



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento Psicología

**Elementos emergentes del modelo eQtasis:
Discursos asociados al equipo que exceden un modelo
declarado**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

Estudiante: Catalina Azúa Aros

Profesor Patrocinante: Felipe Gálvez Sánchez.

Santiago Chile

Junio de 2014

Índice

I. Resumen	3
II. Introducción	4
1. Antecedentes	4
2. Justificación del estudio	6
3. Relevancia del estudio	7
4. Planteamiento de la pregunta de investigación	8
5. Objetivos	9
III. Marco Teórico	10
1. Modelo Clínico	10
2. Modelos Clínicos Posmodernos	10
2.1 Modelo de Milán	12
2.2 Modelo Narrativo	14
2.3 Modelo Dialógico Conversacional	16
3. Dimensiones Imbricadas de la Práctica Clínica	18
3.1 Dimensión Ontológica	18
3.2 Dimensión Epistemológica	20
3.3 Dimensión Ética	22
3.4 Dimensión Política	24
3.5 Dimensión Dialógica	26
3.6 Dimensión Técnica	27
4 Singularidad del Terapeuta	28
IV. Marco Metodológico	30
V. Presentación de Resultados	39
VI. Análisis de los Resultados	63
1. Discusión	63
2. Conclusiones	77
3. Reflexiones Finales	79
VII. Referencias	81

I. Resumen

Esta investigación busca hacer emerger los elementos no declarados del modelo clínico del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis), que están presentes en el operar de dicho equipo. Estos elementos exceden al modelo, por no tratarse de consideraciones epistemológicas, conceptualizaciones teóricas, ni metodológicas. Corresponden más bien a las dimensiones ideológica, política, ética y relacional, presentes de igual medida en el operar clínico de un modelo en particular. El objetivo es explorar dichas dimensiones y hacer emerger los elementos *no dichos*, presentes en el operar clínico de eQtasis, para dar una atribución de sentido respecto del ser/estar en el equipo, a través de un análisis del discurso hermenéutico que recoge los discursos de los propios miembros del equipo asociados a su práctica clínica.

Palabras clave: Dimensiones de la Práctica Clínica, Enfoque Relacional Sistémico, Análisis del Discurso Hermenéutico

II. Introducción

1. Antecedentes

El Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, en adelante eQtasis, nace en el año 2005, a partir de la intención de un grupo de terapeutas recién egresados de la carrera de psicología de recibir tutoría en sus prácticas profesionales. Dicha tutoría, debido a la alta demanda de profesionales en práctica de ese año, se configura en una asesoría grupal en reemplazo a la supervisión individual habitual, en donde la asesoría misma es proporcionada por el grupo. Emerge de esta forma un grupo de trabajo, que además de desarrollar un espacio de asesoría, comienza a realizar atenciones en equipo haciendo uso de espejo unidireccional, en la Clínica de Atención Psicológica, CAPs.

Es así como el interés por la atención clínica, mezclado con la formación a través de la asesoría en equipo, comienza a definir la identidad de eQtasis, como un equipo en formación dedicado a la realización de procesos clínicos dirigidos a la comunidad a través del alero institucional del CAPs. Esta idea de trabajo se oficializa al año siguiente, bajo el nombre que posee en la actualidad, e incorporando a nuevos miembros egresados de la carrera de psicología. En este formato comienza a hacerse cargo de la atención clínica desde la línea sistémica dentro del CAPs, atendiendo en equipo a familias, parejas e individuos, utilizando el espejo unidireccional y con una estructura de atención de cinco momentos inspirada en el Modelo de Milán: pre-sesión del equipo terapéutico; sesión con intervenciones a través de citófono del equipo tras espejo; intervalo de conversación entre los co-terapeutas y el equipo; devolución de los co-terapeutas a los consultantes y post sesión grupal.

Año a año, eQtasis, no ha dejado de recibir nuevos miembros, entre ellos estudiantes en práctica de la Universidad de Chile, estudiantes de 4º año de pregrado, e incluso estudiantes de los programas de postgrado. Lo que sigue configurándolo como un espacio de formación en donde tanto los nuevos miembros, como los que permanecen con los años, viven y entregan espacios formativos¹.

De este modo, la praxis psicoterapéutica ha sido una piedra angular en la constitución y desarrollo de eQtasis. Esta práctica se ha basado en las propuestas derivadas desde una

¹ Actualmente eQtasis cuenta con 49 miembros activos, que se inscribieron a principio del año 2013, asegurando su participación en alguno de los diferentes sub-equipos clínicos y de investigación que conforman eQtasis. Más detalles en www.eqtasis.cl

mirada crítica posmoderna, en donde el trabajo psicoterapéutico se ha entendido como un proceso reflexivo que se produce en la relación entre el sistema terapéutico y el equipo. No obstante, el interés del equipo ha sobrepasado lo terapéutico abriéndose camino también a otros ámbitos de intervención de la práctica clínica como la extensión, involucrándose con otros actores sociales, y, en el ámbito académico, la investigación. Las cuales configuran, actualmente los dominios de acción del equipo. Debido a esto el equipo ha tenido que articular los aspectos teóricos con los prácticos de su operar en todos los contextos de intervención, lo que ha originado un trabajo clínico reflexivo (Bustos y Campillay, 2010).

En el año 2011, en el contexto de este proceso de reflexión, emerge la inquietud de realizar el proyecto de investigación Semilla: "Sistematización de un Modelo para la Formación y la Práctica en Psicología Clínica: Etnografía al Programa eQtasis como equipo en formación permanente", cuyo objetivo es analizar la práctica psicoterapéutica, con miras hacia la emergencia de un modelo de trabajo que integre las reflexiones de orden epistemológico y la práctica clínica desarrollada por el equipo.

La realización del proyecto Semilla, implicaba un proceso de auto observación de las modalidades de trabajo, las cuales servirían de insumo empírico para elaborar distinciones que permitirían construir un conocimiento articulado acerca de cómo este equipo desarrolla su praxis terapéutica, y desde ahí la formación a otros profesionales. El alcance y objetivos propuestos por la investigación, se limitaba a proponer los lineamientos de un modelo intermedio, es decir, sistematizar las técnicas y tácticas correspondientes a éste, definir las teorías y conceptualizaciones de base junto con las correspondientes declaraciones epistemológicas. En el transcurso de la investigación, surgieron elementos que eran difíciles de abordar dentro del alcance de ésta, por tratarse de elementos que no era posible distinguirlos como conceptualizaciones epistemológicas, teóricas o dispositivos técnicos. Sin embargo, estos elementos se constituyeron como emergentes que se consideraban igualmente relevantes por los miembros del equipo, participantes en la investigación, a la hora de describir el operar del equipo, ya que constituían elementos presentes en la práctica clínica, que si bien excedían a una declaración del modelo, operaban como premisas, en el terreno de *lo no dicho*.

Lo no dicho, se acuerdo con Bertrando (1996), implica todo aquello que el terapeuta utiliza en su quehacer, pero que no necesariamente remiten a una teoría de referencia, sino que, a elementos que el terapeuta tiene a la mano y que incluso pueden adscribir a otras teorías, pueden tener que ver con experiencias previas, con otros conocimientos,

incluso con premisas, y que de igual manera con desplegadas en el operar de ese terapeuta. Las cuales a simple vista pueden pasar inadvertidas, pero con una observación más atenta se puede dar cuenta de ellas.

En el sentido de esta investigación, diremos que aquellas premisas, experiencias previas, conocimiento desde otras teorías que el equipo utiliza en su operar y que dan cuenta de aquello que no está declarado formalmente desde el modelo eQtasis, serán los elementos *no dichos*.

Es en este contexto en donde se enmarca la presente investigación, como una forma de recoger estos elementos emergentes, de modo de poder describir la práctica clínica del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, abarcando aquellas dimensiones de la práctica clínica que no han sido abordadas por la investigación anterior y que pueden remitir a aspectos no evidenciables en un primer momento, pero igualmente importantes.

2. Justificación del estudio

Se constató en los primeros grupos de discusión del proyecto semilla realizados con los miembros del equipo, que el operar o más bien la práctica clínica del eQtasis, contiene elementos que sobrepasan lo meramente epistemológico, teórico y metodológico, comprendiendo elementos que tienen que ver con aspectos más profundos del operar del equipo, alguno de ellos de carácter ideológicos, políticos, éticos y aspectos relacionados con la generación de identidad grupal, que si bien algunos no conciernen a la práctica misma, repercuten en ésta de igual manera.

La práctica clínica de un equipo es también la práctica de su funcionamiento justamente como equipo, si bien uno como observador puede separar la práctica clínica de la forma de relacionarse entre sus miembros, lo que acontece en ésta es también reflejo de cómo sus miembros vivencian el equipo. Es por esto que en el objetivo de analizar la práctica clínica no podemos dejar fuera el operar del equipo, en la forma de estar/ser equipo, forma que es también influida por una adscripción a una epistemología, pero también a una ideología particular, y que por tanto propone una forma particular de relacionarse con el Otro. En donde además al constituirse como un espacio formativo se pone en juego la singularidad de lo que los terapeutas traen a este espacio. Todo lo anterior plantea un contexto cultural local particular que incide en el tipo de práctica que eQtasis realiza (Gálvez, 2011).

De esta forma, lo que busca rescatar este proyecto de investigación, son estos otros elementos que están presentes en el discurso del operar clínico del modelo eQtasis, en términos ideológicos, políticos, éticos y relacionales ya que se postula que estas otras dimensiones o aspectos forman parte o están presentes en el operar clínico de un modelo en particular, y en cómo éste lleva a la práctica la teórica desde la cual se sustenta.

El objeto de este estudio será enunciar y profundizar aquellos elementos que exceden a un modelo declarado, pero que de igual forma lo configuran, ya que se conforman como elementos no dichos que se hacen presentes en los discursos, de los propios miembros del equipo, asociados a la práctica clínica de eQtasis.

3. Relevancia del estudio

La relevancia de llevar a cabo una investigación de este tipo apunta a la necesidad que ha surgido últimamente de revisar y evaluar las maneras de trabajar y entender los procesos de intervención que se dan en el marco de la práctica clínica. Esta necesidad ha surgido debido al realce de las reflexiones de orden epistemológicas en la práctica psicoterapéutica, el cual se ha favorecido -incluso demasiado- a partir de la perspectiva posmoderna que ha alcanzado el campo de lo terapéutico (Gálvez, 2011). Estas reflexiones epistemológicas han alcanzado también aspectos asociados a los espacios de formación en psicología clínica, como el de eQtasis, el cual ha sentido como necesaria la tarea reflexiva que implica tal revisión de las propias declaraciones epistemológicas que requiere hoy cualquier práctica clínica. Sin embargo, aun cuando exista esta intención de auto-observación, no siempre se tiene registro y sistematización de ello, por ende poco es lo que se avanzado, sobre todo en la revisión de las reflexiones de carácter más político o ideológico (que se desprenden de las reflexiones epistemológicas), las cuales también inciden luego en la práctica clínica de manera quizás más solapadas. Por ello, para llevar a cabo una práctica responsable, reflexiva, consciente, que se mire a sí misma, es necesario que considere estos aspectos y se les atribuya un sentido, no sólo una atención distante.

Si bien mucho de esta auto-observación es parte de la práctica recurrente del equipo², realizarlo como un ejercicio hermenéutico, posibilita una instancia de reflexión y sistematización para poder hacer evidentes estos aspectos que han estado situados en lo

² Frecuentemente el equipo realiza en sus diferentes grupos instancias de autoformación, de autoevaluación del funcionamiento, revisión de los principios orientadores de cada grupo y del equipo en general.

no dicho, pero que ejercen influencia en las formas e intenciones de trabajo que eQtasis plasma en su práctica clínica. Lo que además es relevante debido a que por ser un equipo en formación y que entrega formación, es importante que investigue sus propias prácticas formadoras de equipo, debido a que las dimensiones éticas, políticas, ideológicas y relacionales, están implicadas también en la formación de sus miembros, (asesores, estudiantes en práctica, psicólogos con algunos años de experiencia), manifestándose luego en el dominio de la *singularidad* de cada miembro de eQtasis, que conscientemente o no, establece una relación *singular* de sentido respecto de su participación en el equipo, conjugando estas dimensiones de manera única para cada sujeto. No es relevante establecer una consideración general de cómo se conjugan estas dimensiones, de manera que sea aplicable a todo miembro de eQtasis, sino que más bien establecer las condiciones de estas dimensiones, su forma de entenderlas y su presencia, para que cada miembro del equipo enfrente la posibilidad de conjugarlos de manera singular. Lo que será relevante entonces para este estudio es ofrecer una, dentro de las varias, posibilidades de atribuir sentido a esta forma de estar/ser equipo.

