones y construcciones de familia, lo cual nos lleva desde el equipo de investigación-intervención la siguiente pregunta para investigaciones posteriores: ¿Cuál es el impacto que tendría el integrar una mirada compleja y borrosa que actualice los planteamientos de Linares respecto a lo patológico a partir de las dimensiones de conyugalidad y parentalidad a la luz de las nuevas formas de familia?

Post-scriptum:

Un pequeño gran paso, invitación a una apuesta que debe dejar la timidez

Como escenario final de la presente investigación-intervención se realiza la sustentación del trabajo realizado, se cuenta en este espacio con la presencia de la directora de la Maestría Luz Marina Moncada Torres, el jurado lector Juan Carlos Fonseca Fonseca, la jurado meta-observadora Mariana Andrea Pinillos Guzmán, la líder de investigación formativa de la maestría Diana Laverde Gallego, la directora del trabajo de investigación Sandra Liliana Aya Angarita y los autores del trabajo Karen Viviana Salinas Atuesta y Helvy Giovanny Sierra Vargas. En este escenario los investigadores-interventores realizan la presentación del trabajo desarrollado dando un especial énfasis en el problema de investigación- intervención, el método, los resultados, conclusiones y aportes de la investigación.

Posterior a la sustentación se realiza la conversación entre el jurado, la jurado meta-observadora y la directora de la Maestría, quienes reconocen el carácter novedoso de la investigación-intervención frente a la apuesta de comprender los trastornos de personalidad desde los postulados de la complejidad. Indican que dicha apuesta invita a ver la personalidad con una mirada que va más allá de una construcción intrapsíquica, donde se comprende lo humano desde una perspectiva individual, reconociendo la particularidad de la investigación de llevar la personalidad a una mirada relacional y fenomenológica. Resaltan que la investigación plantea un reto interesante al realizar una aproximación desde la borrosidad al invitar a los lectores a cuestionarse sobre las categorías diagnósticas en personalidad.

La jurado meta-observadora dialoga igualmente sobre el reto que representa redefinir la mirada sobre lo diagnóstico. Expone que le parece interesante la apuesta relacional sobre los procesos adaptativos y que el cómo también impactan en la sensación de malestar y sufrimiento

respecto al dilema. Indica que siente que esta mirada relacional rompe la construcción tradicional de lo que se conoce como patológico. Adicionalmente comenta que fue muy potente para la investigación-intervención poder contar con la voz de otros terapeutas de diferentes modelos, quienes dan un tercer nivel de comprensión de los fenómenos abordados en el trabajo presentado.

Al respecto el jurado refiere que la apuesta de repensarse las categorías diagnósticas se mantiene tímida en su esencia, dado que la revisión y resultados del proceso investigativo permiten plantear una postura firme donde se invite a derribar dichos modelos diagnósticos. Lo anterior reconoce el impacto que estas tipificaciones tienen en los sistemas consultantes frente a como construyen su identidad, en los modos de intervención por parte de los terapeutas y en la forma como los sistemas de salud abordan a las personas con etiquetas diagnósticas en salud mental. Siendo estas lecturas medicalizadas un punto importante que pauta la danza terapéutica y la prospectiva de los sistemas consultantes, resaltando la importancia de romperlas, además de ser un punto importante para considerar en los espacios de formación.

La jurado meta-observadora resalta el valor policromático que se da desde la apuesta interventiva, especialmente en la manera como se considera nuevamente lo patológico y la forma como se construye una postura crítica sobre los diagnósticos y su validez dentro de los sistemas consultantes y dentro del espacio de sesión. Refiere lo que reconoce como una invitación a construir el cambio, a partir de la ruptura de la rigidez de los modelos medicalizados que tienden a puntuar las familias desde lo netamente diagnóstico. Comentando adicionalmente como siente que el trabajo investigativo pone sobre la mesa la necesidad de comprender y enfrentar lo egosintónico que está presente en los abordajes terapéuticos frente a los modelos tradicionales.