Preguntarse por los discursos asociados a una práctica clínica tiene relevancia además en la práctica presente y futura que realiza eQtasis. Hacerlo a través de una metodología hermenéutica con “quienes están dentro” puede entregar matices del qué hacer clínico, de manera más enriquecida de lo que puede ser capturado en una investigación cualitativa “desde afuera” (Anderson, 2003). Por último, el uso de este tipo de aproximación metodológica, promueve a su vez el uso de metodologías de investigación alternativas, como por ejemplo el análisis hermenéutico, muy presente en las ciencias sociales y menos dentro de las investigaciones en psicología.

4. Planteamiento de la pregunta de investigación

De este modo, la pregunta que guía esta Investigación es: ¿Cuáles son los discursos asociados a la práctica clínica de eQtasis que exceden a un modelo declarado por el propio equipo? Es decir, ¿Cuáles son los discursos asociados a la práctica de eQtasis que van más allá de lo epistemológico, teórico y metodológico? ¿Cuáles son las otras dimensiones que estarían presentes (pero implícitas) en el discurso de sus miembros y que configuran igualmente el operar del equipo?

Se parte de la hipótesis que existen elementos de orden político, ideológicos, éticos y relacionales en eQtasis que influyen en el operar del equipo y que se ponen en juego en la

praxis del equipo, influenciando por tanto su práctica clínica. Se entiende que en la práctica clínica existen dimensiones que se encuentran imbricadas y que se ponen en juego en su praxis. Así una dimensión política de la práctica clínica, por ejemplo, opera dentro del equipo a través de las intervenciones que se realizan y en la dinámica que ocurre entre sus miembros mientras se despliega.

Debido a que se hipotetiza que existen tales aspectos, a los cuales se les llamará elementos emergentes, se desea analizar el cómo estos se conjugan y operan en el funcionamiento del equipo y es por esto que se analizan los discursos de los miembros para extraer desde ellos, aquella forma en que se hacen patente en el operar de eQtasis dichos elementos emergentes.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Explorar lo *no dicho* de las dimensiones ética, política, ideológica y relacional, que están presentes en el operar clínico de eQtasis, para la atribución de sentido respecto del ser/estar en el equipo.

5.2 Objetivos específicos

- Levantar los aspectos relevantes y no explícitos en el modelo de eQtasis, que tienen relación con las dimensiones ética, política, ideológica y relacional.
- Interpretar los discursos de los propios miembros de eQtasis respecto de las dimensiones ética, política, ideológica y relacional.
- Comprender la manera en que las dimensiones ética, política, ideológica y relacional se conjugan para una atribución de sentido.

III. Marco Teórico

1. Modelo Clínico

En cualquier disciplina los modelos se utilizan para esquematizar una teoría, es decir, los modelos funcionan como la aplicación de la explicación de la realidad que a partir de una teoría se tiene de un determinado fenómeno.

En Psicología, los modelos psicoterapéuticos emergen de una base teórica, una posible explicación de la realidad. Si bien este esquema ayuda a entender los niveles lógicos que encuadran y comprenden cualquier modelo, y por tanto entender como nacen en función de las reflexiones previas. Sin embargo, tal como señala Gálvez (2010), un modelo clínico nace o se origina de la aplicación a la "realidad" de una forma sistemática de proceder, esta forma de proceder no está declarada o definida antes de que se plasme con su operar, en un escenario desde donde se sitúa y se practica. Un modelo de atención clínica cuando se pone en juego es lo que emerge en el encuentro con el Otro. Y, sólo una vez que sucede éste, es decir a posteriori, se puede hablar de él. Así un modelo está siendo producido en la medida que está siendo actuado por alguien y en la medida que esté siendo dicho. Por ellos los modelos clínicos son sistematizados una vez se han realizado (Gálvez, 2010).

Tal es el caso de los modelos que surgieron posterior al año 1990, como el Modelo Milanés o Colaborativo, que son modelos que fueron construyéndose en la medida que se fue haciendo reflexiva una manera de hacer terapia con la formación de terapeutas, situación facilitada por los cambios filosóficos de la época, que proponía también una reflexión en torno al hacer bajo el prisma del posmodernismo y el construccionismo social (Bertrando, Toffanetti, 2004).

A continuación se describe brevemente en que consiste este prisma desde el cual han emergido los modelos clínicos de terapia familiar que de alguna manera han inspirado lo que se entiendo como el Modelo eQtasis.

2. Modelos Clínicos Posmodernos

En la década de los '90 la terapia familiar enfrenta una revolución teórica, la condición posmoderna. Esta perspectiva, alcanza a diversas disciplinas entre ellas la psicoterapia. La condición posmoderna en palabras de los creadores del término alude a una intención crítica hacia la modernidad y por ende una lejanía de la validez universal de cualquier

principio que intente explicar el fenómeno humano (Lyotard, 1987). Es decir el rechazo a las meta-narraciones que se distinguen como verdaderas y absolutas. En cambio considera que cada teoría es un sistema de narraciones, aludiendo a la importancia de concentrarse en las narraciones locales, o en las micro-narraciones, aquellas que se presentan sin pretensiones de verdad, sólo como historias (Boscolo y Bertrando, 2005).

Junto con este escenario surge otro pensamiento que va de la mano con la concepción posmoderna, el construccionismo social. El construccionismo social pone acento en las relaciones, entendidas estas como la expresión de sistemas de significados, y no como resultado de patrones comportamentales. Esta distinción, ha llevado a la psicoterapia desarrollar un particular interés por las historias, en el sentido de cómo estas son construidas (Gergen y Warhus, 2003).

El construccionismo social entiende el conocimiento no como una representación fiel de una realidad independiente de nosotros, así mismo entiende que la construcción del saber no se hace en el sujeto, a diferencia de lo planteado por el constructivismo, sino en las relaciones sociales y en la construcción de significados a través del lenguaje. (Bertrando y Toffanetti, 2003). En este sentido los construccionistas sociales comprenden que habitamos un red configurada por la organización de significados que compartimos, que a su vez configura conversaciones que están insertas en una red mayor de significados, que puede ir ampliándose hasta el marco de red de significaciones que conforman la propuesta social con sus verdades normalizadoras.

Estos planteamientos ponen la importancia en el lenguaje, las significaciones conjuntas y de las creencias de los distintos dominios de existencia en que las personas se desenvuelven y habitan (Slachevzky, 2008). El lenguaje emerge como una útil metáfora del significado, especialmente en su rol en la creación de conocimiento, el poder del discurso y transformación, y su rol en los sistemas humanos y en la interacción. Este cambio ideológico y epistemológico tiene impactos significativos y desafía el pensamiento, las acciones de los terapeutas y la interpretación de los demás, incluyendo cómo se conciben los problemas, la relación cliente-terapeuta, el proceso de la terapia, y la habilidad de los terapeutas. El blanco ha cambiado, ya no se cree que los problemas residan dentro de la persona, la familia o el sistema más amplio, sino que los problemas son considerados como construcciones lingüísticas. De este modo, el objetivo del terapeuta ha cambiado: disponer un contexto y facilitar el proceso de cambio, más que cambiar a una persona o un grupo de personas (Anderson, 2003).

Anteriormente se mencionó que la práctica clínica de eQtasis, en sus inicios nace con una clara influencia del Modelo de terapia desarrollado en Milán. Si bien éste es uno de los modelos que ha inspirado notoriamente el trabajo del equipo, la lógica posmoderna en la que se desenvuelve la práctica clínica de este equipo, se nutre también de otros dos modelos recientes en la historia de la terapia familiar con los cuales eQtasis comparte principios ontológicos y epistemológicos característicos, por lo que su mención es importante. Estos son, además del ya mencionado Modelo Milanés, el Modelo Narrativo, desarrollado por Michael White y David Epston, y la Perspectiva Dialógica Colaborativa desarrollada por Harry Goolishian y Harlene Anderson. Estas terapias aunque poseen premisas comunes que tienen como referencia epistemológica el contruccionismo social, tiene entre sí diferencias significativas. A continuación se revisa el origen de cada una de ellas, los autores y sus principales características.

2.1 Modelo de Milán.

El Modelo de Milán es uno de los principales ejemplos de terapia sistémica, este modelo ha fundado sus principios basado en la cibernética batensoniana, entre otras ideas que han influido en su evolución en el tiempo, ya que este modelo, como otros, ha ido siendo revisado con la práctica y a la luz de los nuevos contextos filosóficos. En este sentido comprende una visión epigenética, es decir, la consideración del presente como una conformación de muchos eventos pasados que han permitido la finalidad actual.

En su origen el grupo estaba compuesto por Mara Selvini – Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, y el trabajo terapéutico con familias, inicialmente lo hacen bajo una orientación psicoanalítica. Posteriormente en los primeros años de la década del '70, estos terapeutas adoptan el modelo sistémico estratégico del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, el cual estaba influenciado por las ideas de Gregory Bateson, Jay Healey, Don Jackson y Milton Erickson. Y por lo tanto, basaba su funcionamiento en el pensamiento sistémico y en la cibernética de primer orden o del sistema observado (Boscolo y Bertrando, 2005). A partir de la separación del grupo en 1979, que se produce principalmente por motivos teóricos, Boscolo y Cecchin se concentran en la formación en terapia familiar, y comienzan a impartir un curso de tres años de duración, donde el acento estaba puesto en el sistema observante (cibernética de segundo orden), asumiendo la figura y la posición del terapeuta una preeminencia, lo cual comenzó a ser una característica del modelo (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Bajo las influencias de la época el modelo milanés comienza a postular nociones más complejas en donde enfatizan las singularidades de cada situación humana. Las relaciones son llevadas a un primer plano y son entendidas como la expresión de sistema de significados. La terapia se transforma en una creación común entre terapeutas y clientes de historias alternativas y atribuciones de nuevos significados a la realidad compartida. Se enfatizan, las premisas epistemológicas, los significados, los sistemas emotivos, y las historias de los clientes. Y por sobre todo el interés recae en las premisas de los miembros del sistema terapéutico (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Los principios de la terapia de Milán también se han ido transformado a partir de los años, sin embargo en lo sustancial estos principios han permanecido. Me refiero a los principios de hipotetización, circularidad y neutralidad, los cuales representan la marca distintiva del modelo.

La hipotetización entendida como un proceso, refiere al hacer uso de hipótesis en la conducción de la sesión que permiten conectar informaciones, significados y acciones que surgen en el dialogo según coordenadas de tiempo y espacio u otros puntos de referencia, se usan en la medida que son útiles o no para el proceso (Boscolo y Bertrando, 2005). Desde una perspectiva posmoderna, las hipótesis han sido entendidas no sólo para conducir las conversaciones, sino que también para abrirlas, al develar las hipótesis con las que el terapeuta trabaja, de manera que el cliente pueda ser también participe del proceso de hipotetización (Bertrando y Arcelloni, 2008).

La circularidad es la capacidad del terapeuta de conducir la indagación, que es propiciada por la hipotetización, basándose en las retroalimentaciones y la información que indaga en término de relaciones, es decir en términos de diferencia y cambio (Selvini-Palozzoli y cols, 1980 en Boscolo y Bertrando, 2005).

La neutralidad, al ser el principio más criticado, con la adopción de la cibernética de segundo orden, fue re-definido por Cecchin (1987) en un inicio como curiosidad, luego como irreverencia para más tarde como una atención a los prejuicios del terapeuta, como una forma de no caer en la posición de terapeuta experto y a la vez no caer en la desesperada impotencia del terapeuta no experto (Cecchin, 1997 en Bertrando y Toffanetti, 2004).

De esta forma el Modelo Milanés, es una derivación batesoniana, enriquecido con las contribuciones del constructivismo, con la cibernética de segundo orden, y el posmodernismo, el construccionismo social, como las grandes lentes que guía su operar.

Sin embargo, recientemente se han agregado otras perspectivas que siguen enriqueciendo su visión éstas son las lentes del tiempo, del lenguaje y la narrativa (Boscolo y Bertrando 2005).

2.2 Modelo Narrativo

La terapia narrativa surge en Australia a partir de la sinergia del trabajo de Michel White y David Epston, cada uno aportando desde su propia disciplina.

Michael White, inicia sus estudios como asistente social en 1967, su interés por la aproximación sistémica y la psicoterapia, debido al contexto de esos años, hace referencia al modelo sistémico estratégico del MRI, en ese tiempo en boga. Sin embargo se interesa por los escritos de Bateson referentes a la semántica de la comunicación y la construcción de significados. Así como las ideas de Foucault respecto a la relación entre conocimiento y poder, también a Erving Goffman y Jacques Derrida, que lo llevan a reflexionar sobre los procesos de desinstitucionalización del conocimiento y del poder del conocimiento experto. Luego en 1990, comienza a estudiar los trabajos de Gergen y Davis que en 1985 escribieron sobre construcción social, así como también el desarrollado por Bruner en 1986 y 1990 respecto de psicología narrativa (White, 1985 en Bertrando y Toffanetti, 2003).

En su trabajo clínico en niños con dificultades de encopresis pone a prueba las ideas de Foucault respecto de las prácticas totalizantes de aplicar diagnósticos psiquiátricos a las personas y de interpretarlas exclusivamente en términos de etiquetas (Carr, 1998), es así que comienza a investigar los “resultados únicos” aquellas historias que cuentan las personas en donde hay una idea de éxito frente al problema, comienza a desarrollar así una forma de separar a la persona del problema para convertirse en algo que la familia puede enfrentar (White, 1992, en Bertrando y Toffanetti, 2003). Junto con esto, Michael White, desarrolla una manera de objetivar las experiencias de las personas en forma de historias que al ser los propios clientes los autores de ellas, pueden ser reescritas según su deseo.

David Epston, es sociólogo con estudios en antropología. Su formación como antropólogo lo influencia a interesarse en la comprensión fenomenológica de las pequeñas culturas familiares y su singular identidad, así como también al rechazo al cientificismo de la psiquiatría ortodoxa. Es por esto que posee una conceptualización del cambio (también el terapéutico) desde una perspectiva transcultural que sigue la metáfora de transición y pasaje (Bertrando y Toffanetti, 2003).

Epston por consiguiente concibe la psicoterapia fuera del modelo médico y del concepto de enfermedad, y la entiende como un instrumento que posibilita el paso, a otros pasajes de sus propias evoluciones existenciales, respetando la identidad de cada pequeña cultura familiar (Bertrando y Toffanetti, 2003).

Con la publicación de "*The process of questioning: A therapy of literary merit?*" en 1988, escrito por Michael White, y al año siguiente la publicación de "*Medios narrativos para fines terapéuticos*", en coautoría con David Epston, se comienza a consolidar una teoría y una práctica de la terapia narrativa que posee ciertas particularidades.

Entre ellas la concepción de la terapia como una operación política. Así, lo que pretende alcanzar la terapia narrativa, como principio máximo, es desmitificar aquellos discursos de poder frente a los individuos y las familias para, de este modo, obtener un resultado político en su operar (Carr, 1998).

Para la terapia narrativa es de interés el cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la supervivencia del problema y el efecto que tienen esas exigencias sobre la vida y las relaciones de las personas. (White y Epston, 1993). El supuesto a la base es el que las narrativas no representan una reflexión en torno a la identidad, la vida y los problemas, más bien las narrativas constituyen la identidad, la vida y los problemas (Carr, 1998).

Así la concepción del problema en un marco narrativo es conceptualizada como algo que aparece y se mantiene gracias a las historias opresivas que dominan la vida de las personas. En este sentido dentro del marco narrativo lo terapéutico implica abrir espacios para la expresión de historias alternativas que probablemente fueron desplazadas por las narrativas dominantes saturadas de problemas (Carr, 1998). Así la terapia es entendida como la recuperación de resultados únicos o acontecimientos extraordinarios y la cocreación de historias o relatos alternativos (Slachevzky, 2003).

Así lo que se busca en terapia es permitirle a la persona escoger construir la historia de su vida en términos distintos de los dictados por la narrativa dominante saturada del problema (Carr, 1998).

De esta manera, el aparataje técnico de la terapia narrativa nos habla del supuesto de que las personas responden a situaciones problemáticas y no son ellas mismas el problema. La responsabilidad de los terapeutas está en conducir la terapia poniendo el acento en los recursos y habilidades de los otros, más que en los problemas y fallas humanas. En donde más que hablar de soluciones hablamos de disoluciones de narrativas

que se disuelven en el lenguaje para encontrar mejores significaciones, más amables y llevaderas (Slachevsky, 2003).

2.3 Modelo Dialógico Conversacional

Este modelo, es una evolución de un trabajo conjunto entre Harry Goolishian, terapeuta que trabajó en la etapa pionera de las terapias familiares en el MRI, y Harlene Anderson, su colaboradora más cercana. Tiene su origen a principios de la década del '70 dentro del contexto de una escuela de medicina. Sin embargo con los años, surge la necesidad de buscar y ampliar las herramientas teórica con las cuales trabajaban, lo que generó un contexto favorable para que emergieran procesos reflexivos respecto de la interacción entre la práctica y la teoría. En este contexto de cambios teóricos y epistemológicos, se funda en 1989 el Galveston Family Institute, dando inicio al "proyecto de estudios sobre la familia".

Con la publicación de *Human Systems as Linguistic Systems* (1988), Goolishian y Anderson, establecen los aspectos teóricos centrales de la visión conversacional. En él exponen que solo es posible comprender a los sistemas humanos como existentes en el lenguaje y los actos comunicativos. En este sentido le dan relieve al significado local del trabajo terapéutico conversacional, refiriéndose con esto al significado y comprensión que construye la persona que dialoga. A través de la comprensión local se da un significado a los recuerdos, las percepciones y las historias (Anderson y Goolishian, 1992 en Bertrando y Toffanetti, 2003).

La idea que está a la base de esta perspectiva, es que no existen esencias, la totalidad del existente es incomprensible y solo se puede llegar a un conocimiento negociado entre interlocutores que será provisorio y local y que está circunscrito al contexto lingüístico de ese momento.

De esta manera, el problema es concebido como existente en el lenguaje, dando sentido al contexto narrativo que lo contiene, lo que es problemático para una familia puede no ser problemático para otra. Los problemas, dice Anderson (1986, 1977 en Anderson 2003), pueden ser perpetuados o aumentados por quiebres conversacionales, una falla en la mantención de conversaciones generativas. La terapia conversacional propone que los problemas sean explorados en colaboración y definidos a través de la conversación. Debido a que el diálogo es generativo, un problema nunca es estático; cambia sus definiciones, significados y cambia en el tiempo a través de la conversación.

La terapia, es concebida entonces como el proceso lingüístico que reorganiza y disuelve el problema, a través de una relación de colaboración y conversaciones dialógicas, en donde se co-explora, clarifica y se expande de lo familiar, permitiendo al cliente decir y pensar aquello que aún no ha sido dicho y pensado acerca de su historia personal (Anderson, 2003).

Las características principales de la terapia de colaboración se basan en el énfasis en que cliente y terapeuta tienen la misma dignidad en cuanto a su experiencia vivida. Frente a la paridad experiencial propuesta, se debe adoptar una postura de "no saber" que implica escuchar las historias de los clientes de un modo peculiar, de respetar y honrar la historia del cliente, entendiendo que es él el experto en su vida. El terapeuta se sumerge en la conversación con el cliente, en donde las preguntas derivan de una actitud quieta y constante de no entender demasiado rápido. (Anderson, 1993; en Bertrando y Toffanetti, 2003)

La forma en que el terapeuta se dispone en terapia es mediante la conversación dialógica, la cual se distingue por fomentar una indagación compartida en la cual los clientes y terapeuta hablan entre sí buscando comprender y generar significados (Anderson y Goolishian, 1988, en Anderson 2003). Lo novedoso es co-construido en la conversación en una mutua exploración de la comprensión y la experiencia del cliente, así el proceso de la interpretación se vuelve colaborativo (Anderson, 1997 en Anderson 2003).

Otra característica de esta forma de hacer terapia es el principio de apertura con el que opera el terapeuta, que implica hacer visibles los pensamientos invisibles, aquellos que operan al hacer uso de las preguntas. Dado que se sabe no conocedor de la verdad, ofrecen lo que ellos saben, o lo que piensan que podrían saber, incluyendo el conocimiento previo, interrogantes, comentarios y opiniones, como un aporte al pensamiento y al diálogo. De esta manera, la pericia del terapeuta está en crear un espacio que facilite un proceso de conversación dialógica y relación de colaboración. En este sentido terapeuta y cliente son determinados y vueltos a determinar, transformados, en la medida que trabajan juntos (Anderson, 2003).

Lo particular de este enfoque está en las relaciones y en las conversaciones que son creadas entre el cliente y el terapeuta, y en sus posibilidades inherentes. En consecuencia, la terapia se convierte en menos jerárquica y dualista, además de menos técnica.

3. Dimensiones Imbricadas de la Práctica Clínica

La práctica clínica, se ha entendido como toda actividad que implican situarse desde la disciplina frente a otro u otros para construir un nuevo conocimiento o acercamiento de un determinado problema (Gálvez, 2010b). Este autor, plantea además que lo que hace compleja la práctica clínica, es el hecho que en su operar se conjugan una serie de dimensiones que se encuentran imbricadas, es decir, operando todas a la vez en donde algunas se relacionan con otras. Sin embargo, a pesar de encontrarse superpuestas, es posible poner la atención en ellas aisladamente dado que cada una responde a una cuestión particular. Algunas de estas dimensiones refieren a la epistemología con la que opera, las teorías que la sustenta o las técnicas que utiliza. Sin embargo otras, refieren más bien a aspectos poco mencionados o a los que se les pone menos atención. Es justamente a estas dimensiones que aluden a lo político, lo ontológico, lo ético, a las cuales esta investigación busca relevar.

Para comprender de mejor manera estas dimensiones y su rol en el operar de una práctica clínica determinada, es que a continuación se describe cada una de ellas, haciendo énfasis en la importancia de ésta en la práctica clínica y el cómo se relacionan entre sí.

3.1 Dimensión Ontológica

Lo ontológico refiere a lo relativo al “ser” de las cosas, se trata de una visión de lo existente. En el ámbito de nuestra disciplina se concibe esta dimensión como una actitud que se cuestiona ¿Qué es lo psíquico? O incluso más ¿Cómo concibo el ser de lo humano?

La consideración de esta dimensión en el operar de la práctica clínica, implica preguntarse por las propias concepciones que se tienen de lo humano, cuestión que es de suma importancia, considerando que se trabaja con un otro que está puesto en la relación al igual que uno. Para Ana María Zlachevsky (2010), es esencial no sólo tener una postura clara ante estas preguntas, sino que además hacerse cargo de las mismas en la praxis como terapeutas. Debido a que cualquier aproximación epistemológica o teórica del quehacer terapéutico, y por tanto, de lo que se espera que ocurra en la relación con el otro, deviene de la respuesta a esta primera pregunta, y a su vez, se traduce en la utilización de ciertas técnicas en el operar terapéutico.

Esta autora, agrega además que no es sólo necesario el hacerse la pregunta, sino que debe responderse siendo lo más fiel a la propia comprensión que se tiene de lo humano y del ser de la psique, integrando en ella las premisas, valores y creencias, ya que son estas formas de ver el mundo desde la cual como terapeutas se actúa. Por lo tanto, preguntarse ¿Cómo se está entendiendo el ser del que se tiene al frente? ¿Cómo se *me* hace patente en esta persona que está delante de mí lo humano? Nos posiciona frente a un hacer clínica de forma atenta.