Sumado a lo anterior la jurado retoma nuevamente lo interesante que es integrar miradas trans-enfoques, indicando el reto importante que esto representa especialmente en la manera como desde los diferentes modelos nos gestionamos con las voces de otras posturas teóricas sobre lo interventivo y el cómo se comprenden los fenómenos humanos. La misma jurado comenta sobre cómo se pueden integrar dentro de esta mirada compleja y policromática abordajes tan osados como el darle inclusive una voz y rol a la misma alucinación, indagando en sesión el dilema a través de ella, más allá de solo etiquetarla como síntoma. El jurado resuena con lo expuesto por la jurado meta-observadora y adicionalmente expone que un elemento interesante que identificó en las voces del escenario de los terapeutas es que la mayor parte de las memorias emergían de la terapeuta sistémica, siendo esto lo que da una marcada diferencia del cómo se integra la mirada desde lo narrativo en los procesos interventivos.

Posteriormente a esta revisión desde los jurados, la directora y los investigadores-interventores dialogan a la luz de lo discutido anteriormente, en este orden la directora refiere que la investigación invita al lector a tener un ejercicio reflexivo profundo respecto a la personalidad, el diagnóstico, la salud mental y específicamente los trastornos de personalidad. Reconoce el reto que representa el trabajo al invitar a confrontar mandatos institucionales y disciplinares, siendo esto un aspecto importante a resaltar. Sumado a lo anterior tener redefiniciones de los fenómenos clínicos desde una apuesta trans-enfoques es importante para seguir sumando a la mirada compleja de la salud mental.

Al respecto la investigadora-interventora Karen Salinas comenta como ella resuena con las voces de los jurados, especialmente el concepto de “agujero negro”, el cual hace que el problema se amplifique frente al diagnóstico impactando profundamente en el consultante y la familia. Expone adicionalmente que la apuesta tímida de derribar los modelos diagnósticos

también le lleva a preguntarse sobre ¿qué tan listos estamos como terapeutas para derribar estas fronteras?, reflexionando sobre el cómo aprendemos a conversar desde lo no normativo, ya que las apuestas formativas nos enseñan a dar prioridad al “deber ser” (normativo). Esto sustenta la necesidad de cuestionarnos como investigadores-interventores sobre nuestra timidez al momento de abordar la invitación a derribar los modelos diagnósticos.

Por otra parte, invita a tener presente como el modelo medicalizado tiende a tener una mirada generalmente desesperanzadora frente a los sistemas consultantes, puntuándolos como “resistentes al cambio”, siendo esta una etiqueta normalizada entre varios profesionales y terapeutas. Resalta que como terapeutas, somos nosotros los que debemos adaptarnos a lo que no es normativo y desde allí construir el cambio, especialmente en lo que respecta a los trastornos de personalidad. Finalmente invita a reconocer la importancia de realizar trabajos investigativos en poblaciones penitenciarias, yendo más allá de la tradicional tipificación patológica y diagnóstica, es decir, movilizarse desde una comprensión profunda del dilema y sufrimiento que experimentan estas personas, rompiendo una mirada netamente punitiva y que termina limitando el actuar de los terapeutas con esta población.

Por su parte el investigador-interventor Helvy Sierra expone que uno de los puntos importantes tratados por los jurados corresponde a la manera como los diagnósticos se convierten en construcciones identitarias en los sistemas, hasta el punto que dejan de ser sujetos para reconocerse solo como entidad patológica, refiriendo que para los sistemas es importante comprender que “tener un diagnóstico no los hace ser un diagnóstico”. Por otra parte, resuena con la propuesta del jurado frente a dejar la timidez y aventurarse a instituir una postura clara sobre la necesidad de derribar los modelos diagnósticos, llevando a la necesidad de construir

procesos interventivos que no se piensan desde esta rotulación, ya que no son generativos para el mismo proceso interventivo.

Adicionalmente el investigador resalta la importancia de poder construir equipos trans-enfoques, exponiendo la potencia que tendría para los psicólogos poder trabajar con otras disciplinas, igualmente reconoce que aún existen barreras epistemológicas que no fomentan el diálogo fluido con otros modelos. Siendo lo anterior un muro importante al momento de construir una mirada dialógica frente a procesos interventivos polivalentes que permitan comprender y abordar los dilemas con los que los sistemas consultantes asisten a sesión, especialmente cuando vienen del sistema medicalizado; dado que llegan a sesiones con construcciones ya rígidas sobre el cambio, o la no posibilidad del mismo, así como que los actores son los que deben ser intervenidos para comprender y movilizar procesos autoorganizativos.

La directora Sandra Aya cierra el espacio exponiendo la importancia que el trabajo investigativo se siga ampliando desde la apuesta tratada en el trabajo expuesto, en primer lugar las movilizaciones que dentro del trabajo terapéutico se logra con el sistema consultante en sus comprensiones del dilema y el cambio. En segundo lugar, indica que concuerda con el jurado al decir que el equipo fue tímido en su apuesta, pero que esto en sí mismo es un “pequeño gran paso” en una apuesta teórica en lo que respecta a integrar una mirada sistémica compleja de lo patológico y los modos de intervención desde una mirada borrosa y coevolutiva.

Referencias

- Álvarez, R. (2010). Psicopatología y complejidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), 169–173.
- Amar, J., Cervantes, M., Brunal, G., & Crespo, F. (2011). Comparación de perfiles de personalidad entre individuos con delitos con la seguridad pública, delitos menores y sin delitos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 113–123.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (Tercera Ed). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (Cuarta Ed). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (V)* (Quinta Ed). Washington, DC.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Arias, W., Canales, F., & De la Torre, N. (2016). Características psicopatológicas en los reclusos del Penal de Socabaya de Arequipa (Perú). *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 80–87.
- Arroyo, J., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 11–15. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202009000100002>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. (Asociación Americana de Psiquiatría, Ed.). Washington, DC: Arlington VA.

- Badía, G. (2013). Mundos posibles y paradojas. *Areté*, 25(2), 219–229. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1016-913X2013000200002&script=sci_arttext
- Bateman, A., Gunderson, J., & Mulder, R. (2016). Tratamiento del trastorno de la personalidad. *Revista de Toxicomanías*, (77), 3–13.
- Bateson, G. (1998). *Pasos Hacia una Ecología de la Mente*.
- Beeney, J., Hallquist, M., Clifton, A., Lazarus, S., & Pilkonis, P. (2016). Social disadvantage and borderline personality disorder: a study of social networks. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1–11. <https://doi.org/10.1037/per0000234>
- Besteiro, J., Lemos, S., Muñiz, J., García, E., & Álvarez, M. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 295–306.
- Botella, L. (2007). USOS POTENCIALES DE LA LÓGICA BORROSA. APLICACIÓN DE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS (MCBS) PARA EL MANEJO DE LOS CASOS CLÍNICOS. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 103–119. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/215550595_Potential_uses_of_fuzzy_logic_Applying_Fuzzy_Cognitive_Maps_FCMs_in_psychotherapy
- Calvo, N., Nasillo, V., Ferrer, M., Valero, S., Perez-Conill, R., Rovira-Machordom, M., ... Casas, M. (2016). Estudios de prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de presos con trastorno por uso de sustancias usando el autoinforme PDQ-4+. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(5), 178–182.

Capra, F. (1998a). *La trama de la vida* (Anagrama). España.

Capra, F. (1998b). *La trama de la vida* (Anagrama). España. Retrieved from

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract%5Cnhttp://www.fisica.ru/dfmg/teacher/archivos/23628553-Capra-Fritjof-La-trama-de-la-vida-1996.pdf>

Cardenal, V., Sánchez, M. P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica Y Salud, 18*(3), 305–324. Retrieved from

<http://web.b.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/detail/detail?vid=17&sid=92a4d253-10cc-400e-86f5-34aa6d9ed939%40sessionmgr114&hid=125&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1s aXZl#AN=31779197&db=zbh>

Carrillo, O. (2015). Trastorno límite de personalidad: un informe de caso desde la personalidad: un informe de caso desde la visión sistémica con el enfoque de la nutrición relacional. *Redes, 32*.

Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R., & Álvarez, M. del M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: En prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(2), 225–243.