Heidegger, filósofo que ha estudiado profundamente la pregunta ontológica, plantea que el lenguaje es la casa del ser. En su morada habita el hombre (Heidegger, 2001 citado en Zlachevsky, 2008, p.36). En los Seminarios de Zollikon, Heidegger, señala que “la constitución fundamental del existir humano que ha ser vista en forma nueva, debe llamarse... ser-en-el-mundo” (Heidegger, 2001 citado en Zlachevsky, 2010, p. 32). Es decir, quien vive en el mundo en esencial convivencia con los otros y que no puede entenderse aislado de los demás ni del ser (Zlachevsky, 2010). Con esto este autor propone que el ser de lo humano radica en el lenguaje. Y que es a través de éste que se relaciona con el mundo y con el mismo.

Echeverría (1997), quien también entiende al individuo como un fenómeno lingüístico, plantea que el ser humano vive interpretándose a sí mismo y al mundo al que pertenece. En tanto individuos, somos lo que somos debido a la cultura lingüística en la que crecemos. En este sentido, el individuo, no sólo es construcción lingüística, es también una construcción social. El individuo, es un fenómeno social que se constituye como tal a partir del lugar que ocupan dentro de sistemas lingüísticos más amplios. De esta manera el lenguaje cobra su rol protagónico para entender “lo psíquico” (Echeverría, 1997).

Una situación que ocurre a menudo en terapia y que puede ilustrar el cómo se hace presente la dimensión ontológica en la práctica clínica, es cuando desde alguna institución se demanda un informe psicológico basado en entrevistas clínicas y en evaluaciones mediante test psicológicos. Desde una concepción de lo humano como la descrita anteriormente siempre es compleja la tarea de responder a esta demanda que está hecha desde una lógica opuesta, en donde se piensa que el ser de lo humano es posible de considerarlo con una sucesión de características estáticas que teniendo o no su origen en problemáticas sociales o culturales, le son propias. Si bien ante esta situación hay un dilema ético al que responder, este no puede ser resuelto si no se resuelve en primera instancia la propia concepción de lo humano y lo psíquico. Desde la propia experiencia,

esto no resulta sencillo, dado que hay un mandato al que responder que interpela directamente la concepción del ser de lo humano que se posee, en donde no es posible de objetivar, ni de someter a clasificación, ya que es visto como único e irrepetibles, contextualizado a situaciones vitales, por tanto nunca es apropiado categorizarlos o tratarlos como un fenómeno natural. Sin embargo el trabajo que se desempeña implica la respuesta a estas demandas y frente a esto no queda opción más que de responder siendo lo más fiel posible a esta concepción, poniendo ésta en todo momento por delante. Es decir, a la hora de evaluar mediante el uso de test, (entendiendo que estos solo darán respuesta no a lo que la persona es, si no a lo que informa en ese momento y ante ese evaluador) se debiera considerar que la forma de interpretar estos resultados tiene que ver también con lo que como observador relevo y no necesariamente con lo que la persona que fue evaluada despliega. Y por sobre todo al momento de la redacción en donde debido a lo anterior se es cuidadoso con la información que se escribe teniendo presente la imposibilidad de definir con carácter de inalterable las hipótesis que se manejan, así como las variables contextuales que podrían estar en juego.

3.2 Dimensión Epistemológica

Dimensión correspondiente a lo relativo al conocer. Se refiere a la pregunta acerca del conocer y desde ahí se llega a la consulta permanente de si tenemos o no acceso a la realidad y si el observador se incluye o no en lo que observa. En el terreno de nuestra disciplina sería como se explica el funcionamiento del ser humano, y más específicamente como se explica cuál es la interacción que los seres humanos tienen con la *realidad*.

Preguntarse como entendemos que se conoce, o que acceso tenemos a la realidad implica posicionarse desde miradas muy disímiles y es por esto que en la práctica clínica en donde lo que se desea conocer es al otro y su malestar es importante la consideración de cómo entiendo que puedo acceder al conocimiento del otro y lo que lo aqueja, porque en función de cómo conciba la respuesta a esas interrogantes es como me despliego para relacionarme con aquello.

El tener una comprensión de que no se puede acceder a la realidad de forma objetiva, y en cambio adscribir a la idea respecto que la forma en la cual se accede a la comprensión del mundo es por medio de construcciones sociales que se sitúan en un determinado momento histórico y cultural, tiene implicancias en la práctica clínica ya que el sistema consultante no es concebido como una realidad de hecho autónoma e

independiente, sino una realidad de significado producida, en parte, por el acto cognoscitivo del terapeuta (Gergen y Warhus, 2003).

Esto además, da paso al concepto de un multiverso o pluralidad de las ideas. La familia es vista como un sistema social organizador de problemas que serán después mediados a través del lenguaje. Hay una construcción de lo real construida entre cliente y terapeuta. Lo que favorece que emerja una posición horizontal en la cual el terapeuta comparte la responsabilidad con el cliente, dejando atrás la idea de terapia jerárquica con un terapeuta experto (Gergen y Warhus, 2003).

Al entender que el saber es una construcción de la mente, el conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente de nosotros. Aquello que se observa no es una entidad en sí misma y separada de quien observa. La mente reside en las relaciones sociales y en la construcción de significado a través del lenguaje.

Desde este punto de vista no se puede establecer que una mirada goza de mayor valor que la otra, dado que la forma en que nos relacionamos con la realidad, opera a modo de lentes que invitan al terapeuta a mirar la realidad de determinada manera, desde la cual surge la posibilidad de que esa manera muestre sus límites, aún más si el terapeuta olvida el carácter determinista que sobre la realidad opera al momento de observarla. Como diría Bateson, los datos se constituyen como distinciones activamente construidas y ordenadas de un modo coherente con el propio marco de referencia (1979, en Campillay y Bustos, 2010).

En función de la idea de que operamos con ciertos lentes al relacionarnos con lo que nos rodea, las fichas clínicas no escapan a esto. Cuando se lee una ficha de ingreso o bien, cuando es derivado un consultante que ha tenido algún proceso anterior, nos relacionamos de una forma con la información en ella contenida. El ejercicio de leer la ficha sin atender como opera la dimensión epistemológica en este acto cotidiano, puede implicar un ejercicio irreflexivo que puede llevar a una disposición frente a este caso condicionado sin conciencia por la información de aquella persona, familia o pareja, sin que sepamos que prejuicios o preconcepciones están operando en este acto, en cambio una mirada más atenta a este respecto, puede incluso servirnos para traer estos prejuicios propios o del entrevistador para hacer uso de ellos en terapia de manera de usarlos a nuestros favor. Esto sólo sería posible si atendemos a lo que se juega al momento de enfrentarnos a una ficha, o historia que nos trae algún consultante.

3.3 Dimensión Ética

Dimensión valórica, actitudinal, que pone en el centro el tema de la propia moralidad. No se remite a la conflictualidad con las normas o al cumplimiento, sino más bien al reconocimiento de que todas las acciones dentro de una disciplina son acciones morales que están directamente relacionadas con la responsabilidad.

En las últimas décadas, muchas de las discusiones más importantes se instalan en la dimensión ética, que si bien inicialmente parecen situarse en el ámbito teórico y epistemológico, van acercándose inevitablemente a aspectos éticos y, desde ahí, a aspectos políticos (Gálvez y Morales, 2012). En este contexto la obra de Zygmunt Bauman incorpora el despliegue de estos problemas en el dominio de las prácticas sociales contemporáneas, a través del llamado a reescribir el concepto de ética y proponiendo el de moralidad desde una concepción de autonomía y responsabilidad (Bauman, 2004 en Gálvez y Morales, 2012)

Bauman hace una distinción entre ética y moralidad. La ética, entendida como heterónoma, posee una primacía de criterios preestablecidos en forma de códigos. La moralidad, en cambio, opera desde la autonomía, ya que al ser esencialmente “no racional” e indecible, preceden la consideración de propósito y el cálculo de pérdidas y ganancias en su acción. Escapan así a cualquier explicación en términos de utilidad o servicio, no siendo regulares, prototípicos, y por ende, imposibilitados de representación como guía de reglas a seguir, razón por la cual no pueden ser abarcados bajo la figura de un código ético establecido. Luego, toda ética que se amolde al patrón de un código –entendiendo como tal aquel patrón que define lo propio de lo impropio– abandona lo que es propiamente moral en la moralidad, en tanto desplaza los fenómenos morales del ámbito de la autonomía personal a una heteronomía, sustituyendo la responsabilidad moral del yo frente al Otro, por la responsabilidad heterónoma depositada en ciertos legisladores, guardianes de ciertos códigos (Bauman, 2004 en Gálvez y Morales, 2012)

De este modo la responsabilidad moral conduce al desafío de actuar autónomamente responsable, aunque en ocasiones se discrepe del mandato ético racional dominante. Se plantea de este modo que una psicoterapia de orientación posmoderna que se haga eco de ésta distinción, debería atender al impacto ético y político de su ejercicio a favor de la mirada del Otro, y en contra de una adscripción a un mecanismo regular y verificable de su acción moral, debido a que no hay posibilidad de asignar valor moral a una acción en la terapia a partir de normas racionales heterónomas (Gálvez y Morales, 2012)

Al atender a una moral autónoma, lo que acontece es una consideración de una actitud ética de responsabilidad, es decir una actitud que distinga las normas establecidas en códigos y preceptos morales pero que a la vez aplique una ética que considere los propios principios éticos frente a la toma de decisiones. Es decir este concepto o idea propone que se releve o se distinga el cumplimiento de normas versus una actitud responsable. Esto implica reconocer dicha responsabilidad y las decisiones asociadas a ello. Lo que brinda la posibilidad de una ética reflexiva o ética de segundo orden (Martic y Gálvez, 2013).

En terapia se suelen tener desafíos éticos a los que se deben dar resultado. En ocasiones cuando se consulta por un malestar que recae en un adolescente, por darle comodidad y privacidad a este se prefiere algunas sesiones individuales con él, en donde se contextualiza que nada de lo que se hable en ese espacio se dirá a los padres sin su consentimiento, a no ser que se trate de algo que pueda ocasionar daño a sí mismo o a otros. Esto que es el principio de confidencialidad básico, descrito incluso en el código de ética de esta profesión, es una norma a la cual adherimos no solo porque esta señalada en un código, sino porque seguramente representa nuestra manera de pensar respecto de la confidencialidad que debe dársele a cualquier consultante. Pero lo complejo viene a la hora en que este adolescente nos confidencia ciertas conductas no muy saludables que llevaba a cabo en su pasado, y que podrían suceder en el futuro. Frente a esta información es que surge la necesidad de tomar una decisión, y en esta es que se pone en juego esta dimensión ética de la terapia. Un operar en la clínica de manera atenta como se está proponiendo implicaría evaluar las opciones de acción que se pueden seguir, pensando más allá de la aplicación de una norma ética, sino que también considerando el criterio del terapeuta frente a si esto es algo urgente, algo que está sucediendo, ahora o que puede suceder en el futuro, como esta decisión de contar o no a los padres es beneficiosa/útil para el proceso que se está llevando a cabo, etc. Este ejercicio implica mirar la relación que se está estableciendo con el otro. Y no solo apegarse a un código de manera irreflexiva. Ante este tipo de decisiones que se deben tomar en la práctica clínica, en donde esta representa solo un ejemplo, es en donde se pone en juego una dimensión ética, o la ética autónoma y responsable propuesta por estos autores.

3.4 Dimensión Política

Dimensión amplia que tiene relación con lo social y con la performatividad que tiene la disciplina. Recorre diferentes ámbitos que van desde el lenguaje, la subjetividad, hasta lo gremial y comunitario. La pregunta que se formula para hacer presente esta dimensión en nuestro actuar es ¿Cuál es el efecto micro político (transformador) de cada una de las intervenciones? También refiere a las relaciones de poder y su dinámica ¿Qué tipo de relaciones tenemos con el otro?