Celedón-rivero, J., Brunal-vergara, B., & Sánchez-carballo, Á. (2014). Trastornos de personalidad en reclusos que han cometido delitos agravados. *Revista de*

Investigaciones En Derecho Y Ciencias Políticas de La Gran Colombia, 16, 34–47.

Chacón-Prado, M. de J. (2015). Congruencia del pensamiento complejo de Edgar Morín en la metodología de la educación a distancia. *Revista Espiga*, (30), 75–81.

Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467846263009>

Díaz, I. (2012). La investigación en terapia familiar. *En Claves Del Pensamiento*, 6(11), 163–196.

Duque-García, R. E. (2017). *LA INVESTIGACIÓN COMO BIOSFERA*

AUTOORGANIZADA, Diálogos entre psicología clínica, ciencias de la complejidad y estética de los mundos posibles. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 7–17.

Estupiñán, J., & González, O. (2015). *Narrativa Conversacional, Relatos de Vida y Tramas Humanas*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Estupiñán, J., González, O., & Serna, A. (2006). *Psicología Clínica y Salud Mental en Sistemas Humanos desde la Perspectiva Sistémica Compleja*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Estupiñán, J., Hernández, A., Bravo, F., González, O., Serna, A., Niño, A., & Rodríguez, D. (2006). *Psicología clínica y salud mental en sistemas humanos desde la*

perspectiva sistémica compleja, dossier de las líneas/proyectos de investigación en marcha. Bogotá.

Estupiñán, J., Niño, A., & Rodríguez, C. (2006). *Modelos contextuales de formación de terapeutas desde un enfoque sistémico y ecológico.* Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Motesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar.* España: Universidad de Barcelona.

Fernández, L., Fombellida, C., & Herrero, J. (2005). Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*2, 19(94), 7–18.

Gil, K., Montoya, L., Ocampo, L., Orozco, L., & Pineda, P. (2016). La metáfora en terapia familiar: autores de referencia, uso y aportes a la práctica terapéutica. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, (49), 146–163.

González-Guerrero, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: motivaciones subyacentes, “modus operandi” y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica Legal Y Forense*, 7, 19–39.

Gutiérrez, I., & Herrera, J. (2015). Caracterización y análisis de la red de interacción de los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Los Andes. *Ciencia E Ingeniería*, 36(3), 141–148. Retrieved from <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/cienciaeingenieria/article/view/6816>

- Heim, A., & Westen, D. (2014). Theories of personality and personality disorders. In J. Oldham, A. Skodol, & D. Bender (Eds.), *Textbook of Personality Disorders* (2da ed., pp. 13–38). Arlington: The American Psychiatric.
- Hernández, Á. (2010). *Vínculos, Individuación y Ecología Humana. Hacia una psicología clínica compleja*. (M. López, Ed.). Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Herrero, M., Viña, C., González, M., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2001). El Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman-III (ZKPQ-III): version española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 269–287.
- Hueso-Holgado, H. (2011). Lógica borrosa y epistemología psiquiátrica. A propósito de la transexualidad. Retrieved from <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&n=4303>
- Juarez, J., & Comboni, S. (2012). Epistemología del pensamiento complejo. *REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, 38–51. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34024824006>
- Jubés, E., Laso, E., & Ponce, a. (2001). Constructivismo y construccionismo: dos extremos de la cuerda floja. *Ponencia Presentada En I Seminario de Ciencias Sociales Y Humanas Del Instituto Catalán de Cooperación Iberoamericana.*, 23. Retrieved from <http://estebanlaso.com/pdfs/constructivismo-construccionismo.pdf>
- Kampen, D. (2002). The DAPP-BQ in The Netherlands: factor structure and relationship with basic personality dimensions. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 235–254. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.235.22536>
- Kosko, B. (1995). *Pensamiento borroso: la nueva ciencia de la lógica borrosa*. Crítica, Grijalbo.