Michel White (2002), declara que la cultura misma es proyectada desde discursos institucionales como los discursos de la psicoterapia. En este sentido en el encuentro microsocial que significa la psicoterapia, se ponen en juego todas aquellas posibilidades relativas a la mantención, o transformación de cierto horizonte comprensivo en torno a la subjetividad, visible en prácticas discursivas, sistemas de enunciados y actos de habla de lo terapéutico. Esto ha sido entendido como los aspectos micropolíticos de la terapia (Morales, 2010). Es decir todo aquello que tiene que ver con lo que hacemos para dar una oportunidad de definir realidades de un modo diferente en relación con los actores sociales, consultantes o redes con quienes estemos trabajando (Pakman, 2006 y 2006; en Morales, 2010).

La consideración de la dimensión política da cuenta de un intento de legitimar, como parte genuina de la praxis clínica, la responsabilización de la posición del psicólogo durante un proceso de intervención. Es una posibilidad ligada a una decisión del terapeuta que debe ser considerada mediante un ejercicio reflexivo, el cual implica permanecer atento a aquel entramado discursivo que subyace a la praxis clínica en donde emergen discursos desde la mirada del profesional frente a la relación terapéutica que dan cuenta de operaciones de poder que abren o cierran posibilidades relativas al entendimiento de la realidad y la subjetividad (Morales, 2010).

Esto posibilita la reflexión crítica de uno mismo a través del encuentro con otros. O en palabras de Pakman, (2006, citado en Morales, 2010, p. 49) “disponer de una práctica social crítica a través de una micropolítica que desafíe los determinantes sociales y los procesos de formación de identidad a través de los cuales nos constituimos”

Otro terapeuta que en el escenario actual de la psicoterapia dio énfasis a una preocupación micropolítica fue White, la preocupación micropolítica de White surge como una preocupación por el poder presente en los discursos de la psicoterapia tradicional, tanto en el trabajo formativo, como en el ejercicio y políticas de salud asociadas a la clínica

en general. Para White, las personas se hayan sujetas al poder por medio de verdades normalizadoras que configuran sus vidas y sus relaciones, las cuales a su vez se construyen en el funcionamiento del poder. Entonces la relación que el poder tiene con las personas es de subyugación en el sentido de forjar en las personas, ciertas prácticas de sí mismas que las hagan participes de modos de comportamientos unitarios y globales, gobernados desde afuera por discursos dominantes (White y Epston, 1993; White 2002 en Morales, 2010).

White y Epton, siguiendo el predicamento foucaultiano, enfatizan que en este poder son las propias personas, en su actuar cotidiano, las que van activamente participando y construyendo su propio sometimiento, de las cuales, como formadores o terapeutas participamos. White, concibe la psicoterapia como una operación micro-política, con lo cual inaugura un novedoso análisis de la posición del terapeuta y de los efectos microsociales de su acción. En palabras de White:

“Podemos proponernos estructurar el contexto de la terapia de manera que sea menos probable reproducir las formas culturales de las organización dominantes, incluyendo aquellas que perpetúan las jerarquías de conocimiento y otras prácticas opresivas. Y creo que, sea lo que fuere una ‘buena terapia’, se preocupará por establecer estructuras que expongan los abusos de poder reales o potenciales en el ejercicio de esa misma buena terapia” (White, Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos, 2002, citado en Morales, 2010 p 53).

Siguiendo con el precepto planteado por White, la consideración de esta dimensión interpela a que en el ejercicio terapéutico y en la formación, se consideren los elementos políticos, o más bien micro-político, en virtud de hacer transparentes muchas de las prácticas dadas por sentadas y que han sido y son reproductoras de aspectos problemáticos de la cultura dominante. Tal como lo es el tema del diagnóstico ampliamente criticado por los modelos de la terapia familiar que surgieron posterior a los años 90'. Estos discursos develan la estigmatización que produce el uso del diagnóstico de trastorno mental, en donde más que ser descriptivo se le atribuye una concepción de valor que se revela en un juicio moral, que ocasiona un sentimiento de disfunción localizado en la persona, además de favorecer el que la persona se retire de la relación generando una sensación de culpa individual que merma las posibilidades de una responsabilidad relacional que posiciona al paciente en un estado de dependencia de los profesionales de salud mental por sobre los amigos, familia o comunidad, que interrumpe el reajuste

relacional que de otro modo podría tener lugar en la comunidad (Gergen y McNamee, 2000).

3.5 Dimensión Dialógica.

Dimensión que está plagada de innumerables descripciones de la realidad. Tiene que ver directamente con la posibilidad de explicar la realidad, y de que estas explicaciones entran en diálogo en la conversación terapéutica o en cualquier otro tipo de intervención en donde existe otro u otros que se relacionan con sus propias explicaciones de la realidad, poniéndolas en diálogo. Una de las teorizaciones más recientes que aborda esta dimensión en la práctica clínica es la perspectiva dialógica, descrita anteriormente como modelo conversacional, la cual considera al diálogo como generativo.

Esta dimensión que ha sido renombrada como dialógica pero en un principio se entendía como teórica, apunta a que en el ejercicio de explicarnos la "realidad" del consultante, se establece una relación complementaria en la interacción terapéutica. Esto implica una nueva forma de relación entre el profesional y los consultantes, centrada en la colaboración y el reconocimiento de la experticia de cada participante respecto de un determinado ámbito, ya que se entiende que todo conocimiento surge de inmersión en la cultura y la historia.

Desde esta perspectiva la importancia de esta dimensión es que propone que el interés o propósito de la intervención social corresponda a establecer una oportunidad para el diálogo y, a través de este diálogo, a la búsqueda conjunta de posibilidades de autodeterminación y libertad para el usuario (Anderson, 2003).

Anderson y Goolishian (Goolishian y Anderson, 1997 en Gergen y Warhus, 2003), en su enfoque de "sistemas de lenguaje colaborativo", proponen un asociación colaborativa con el cliente, donde el terapeuta es alguien que "no sabe", no tiene acceso a información privilegiada, nunca podrá entender al otro completamente, por lo que siempre necesitará que el otro le informe, siempre tendrá que aprender más sobre lo que se dice y lo que no se dice. De allí que se entiende que la interpretación sea siempre un diálogo entre el terapeuta y el cliente, no el resultado de narrativas teóricas predeterminadas (Anderson, 2003).

La dimensión dialógica implica la comprensión de que el terapeuta posee interés y curiosidad respecto del cliente, y lo invita a éste a una búsqueda de explicaciones posibles, que se hace de manera conjunta con el cliente. De este modo, el terapeuta en vez de

ocupar las explicaciones o ideas que durante la conversación le surgen, para dirigir la conversación con el cliente hacia un punto en particular, pone al servicio de la conversación éstas hipótesis para abrir otras conversaciones (Bertrando y Arelloni, 2008), conversaciones que el cliente complementará, desechará, o transformará, facilitando que de este modo se generen nuevas explicaciones, que tal como se ha mencionado posicionan tanto al cliente como al terapeuta de una manera distinta con aquello de lo que se habla (el problema, o el malestar).

3.6 Dimensión Técnica

Dimensión que está orientada a la generación de diferentes intervenciones. Centrada en las herramientas de uso en la disciplina y que deriva de los modelos de intervención. Implica una consideración historiográfica para comprender su evolución y condicionantes actuales.

Mencionar la importancia de la dimensión técnica en la práctica clínica es posible que resulte de perogrullo, debido a que el ejercicio psicoterapéutico, o cualquier otra práctica que implique trabajar con otro u otros, requieren de cierta metodología, dispositivos tácticos y técnicas. Sin embargo es importante relevar que la utilización de técnicas debe responder o más bien ser congruente con las dimensiones anteriormente mencionadas. Ana maría Zlachevsky (2010), plantea que las técnicas no son algo que se usa al azar en las intervenciones clínicas, están al servicio de lo que se desea que ocurra en la relación con el otro, y este deseo siempre responde a las explicaciones que tenemos, la postura política o micropolítica en la que nos posicionamos, que responde también a las consideraciones de lo ético, a la concepción de lo que conocemos y como lo conocemos, y además a la noción de ser con la que operamos.

Por lo mismo la técnica es un dispositivo y como cualquier otro es limitado y están al servicio del proceso. En este sentido cuando se ocupa una técnica en cualquier tipo de intervención, se ocupa en tanto resulta útil para el proceso, algo que no necesariamente está garantizado de antemano.

Un ejemplo de esta concepción respecto de las técnicas es la facilidad con que en el operar a diario del equipo surgen nuevas técnicas para procesos terapéuticos específicos y luego quedan al servicio de otros procesos en los cuales, éstas pueden incluso modificarse, para adaptarse a los fines del ese proceso, o sesión en particular. Las técnicas usadas en cada sesión enmarcadas dentro de un proceso, se evalúan sesión a

sesión y responden a dos cosas que el equipo en primera instancia se pregunta. Qué hipótesis se desea poner en juego en esta sesión, o cuales han emergido en los terapeutas y observadores a partir de lo visto y escuchado, es decir cuales son las ideas con las que el equipo está operando y la segunda pregunta es con qué dispositivo táctico o actitud (curiosidad, irreverencia, etc) se desea intervenir o poner en juego estas hipótesis. A partir de estas dos consideraciones es que se identifica o selecciona las técnicas que se usaran en la sesión, las cuales pueden o no resultar útiles para la intervención propuesta.

El uso de técnicas, es útil incluso en una actividad que implique la observación y el autoconocimiento del terapeuta que se pone en juego en terapia, como es el caso del duograma, técnica que fue creada por Teresa Arcelloni (2009) con el propósito de facilitar una auto-reflexión de modo de releer las historias de pareja, junto con explicitar premisas, o volverse más consciente de los prejuicios respecto de las relaciones de pareja de aquellos terapeutas en formación que trabajan atendiendo a parejas, de igual manera ha sido usada en procesos terapéuticos, ya sea de pareja o individuales en donde los objetivos según se implemente la técnica pueden ser, la auto-exploración de las relaciones de parejas, la auto-observación de las premisas y prejuicios que operan en los consultantes respecto de las relaciones de pareja con una finalidad deconstructiva, problematizadora, etc. Las técnicas dependiendo de la actitud con la que se emplee y las hipótesis a la base que motivan su uso, puede ser útil para diversos fines.

4 Singularidad del Terapeuta

4.1 Personaje terapéutico

Bajo la ideología posmoderna, el personaje terapéutico es una construcción que realiza el terapeuta en formación como parte de su proceso de *de-formación*, a partir de la necesidad de generar un determinado estilo terapéutico al preguntarse lo que le ocurre en la relación entre su ser y su actuar en terapia (Gálvez, 2010a).

Aquel que está participando de un proceso de formación está involucrado afectivamente en ese proceso, esto favorece que se toquen aspectos personales que refieran a lo que se es y lo que se hace. En este proceso, es probable e incluso esperable que se produzca una tensión al practicar lo que el terapeuta novel aprende y el mantener una cierta sinceridad con su forma de ser. Atender a la construcción de un personaje terapéutico puede ser una buena forma de dar solución a esta probable tensión, y resolver

de este modo, lo que podría ser una inconsistencia al mantener una ideología posmoderna y actuar un personaje que no “represente” aquello que se dice ser (Gálvez, 2010).

En este sentido este autor plantea que la construcción del personaje terapéutico que sea acorde a las necesidades de su contexto y es responsabilidad de aquel que se está formando, guiado o conducido en el proceso de asesoría. Esta construcción tiene el sentido de permitirle que conjugue sus recursos, haciendo surgir algo diferente respecto de las condiciones iniciales de formación. Para esto es importante que tanto el formador como el formado no le teman a la invención al momento de participar en la construcción del personaje.

Para el proceso de construcción del personaje es necesario tener claridad o reflexionar respecto del contexto en el que se trabaja, de modo que se sepa cual o cuales personajes son posibles de actuar en este contexto en particular. Además de tener una concepción del sentido de la psicoterapia, cuál es la motivación y la ambición que se tiene como actor social a través de la práctica de la psicoterapia, ya que esto contribuye a la creación del personaje que deseo ejercer en terapia. Junto con esto, se debe poner atención a los aspectos que refieren a la política de la psicoterapia. Todo esto facilitado por el formador en la medida que éste favorece y participa de la construcción de personajes terapéuticos en/con sus formados, culmina en un proceso en donde se puede tener una primera idea del personaje terapéutico construido o el que deseo construir en el futuro.