- Kosko, B. (2010). Lo borroso se acerca deslizándose lentamente. In *El futuro borroso o el cielo en un chip* (Drakontos, pp. 19–42). España.
- Lila, M., & Herrero, J. (2012). Asunción de responsabilidad en hombres maltratadores: influencia de la autoestima, la personalidad narcisista y la personalidad antisocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 99–108.
- Linares, J. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J. (2015). Pasos para una terapia familiar ultramoderna. *Temas de Psicoanálisis*, 1(10), 1–21.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica Y Salud*, 18(3), 381–399.
- Linares, J., & Soriano, J. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 5(2), 119–146.
- López-Barrachina, R., Lafuente, O., & García-Latas, J. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9, 53–63.
- Maida, A., Rojas, M., Sostin, C., Contreras, C., & Aberg, S. (2011). Percepción de la efectividad de terapia familiar después de tres años. *De Familias Y Terapias*, 20(30), 85–90.
- Maldonado, C. (2017). Lógicas no clásicas. *Universidad Del Bosque*, 90.
- Maldonado, C. E., & Gómez, N. A. (2010). El mundo de las ciencias de la complejidad
Un estado del arte.

- Manning, N. (2002). Actor networks, policy networks and personality disorder. *Sociology of Health & Illness*, 24(5), 644–666.
- Marco, R., Benítez, M., & Morera, A. (2006). Conducta suicida en trastornos de personalidad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8(1), 108–111.
- Marín-Basallote, N., & Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 80–85.
- Martínez-García, J. A., & Martínez-Caro, L. (2010). La medición de la satisfacción del consumidor de servicios deportivos a través de la lógica borrosa. *Revista de Psicología Del Deporte*, 19(1), 41–58. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235116414003>
- Martínez-González, J. M., Munera-Ramos, P., & Becoña-Iglesias, E. (2013). Drogodependientes vs. usuarios de salud mental con trastornos de personalidad: Su relación con la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 29, 48–54. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.161901>
- Martínez-González, J., Munera-Ramos, P., & Becoña-Iglesias, E. (2013). Drogodependientes vs. usuarios de salud mental con trastornos de personalidad: su relación con la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 29(1), 48–54.

- Martínez, J., & Martín, B. (2015). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 19–35.
- Martínez, M. (2011). Paradigmas Emergentes y Ciencias de la Complejidad. *Opción Luz*, 27(65), 45–80.
- Matías, T., & Durán, M. (2005). Lógica borrosa. *Universidad Carlos III*, 11.
- Matschnig, T., Frühwald, S., & Frottier, P. (2006). Suicide behind bars - an international review. *Psychiatrische Praxis*, 33(1), 6–13.
- Miller, J., Lynam, D., Widiger, T., & Leukefeld, C. (2005). Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: can the Five-Factor Model adequately represent psychopathy? *Journal of Personality*, 69(2), 253–276.
- Millon, T. (2013). Evolution-Based Personality Theory.
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Mas allá del DSM-IV* (2da ed.). Madrid: Masson.
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (2009). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III* (Segunda). Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T., Grossman, S., Meagher, S., & Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (Segunda Ed). España.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2013). *Informe Rendición de Cuentas*. Bogotá.
- Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 3(2), 81–107.

- Moreno, P., & Calderón, M. (2003). Trastornos de la personalidad (parte I). *Revista de Psiquiatría*, 7(5), 1–9.
- Morin, E., & Pakman, M. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Munné, F. (2005). ¿ Qué es la complejidad? *Encuentros En Psicología Social.*, 3(2), 6–17.
- Muñoz & Sánchez. (2006). Estructura de la familia de origen del trastorno límite de la personalidad. *Ajayu. Vol IV No. 1*
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *CIE-10* (Meditor). Madrid.
- Ortiz-tallo, M., Cancino, C., & Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*, 23(3), 189–197.
- Ortiz, A., & Scheller, A. (2011). Análisis de la teoría bioevolucionista de la personalidad como estrategia para la prevención de la criminalidad. *Psicogente*, 14(26), 460–478.
- Osorio, S. (2012). El pensamiento complejo y la transdisciplinariedad: fenómenos emergentes de una nueva racionalidad. *Revista de La Facultad de Ciencias Económicas: Investigación Y Reflexión*, 10(1), 269–291.
- Osorio García, S. (2012). EL PENSAMIENTO COMPLEJO Y LA TRANSDISCIPLINARIEDAD: FENÓMENOS EMERGENTES DE UNA NUEVA RACIONALIDAD. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación Y Reflexión*, XX(1), 269–291. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90924279016>
- Pedrero, E. (2008). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento. *Revista Adicciones*, 21(1), 29–38.