IV. Marco Metodológico

1. Aproximación Ontometodológica

Dentro de la historia de la disciplina se han distinguido dos tradiciones o concepciones respecto del objeto de estudio y la metodología de investigación del mismo, (Cornejo, 2005). Estas dos concepciones en psicología son entendidas como la científicista, una, y la hermenéutica-comprensiva, otra. La concepción científicista, basada en el pensamiento racional, supone que cualquiera sea el objeto de estudio de la psicología, la fórmula para su investigación ha de estar dada por el método científico centrado en la formulación de hipótesis y su contrastación posterior. Opuesta a la anterior, la concepción hermenéutica-comprensiva defiende la particularidad del objeto de estudio de la psicología –en general, los fenómenos psíquicos y relacionales- y la necesaria generación de metodologías distintas a las tradicionalmente consideradas científicas para la construcción de conocimiento dentro de la disciplina. En donde cobran importancia, “la historicidad de los fenómenos psíquicos, su contextualización sociocultural, y por sobre todo, la consideración de la dimensión de sentido/significado de todo acto psíquico” (Cornejo, 2005, p.191).

De acuerdo con Calventus (2000), el paradigma hermenéutico – comprensivo se caracteriza por el supuesto ontológico de una realidad considerada simbólica, construida socialmente y dependiente de quien investiga. Entendiendo el objeto de estudio en constante construcción en la relación que se establece entre el investigador y éste.

Asimismo, la realidad es considerada dinámica, construida históricamente y holística, por lo que no es posible fragmentarla para su comprensión. Ésta se estructura e interpreta según un sistema de significados y símbolos productores de discurso.

Este paradigma reconoce un compromiso ideológico, y por tanto, político del investigador, donde los hechos y valores del autor se encuentran implicados productivamente en el proceso de investigación. En donde el proceso investigativo es de carácter descriptivo, comprensivo e interpretativo, siendo empíricamente intenso, ya que se busca la profundización del conocimiento de la realidad que investiga y no su generalización.

La investigación cualitativa como señala Ruiz (2003), en su intento de comprender la complejidad de los fenómenos, aborda éstos desde una mirada global, atendiendo al contexto del objeto de investigación, el cual se entiende como un texto siempre anclado al contexto, y en donde ambos son necesarios de ser abordados. Por otra parte, el contacto

directo del investigador con los sujetos “objeto” de investigación es central. Estas características llevan a la postura cualitativa de centrarse en la particularidad de cada situación la cual es irrepetible, en donde el contexto es sumamente relevante en la comprensión del sentido de las vivencias que interesa investigar.

De este modo una investigación cualitativa desde una concepción hermenéutica-comprensiva, concuerda con el propósito de esta investigación, ya que se busca dotar de sentido al operar de las dimensiones relacionales, éticas, políticas e ideológicas en la praxis de eQtasis. Para dar cuenta de este sentido es necesario un abordaje comprensivo e interpretativo que considere el objeto de estudio interdependiente del investigador, haciéndose parte de éste interpretándolo según los valores y la construcción de la experiencia del investigador en dicho equipo.

2. Tipo de Investigación

La presente investigación de carácter cualitativo, es de tipo exploratorio-descriptiva, con un enfoque hermenéutico. Es una investigación de caso único, ya que su objeto de estudio implica el operar de un equipo particular.

3. Diseño Metodológico

3.1 Contexto

Esta investigación, se origina a partir de un proceso reflexivo dentro del Programa eQtasis que se llevó a cabo, gracias a la investigación “Sistematización de un modelo para la formación y práctica en Psicología Clínica: Etnografía al programa eQtasis como equipo en formación permanente”, que se desarrolla en el marco de los proyectos de investigación Semilla del Departamento de Psicología y en la tesis de pregrado asociada a esta iniciativa de investigación. Esta tenía por objetivo proporcionar un marco de reflexión y sistematización concreta en la cual se pusiera de manifiesto las maneras, formas e intenciones de trabajo que eQtasis plasma en su práctica clínica.

En este sentido, la actual investigación mantiene una relación de continuidad con el proyecto original y se inserta en un interés en ir más allá de la conceptualización y dar una atribución de sentido (que se acopla a la definición de un modelo que lograba el proyecto anterior) respecto de las dimensiones de la práctica clínica que usualmente no son

abordadas en la reflexión de la praxis clínica de un modelo, como lo son las dimensiones relacionales, políticas, ideológicas y éticas.

3.2 Participantes

La población del estudio hace referencia al Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, el cual está compuesto por sub-equipos y una gran unidad articuladora, que opera como unidad de enlace de los diferentes sub-equipos, llamada Sinapsis. Dentro de los sub-equipos están los que se enfocan en dar atención clínica y otros en el cual su principal énfasis es la generación de investigación, los cuales pueden o no dar atención clínica, según se establece en sus propias organizaciones.

EQtasis cuenta en el 2012³ entonces con dos equipos de atención clínica, que trabajan fundamentalmente con familias y parejas, un equipo de atención clínica de familias niños y adolescentes, un equipo de investigación clínica enfocado a la atención de parejas, y un equipo de investigación clínica que realiza ingresos y está enfocado en la investigación relacionada con los ingresos que efectúan como equipo.

Todas estas unidades y sub-equipos se encuentra articulados por la Unidad de enlace, Sinapsis, la cual se encarga que exista comunicación, coordinación y articulación entre las unidades y los sub-equipos, así como que cada una de éstas tribute a los propósitos del equipo y a sus principios orientadores. El Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, se reúne con una periodicidad que varía cada año en reuniones ampliadas (donde se reúnen todos sus miembros), las cuales tienen como principal objetivo la reflexión global del programa y la toma de decisiones, no quedando por esto afuera, otras actividades de diversa índole, incluso de cohesión grupal.

3.3 Muestra

La muestra específica para esta investigación está compuesta por miembros de eQtasis que participaron en tres diferentes grupos de discusión realizados, como trabajo post ejercicio reflexivo de focus group propuestos en la investigación anterior. Es decir, lo que en el grupo anterior operó como momentos de análisis del propio equipo, sirve ahora como nuevo insumo para un segundo análisis, de otro tipo y con un nivel de especificidad mayor. Cada grupo formado operó como analista de la propia información que se había

³ Se detalla la configuración de eQtasis el año 2012, debido a que fue el año en que se hizo registro de los datos utilizados en esta investigación.

generado en los focus groups anteriores, los cuales contaron con la presencia de la gran mayoría de los miembros de eQtasis y se trabajó con una consigna general que provocaba de manera abierta la disusión.

Los participantes de la globalidad de eQtasis en los grupos de discusión fueron seleccionados de manera aleatoria, pero buscando la heterogeneidad de sus participantes respecto de la antigüedad en el equipo: es decir se contó siempre en cada grupo con al menos un miembro fundador o que participó desde sus orígenes, miembros que llevaban participando más de 3 años, 2 años, y también miembros que estuvieran recién incorporados al equipo. Cada grupo de análisis tuvo una conformación única en donde, si bien hubo un par de participantes que estuvo presente en más de uno grupo, nunca un grupo estuvo compuesto por exactamente los mismos miembros. El número de participantes en cada grupo fue en promedio 5 personas, con la excepción del último grupo en el que participaron 6 personas. Todo lo anterior permitió que se generaran condiciones óptimas para que el mismo proceso de discusión y análisis fuese generativo.

3.4 Técnica de producción de datos

Con los grupos mencionados anteriormente se realizaron reuniones de conversación bajo el formato de grupo de discusión. De acuerdo con Flores (2013), el grupo de discusión es un grupo particular que sólo existe en la discusión. “Esta técnica tiene por objeto el intercambio de ideas o de sentidos respecto a un tema tratado en común, en donde por medio del discurso del grupo se re-producen las claves de la sociedad, develándose el grupo como productor de información específica” (Flores, 2013, p. 211).

El objetivo de estos grupos era someter a discusión y análisis las premisas construidas a partir de la investigación anterior, algunos aspectos indetificados en el funcionamiento del equipo y que eran expuestos por la encargada de la investigación. Estas premisas iniciales, operaban entonces como consigna inicial, sobre la cual el grupo discutía. Los temas tenían que ver principalmente con el modo de funcionamiento del equipo a partir de su epistemología de base, las teorías con las que opera y las metodologías y prácticas utilizadas.

Además de esto se realizó una entrevista grupal de evaluación del funcionamiento del equipo en el marco de una reunión ampliada de eQtasis⁴ en donde la participación es abierta a todos los miembros y por tanto participó la mayoría de ellos.

Sin embargo el uso de los datos registrados en la ampliada, no fueron parte del análisis hermenéutico propiamente tal, por lo que sólo fueron transcritos los tres grupos de discusión para su posterior análisis.

4. Tipo de análisis

Para el análisis de estos datos se realizó un análisis hermenéutico del discurso, ya que esta metodología permite una riqueza interpretativa-comprensiva que es congruente con los objetivos de esta investigación y además aspira a una construcción de un sentido respecto del texto inicial. El análisis hermenéutico del discurso “se enmarca en el paradigma interpretativo comprensivo; lo que supone un rescate de los elementos del sujeto por sobre aquellos hechos externos a él. En este sentido, debe destacarse que dicho análisis toma como eje fundamental el proceso de interpretación” (Cárcamo, 2005 p. 8).

El proceso de interpretación busca trascender las fronteras del texto, en este sentido el proceso del análisis hermenéutico se entiende en permanente apertura producto de la actividad re-interpretativa de la que es fruto. Esta reinterpretación no es sólo en referencia al texto sino que a la interpretación de la interpretación que hace el autor respecto de un fenómeno determinado, en este caso particular, la interpretación de la interpretación que el autor de esta investigación realiza respecto a los discursos de los miembros de eQtasis, asociados a su práctica clínica y que excede al modelo declarado, en función de su conocimiento del contexto, lo cual permitirá darle una nueva lectura a ese contexto. Esto también justifica de alguna manera, que el propio equipo (a partir de la participación de algunos de sus miembros) es productor y analista de su propia información.

Para esto se requiere indagar en el proceso de producción primaria de dicho texto, en otras palabras, el diálogo que da lugar al producto literario a analizar, los discursos de los

⁴ Como ya se mencionó las “ampliadas” son reuniones en donde participan todos los miembros del Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica, las cuales tienen como principal objetivo la reflexión global y toma de decisiones. En particular la ampliada a la que se hace referencia, realizada en enero de 2014, tuvo por objeto la evaluación del programa el año 2013, y planteó los desafíos para el años 2014.

miembros de eQtasis y que ha sido inaugurado ya en relación a las solicitudes que demandó la investigación anterior a este estudio.

En esta línea, “la tarea metodológica del intérprete, por lo tanto, no consiste en sumergirse completamente en su objeto, si no en encontrar maneras viables de interacción entre su propio horizonte y aquel del cual el texto es portador” (Echeverría, 1997 en Cárcamo 2005, p.9). La necesidad de apreciar el análisis hermenéutico en una dialéctica entre acontecimiento; sentido; y referencia, funciona como polaridades que nos permiten anticipar que los conceptos de intención y diálogo no han sido excluidos, siendo liberados de la unilateralidad de un concepto no dialéctico del discurso. Esto permitirá entonces que, como reacción al texto nuevo emergente de este estudio, cada sujeto pueda preguntarse acerca de su posible conjugación de las dimensiones éticas, políticas, ideológicas y relacionales, abriendo paso a una atribución de sentido que será siempre singular, abierta y, por ende, provisoria.

De acuerdo a la propuesta de aplicación de la hermenéutica como metodología de análisis de datos cualitativos que realiza Araceli De Tezanos (2002), se presentan dos grandes tareas al momento de llevar a cabo una investigación de este carácter, una descriptiva y otra interpretativa.