- Peláez, J., Reyes-Molón, L., & Teijeira-Levet, C. (2013). ¿Necesitamos el tratamiento farmacológico en el trastorno de personalidad? *Acción Psicológica*, *10*(1), 97–108.
- Pereira, R. (2013). Psicopatología y terapia familiar: una relación compleja. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, *5*(2), 175–183.
- Pérez, B., Fernández-Suárez, A., Bringas, C., & Rodríguez-Díaz, F. (2014). Prevalencia de los trastornos de personalidad de acuerdo con los criterios del CIE-10. Estudio en una muestra penitenciaria. *Revista de Psicología*, *4*(7), 7–21.
- Ramos, J. (2012). Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo. *Clínica Y Salud*, *23*(2), 123–139.
- Rivas Tovar, L. A. (2008). La teoría de la complejidad y sus implicaciones en la gestión de organizaciones. *XII Congreso Internacional de Investigación En Ciencias Administrativas*, 1–21.
- Riveros, M., & Garzón, D. (2014). Terapia familiar en problemas de adicción: narrativa conversacional y re-configuración de identidades. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, *6*, 211–226.
- Rocca, A. V. (2005). Lógica Paraconsistentente, Mundos Posibles y Ficciones Narrativas, La ficción como campo de proyección de la experiencia. *Revista de La Sociedad de Estudios Filosóficos de Madrid*. Retrieved from <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/index.html>
- Rodríguez-Arrebola, E. (2005). Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *7*, 134–141.

- Rodríguez-Moya, L., & Peláez, C. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, *10*(1), 75–84.
- Roiz, M. (1989). La familia, desde la teoría de la comunicación de Palo Alto. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, *89*(48), 117–136.
- Rojas, A., Tobón, S., Henao, D., Alpi, S., & Tobón, J. (2007). Psicopatología y complejidad: de la linealidad a la autoorganización. *Psicología Desde El Caribe*, (19), 22–48.
- Rozo, J. (2002). La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿tiene algún sentido la terapia? *Revista Psicología Científica*, *4*(8).
- Ruiz, J. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *39*(3), 547–561.
- Ruiz, L. (2010). Campo científico y redes de coautoría en la psiquiatría. La producción científica psiquiátrica mexicana sobre el trastorno de la personalidad. *Revista Hispana Para El Análisis de Redes Sociales*.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon , una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, *8*(2), 163–173.
- Seelbach, G. (2013). *Teorías de la personalidad*. (M. Buendía, Ed.) (Primera Ed). Estado de México: Red Tercer Milenio.
- Sierra, M. (2006). *Lógicas no clásicas. Principios y fundamentos*. Fondo editorial Universidad. Medellín.
- Siever, L., & Davis, K. (1991). A psychobiological perspective on personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1647–1658.

- Sobral, J., Luengo, Á., Gómez-Fraguela, J. a., Romero, E., & Villar, P. (2007).
Personalidad, género y criminalidad violenta en reclusos. *Psicothema*, *19*, 269–
275.
- Torres, S., Riaño, J., Castro, L., Arias, D., Saavedra, N., & Santander, J. (2014). *Informe Estadístico - Segundo Semestre 2013*. Bogotá.
- Trull, T. (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders*, *19*(3), 262–282.
- Vázquez, S. (2012). *Trastornos de la Personalidad y Conducta Delictiva*. Madrid.
- Vélez León, P. (2016). La expresión de lo cognoscible y los mundos posibles. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10366/132268>
- Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *8*, 95–99.
- Vidal, L., Acosta, M., & Caridad, M. (2004). Trastornos de personalidad y su relación con la violencia. *Revista de Psiquiatría*, *8*(3), 2–8.