La descriptiva implica crear un texto que logre dar cuenta de lo que el investigador ha recogido a través del instrumento de recolección de datos utilizado. Este texto tiene la pretensión de dejar ausentes las opiniones o comentarios del investigador y rescatar la información recogida, en un esfuerzo por rescatar la voz del otro, en tanto ésta constituye y expresa la “realidad” a estudiar. La construcción de este texto descriptivo supone ordenar la información de manera que responda a la pregunta ¿qué es? Y ¿cómo es?, vinculando distintas fuentes de información que son entendidas como fragmentos de una misma “realidad” estudiada, convirtiendo el proceso descriptivo en un proceso de coordinación y articulación de fragmentos donde están presentes cada una de las percepciones de los sujetos la cual solo se ve limitada por la atención del investigador a los objetivos del estudio, los cuales dan el marco para que la voz del otro aparezca como objeto de análisis (De Tezanos, 2002).

La tarea de interpretar, constituye el intento por ir más allá de texto que se ha descrito en la etapa anterior. En esta segunda etapa el desafío implica ir tras la búsqueda del sentido que emerge en la triangulación entre investigador, la “realidad” traída a la mano a través del texto descrito, y la teoría, desarrollada en el marco teórico de referencia. Esta

triangulación abre camino hacia la re-significación de las dimensiones. Es la búsqueda de sentido lo central y lo que llevará a responder la pregunta de investigación, para esto es importante atender a las relaciones que se pueden establecer en el ejercicio interpretativo para dar forma y coherencia a una nueva categoría interpretativa, que estará al servicio de un afán declarativo, político, performativo, que opina respecto de la “realidad” que lee y no tiene pretensión de organizarla.

Si bien De Tezanos no propone pasos a seguir en esta etapa, propone lineamientos generales, como el énfasis en que en este momento se hace una “lectura en la sospecha” sobre la descripción construida en etapa anterior. Esta nueva actitud en la lectura está dirigida a la búsqueda de sentido lo cual implica preguntarse por el cómo el objeto se hace concreto en la manifestación de sus relaciones. Así como recuerda que no hay reglas para el momento interpretativo, por lo que hace un llamado a la creatividad conectando cosas que no estaban conectadas en el texto, de acuerdo a la lógica de los argumentos construidos, es decir realizando relaciones de relaciones, distanciándose del texto descriptivo, con coherencia interna en las argumentaciones, manejando el bagaje de la literatura asociada el fenómeno estudiado, siendo hábil en la búsqueda de contradicciones y siendo diestro en la escritura de modo que ésta resulte clara y concisa.

5. Procedimiento de análisis de la información

Luego de efectuados los grupos de discusión estos fueron transcritos y leídos por el investigador destacando aquellos aspectos de la conversación que referían a las dimensiones relacionales, éticas, políticas e ideológicas las cuales no eran abordadas por la investigación que busca declarar el modelo de eQtasis.⁵ Esta primera lectura de los grupos de discusión, tenían por finalidad la realización de un primer acercamiento a los datos de modo de poder realizar las primeras observaciones de carácter más bien descriptivo y otras pocas de carácter interpretativo. Esta tarea fue realizada casi en paralelo con la construcción del marco de referencia y fue útil en la tarea de acotar este.

Los pasos siguientes fueron los requeridos para la construcción de un texto descriptivo, de modo que tal como plantea De Tezanos (2002), se realizó la construcción de dimensiones, que guiaron la construcción de un texto que diera cuenta de cómo se

⁵ Tal como se señalaba en el planteamiento del problema, se tiene la hipótesis de que estas dimensiones forman parte o están presentes en alguna medida en el operar clínico de eQtasis. Y en esa medida esta investigación las hace parte.

muestran en el discurso de los miembros de eQtasis tales dimensiones. Para esto se articularon las frases extraídas de los registros, dándole un orden y coherencia desarrolladas en torno a lo relevante, que está definido por la recurrencia de ideas, contradicciones, o diferencias en el discurso de los sujetos, de modo de lograr una articulación de la complejidad de la “realidad” estudiada.

Algo importante de aclarar es el hecho de que aun cuando el investigador haga todos los esfuerzos en dejar de lado sus interpretaciones, a la hora de construir el texto descriptivo, es él quien lo construye, es quien define, por tanto, las diferencias, las contradicciones y las temáticas relevantes, ya que operan en él de manera inherente prejuicios, supuestos y experiencias previas.

Posteriormente el análisis interpretativo se lleva a cabo a partir de la conjugación de tres elementos, la lectura interpretativa del texto descriptivo el marco teórico de referencia y la propia experiencia, prejuicios y conocimientos del investigador del contexto del equipo eQtasis y su operar.

En términos concretos el punto de partida fueron las dimensiones extraídas del texto descriptivo, a éstas se les dio una lectura interpretativa relacionando cada dimensión con otras, elementos teóricos, conocimiento del contexto del investigador, considerando además que en la pre-lectura que se hizo de los grupos de discusión se contaba con ciertos comentarios de carácter interpretativo. Lo que resultó en un borrador del juego relacional entre temáticas y las relaciones de estos con elementos teóricos, y el conocimiento del contexto del investigador, junto con sus preconcepciones y prejuicios frente a cada tema. Son estas “meta-relaciones” o ‘relaciones de relaciones’ mencionadas por De Tezanos (2002), las que se propuso dar cuenta el texto interpretativo construido – un segundo resultado de esta investigación.

Es en este momento en la construcción del texto interpretativo, que se hace uso del registro de la reunión ampliada de evaluación, usada principalmente con dos objetivos, el primero de ellos, actualizar de alguna manera los datos recogidos el año 2012 y de los que daba cuenta el texto descriptivo y por otro servir como fuente de escritura en donde el propio equipo pudiera posicionarse, y dar respuesta a su propio discurso.

Este texto interpretativo tiene la particularidad de ser a la vez una nueva lectura del contexto de eQtasis en cuanto al operar de las dimensiones relaciones, éticas, políticas e ideológicas. Esto debido a que en la construcción de este texto el investigador se posicionó desde su ser sujeto con sus preconcepciones, prejuicios y conocimientos previos,

actuando con una intencionalidad, preguntarse por el sentido, lo que lo ha conducido tanto a una modificación de su conocimiento anterior, como a una nueva lectura del contexto, que es su propio contexto. Como dice Vattimo “La interpretación no es ninguna descripción por parte de un observador neutral, sino un encuentro dialógico en el cual los interlocutores se ponen en juego por igual y del cual salen modificados...” (Vattimo, 1991, pp.61-62, cit. en Cárcamo, 2005, p. 10).

Una nueva lectura del contexto de trabajo del equipo, excede a lo que son sus normas de funcionamiento, pautas, principios y todas las características de lo que podría describirse como “modelo eQtasis”, rescatando y haciendo evidente el operar de lo no dicho en el equipo, pero que reviste importancia en la toma de decisiones y en su dinámica cotidiana. Pensar un equipo desde la estructura, para luego pensar en este mismo equipo, desde su discurso.

V. Presentación de Resultados

1.1 Dimensión Ideológica

La primera de las dimensiones a considerar, reviste una alta importancia, dado que se ponen en juego aspectos que exceden a la práctica restringida de una disciplina y abarca hacia algunas concepciones de carácter global y fundamental para el quehacer clínico. Entonces diremos que la dimensión ideológica se entiende como la dimensión que remite a las ideas, las concepciones que se tienen de sujeto, terapia, problema, relación terapéutica, entre otros aspectos, incluso algunos que escapan a la psicoterapia en particular y abarcar la disciplina en términos generales. También puede incluir el objetivo que debiera perseguir la terapia enmarcada en el contexto histórico y social, la intención o meta que se persigue al realizar el ejercicio de la terapia en tanto profesión.

En este sentido, un primer aspecto relevante de esta dimensión, dice relación con la idea que se tiene del otro, en tanto sujeto que se dispone a una relación particular. Denominaremos a este aspecto “**noción del otro**”.

Se destaca como elemento distintivo de este enfoque frente a otros, la declaración respecto de la paridad con la que se visualiza el terapeuta y el consultante en el sentido de la supresión de un rol de experto del uno frente al otro. Frente a esta idea uno de los participantes del grupo expresa:

...el reconocimiento del otro que se tiene al frente como un ser humano, con los mismos problemas que uno y constituido por las mismas cosas que está constituido uno, es lo que también marca una diferencia respecto a otros enfoques y otra forma de trabajo. El otro no es un objeto que está ahí, como así mismo tú no eres un científico que viene a develar o descubrir lo que te está sucediendo. (GD1 pág. 15)

En segundo término, otro aspecto de esta dimensión podría tratar todas las declaraciones que dicen relación con la forma en que se concibe la terapia misma, aun en términos generales y no necesariamente desde el enfoque sistémico relacional, sino que como disciplina, dispositivo y práctica clínica. Llamaremos a este aspecto “**noción de terapia**”.

Llama la atención que se disponga de una concepción de la terapia, como un dispositivo que se puede pensar que aparece en una época histórica determinada y con fines inicialmente instrumentales. En esta línea uno de los participantes del grupo declara:

Para mí la terapia es un dispositivo artificial creado por una... por una época histórica de las sociedades humanas, particularmente la modernidad, para suplir la ausencia de lazos sociales, y un sentido de pertenencia social de comunidades quizás de otras épocas de la humanidad. (GD1 pág. 8)

La época histórica a la cual se hace referencia, es lo que se entiende por modernidad y que trae como implicancia procesos de privatización, instalación de un sistema político y pérdida de serenidad respecto de la forma de convivir. El mismo participante, agrega:

Una de las cosas que trae la modernidad, no cierto, es privatizar todo hasta la gente con la que te relacionas, los espacios que ocupas, las cosas que prefieres, todo se privatiza. Entonces finalmente lo que tu intentas hacer para lograr la seguridad, lograr una tranquilidad, lograr vivir como tranquilos sin acudir a nadie que te tenga que solucionar los problemas, es protegiéndote de un otro, protegiéndote de los demás. [...] Particularmente en nuestro país los lazos sociales, el sentido de pertenencia de nosotros fue destruido por la instalación de un sistema político particular y se perdieron todo tipo de esa tranquilidad que surge cuando uno vive en un espacio, esa tranquilidad, esa seguridad que uno tiene de un espacio donde o sea, es más amplio que tu espacio privado. (GD1 pág. 8)

Por otro lado, la psicoterapia podría estar siendo vista, particularmente desde este enfoque, con una finalidad liberatoria y generadora de algún tipo de conciencia crítica. Otro participante del grupo, a este respecto, señala:

Mi visión de la terapia es como una transición, como un espacio temporal, que la idea es que pueda aportar en la incorporación de nuevas posibilidades, nuevas alternativas [...] también inclusive, de generar cierta conciencia más sociohistórica, política, en relación a lo que te trae aquí... (GD1 pág. 11)

Otra forma de concebir la terapia, es poner el foco en el terapeuta, o al menos una declaración de lo que hace el terapeuta. En esta línea se estableció lo siguiente:

[...] reconociendo desde dónde surge la terapia, lo que intentamos hacer nosotros no es como cristalizar el espacio terapéutico como el espacio de resolución de todos los problemas de las personas. Si no como que un espacio de transición entre que las personas traen todo esto que les es impuesto desde la escuela, desde el jardín, para poder empezar a vivir de una forma distinta, yo creo que no es algo que se ve pero sí que se huele, uno siente que lo está haciendo. Yo creo que eso también es la terapia que nosotros hacemos (GD1 pág.10)

Existen varios conceptos asociados a la terapia y que parecieran dar cuenta de manera global cuál podría ser un elemento clave. Esto aparece, por ejemplo, a partir del concepto de vínculo. Un participante del grupo intenta llegar a una definición de cómo se concibe vínculo en este contexto:

El espacio terapia es un vínculo para mí, lo terapéutico es un vínculo, es una sensación, un espacio de tranquilidad para la persona y que pueda contar las cosas. (GD1 pág. 9)

Un tercer aspecto a relevar, tiene que ver con la “**noción de problema**”, la cual se relaciona con la explicación que tiene el terapeuta de la problemática que trae el consultante al espacio terapéutico, como se entiende su origen, más allá de lo que manifieste el propio consultante.

En este sentido, se consideran que los problemas psicológicos corresponden más bien a problemáticas sociales enmarcadas en un contexto económico y social que las genera, así mismo se critica el hecho que históricamente éstas hayan sido asumidas como problemáticas que residen en el individuo. Al respecto un participante expresa:

Cuando estás desprotegido de eso aparecen los problemas, cuando tienes inseguridad laboral, cuando tienes inseguridad en términos de previsión, en términos de educación porque no tienes idea si vas a poder o no acceder a la educación, acceder o no a una vida, después cuando estés viejos si es que vas a tener unas lucas, cuando eso pasa empiezan a generarse ciertos problemas que tendemos a pensarlos como psicológicos pero para mí son más socio-históricos. [...] no nos damos cuenta de que ese malestar tiene que ver con eso, y finalmente se termina individualizando, yo creo también que por mecanismos, dispositivos, relaciones de poder de la época actual. Entonces terminan las personas pensando que ellas tienen un problema y asisten a este espacio de terapia... (GD1 pág. 9)

Los problemas son entendidos dentro de un marco relacional más amplio que el familiar, que si bien lo incluyen lo exceden, esto se destaca como una particularidad de este modelo. Uno de los participantes lo enuncia de la siguiente manera:

Yo creo que lo que pasa dentro del eQtasis y que es una de las cosas que aprendí dentro del eQtasis, y las cuales sigo intentando ejecutar actualmente, es poder ver incluso hacer ver a las personas eso mismo. Porque lo que les sucede no es porque ellos tengan un déficit o porque ellos tengan un problema a nivel personal, una incapacidad o una cosa así, sino que son debido a las relaciones, no sólo en el espacio micro sino que a nivel social que están determinando que eso que llaman malestar, o que eso que llaman problema, no se explican a partir de eso. (GD1 pág. 10)

Un último aspecto a tratar, siempre dentro del territorio de la dimensión ideológica, es lo que se podría entender como “**meta de terapia**”, que remitiría a los objetivos, intenciones y logros que se busca a través del ejercicio clínico.

Una intención que presenta el trabajo clínico del equipo es la de poner en el centro de la reflexión el discurso que trae el consultante, no con el fin de invalidarlo, sino más bien de

hacerlo parte de la reflexión. Se plantea además que esta intención es una responsabilidad que debe asumir el terapeuta. Así señala un participante:

Una actitud, que creo que es súper importante para los eqtasianos, o que nos llamamos terapeutas postmodernos o que nos interesa tener esa línea de... de actitud más crítica en terapia, eché de menos, como la actitud deconstructiva en el proceso psicoterapéutico. Porque yo creo que ahí está la responsabilidad del terapeuta (GD1 pág. 1)

Esta actitud crítica tiene como finalidad, generar una reflexión en torno a las creencias que están arraigadas en los discursos del consultante. El mismo participante continúa:

... yo creo que... que nuestra forma de trabajo, buscamos perturbarlo desde la deconstrucción, desde ahondar en las premisas, pero con una intención deconstructiva, con una intención de profundizar desde dónde vienen las cosas que están pensando las personas. (GD1 pág. 1)

Se entiende además que esta actitud deconstructiva tiene como meta que la persona pueda observar desde donde emerge su discurso del problema. De esta manera lo señala otro participante:

... pero quizás tiene que ver más que con desnaturalizar con, con ir a la fuente de las premisas. Para que una persona pueda movilizar su definición respecto a algunas cosas, su sentimiento, su posición respecto a su discurso, respecto a lo que le pasa. (GD1 pág. 2)

Se reconoce que ante ciertos aspectos que aparecen en el discurso como inmutables, también emerge la actitud deconstructiva. Así lo expresa un participante:

Pero si me parece que hay algunos temas que nos llaman más la atención y a los que atendemos a apuntar más y que eso me parece que son, saliendo un poco más de lo natural, y volviendo a la verdad, me parece que son aquellas cosas que parecen como verdaderas, inmodificables inclusive [...] ante esas verdades tendemos a hacer este movimiento hacia las premisas para ver que hay una premisa fundante, que nos es algo que esté dado por la naturaleza o dado por la verdad. (GD1 pág. 2)

Una segunda meta que busca la terapia particularmente en este enfoque y en la cual hay consenso entre los participantes es la intención de cuestionar el discurso individualizador del problema, ampliando las explicaciones posibles. Un participante lo manifiesta de la siguiente manera:

Nosotros tendemos a pensar las cosas de manera relacional y cuando llega una persona y dice que tiene un problema, nosotros tratamos de pensar o de darle una vuelta o de curiosear por ahí como para tratar de encontrar otra hipótesis, más relacionales o que tienen que ver con su historia, para que piense otras explicaciones a lo que le pasa a él y que no sea solamente el como individuo o a él como persona que tiene algún déficit. Pero eso, es desnaturalizar una mirada individualizadora de un problema. (GD1 pág. 1)

Se señala que desde este enfoque en particular, la terapia busca lograr que el individuo pueda comprender el contexto que lo define y en esa medida tenga la autonomía de tomar decisiones en su día a día. Al respecto un participante señala:

... sea el sujeto el que logre incorporar una visión un poquito más amplia o más enraizada, no sé. Y que luego cuando salga y siga viviendo todos los días después de sesión, toda la semana y todo el tiempo que quede, también vaya actuando también desde esa posición un poco más consiente, de los distintos fenómenos en el fondo que nos están amarrando y definiendo externos. (GD1 pág. 11)

En la misma lógica, lo que busca la terapia es favorecer en los consultantes un reconocimiento de los recursos personales de modo de poder tener la posibilidad de elección, de libertad de acción ante diversas situaciones complejas. Así lo refleja un participante:

Yo creo que debiese lograr idealmente uno con un trabajo terapéutico, y yo creo que es lo que intenta hacer el eQtasis, es que las personas empiecen a ser capaces de bancársela solos. Como "tú puedes", reflejarle la posibilidad de ver las cosas de una manera distinta. De incluso de desapropiarse de lo teórico como ir instalándole herramientas. Yo creo que, como, formas alternativas de vivir la vida. (GD1 pág. 13)

La meta final de la terapia, apunta a fomentar la libertad de poder optar por la forma de explicarse y entender el mundo, con la intención de que esto conlleve un relacionarse con otros, instituciones y con uno mismo a partir de amplias posibilidades, no ancladas en creencias particulares sostenidas como únicas verdades válidas. Si no que fruto de una elección a conciencia. Otro participante del grupo sostiene al respecto:

Entonces al menos mi labor [...] es la de poder asistir a la persona para poder vivir distinto. Para poder reconocer, poder entender el mundo de manera distinta, para poder relacionarse de una forma diferente y yo creo que más libre a partir del conocimiento de sí mismo. No desde, idealmente desde lo que el terapeuta cree que es el ideal de vida o como se debiesen comportar la gente, sino como la persona se va descubriendo en las formas que se siente más cómodo. (GD1 pág. 10)

Desde esta concepción de terapia, con el propósito particular que persigue, se interpela a la posición que el terapeuta debe tener respecto de su operar. Se enuncia así por un participante:

... yo creo que todo el mundo reconoce que también, operar dentro de una lógica terapéutica es estar supliendo cosas que a nivel social fueron socavadas, no sé si desde la dictadura, pero sí desde antes. Yo creo que el tema que es interesante ahí, es poder reconocer que es lo que hace uno dentro de ese espacio. (GD1 pág. 10)

En la misma línea, se entiende que en términos ideales el trabajo terapéutico implica un avance hacia la desaparición de ésta práctica, en la medida en que se trabaja bajo el deseo de desarticular la lógica del problema psicológico individual, para llevarlo hacia lo social. Un participante reflexiona al respecto:

... es necesario hacer un trabajo que tenga ciertas particularidades dentro de un mismo espacio de terapia, [...] Y en la medida que uno pueda desarticular esas prácticas desde la misma prácticas, desde el mismo espacio, yo creo que estamos pudiendo generar que en algún momento la psicoterapia desaparezca y no sea necesaria. (GD1 pág. 12)

1.2 Dimensión Política

Esta segunda dimensión implicada en la práctica clínica y en el funcionamiento del equipo, alude a la intención de transformación social, es decir cómo se posiciona en el actuar terapéutico las nociones ideológicas, antes descritas a través de los dispositivos con las cuales estas prácticas operan. Es decir, todo aquello que se hace, en función de llevar a la acción transformativa un discurso en particular.

Un primer aspecto de esta dimensión es aquello que tiene que ver con la “**responsabilidad del terapeuta**”, es decir, la posición que el terapeuta tenga en su relación con el consultante y el fin que persigue.

Debido a que se entiende que la terapia es un espacio artificial y no esencial en la vida de las personas, la labor del terapeuta es promover que lo que ocurra en terapia sea algo que se lleve a los espacios cotidianos, algo que pueda ser replicable fuera del espacio terapéutico. Un participante de los grupos de discusión lo plantea de esta forma:

...no hacemos terapia para este espacio artificial, si no, que lo hacemos para afuera de este espacio artificial. Yo creo que tomamos posición desde este espacio para que este espacio no sea necesario finalmente si no que se empiece a extrapolar todo esto hacia afuera. (GD1 pág. 11)

En este intento del terapeuta de hacer terapia para el espacio cotidiano de las personas y familias, el terapeuta se maneja con su saber, no desde una posición de experto respecto de cómo las personas y familias deben enfrentarse a sus dificultades, sino más bien con curiosidad y respeto hacia el conocimiento que los propios consultantes tienen respecto de ellos mismos. Un participante del tercer grupo de discusión señala:

...si hay un saber de conocimiento del terapeuta, por algo ha estudiado también, pero ese saber a la vez, es como súper amplio, no induce a una respuesta o a una instrucción, si no que todo lo contrario. (GD3 pág. 38)

A pesar de no posicionarse en un rol instructor o directivo, se espera que el terapeuta sea quien conduzca la conversación de modo de lograr una conversación reflexiva que genere novedad e impacto en el consultante. Así lo declara otro participante:

...nosotros queremos terapeutas que al menos en ciertos momentos de una sesión o en ciertos momentos de un proceso, cualquiera sea, tenga un dinamismo que le permita conducir y decir que cosas se deben hacer y articular y... como tomar la bandera. (GD3 pág. 43)

Otro aspecto presente en esta dimensión es lo que se entiende como “**responsabilidad del consultante**”, es decir aquellas cosas explícitas o implícitas que esperamos que el consultante haga en su paso por la terapia, la postura o actitud que se desea que adopte.

Una de las expectativas que se mantienen entre los miembros del equipo, tiene que ver con el resultado que se espera del proceso terapéutico en el otro en términos de brindar la posibilidad de elección en su vida y los sucesos que la acontecen. Un participante se refiere a esto de la siguiente manera:

...creo que yo espero que cuando alguien sale de ese espacio salga más empoderada [...] en términos de poder ser mucho más consciente de sus propios procesos de elección... (GD pág. 13)

Esta expectativa no está presente sólo como resultado final de la terapia, sino que es algo que se busca y desea ocurra en medio del proceso terapéutico. Así lo manifiesta el mismo participante:

Por eso yo también esperarí que la persona que sale de este espacio de transición, esté dispuesta a ir viendo y eligiendo, aspectos propios que le agradan o que no, pero

por lo menos ir visualizándolos e ir distinguiendo que no le es tan propio. (GD1 pág. 13)

Esta expectativa hacia el consultante es visualizada como una responsabilidad que él tiene, no sólo con su proceso terapéutico, y que, a la vez, está al servicio de cómo lleva su vida. Así es declarado en dos momentos por dos participantes diferentes:

Parecería que una de las responsabilidades del consultante, responsabilidad de ir incorporando elementos de autogestión, de ir pudiendo hacerse cargo de su gestión. (GD1 pág. 13)

Y creo que una responsabilidad que se espera del consultante es a que participe y se haga cargo del proceso como su proceso, que si se quiere que pase algo tiene que hacer algo también. (GD1 pág. 14)

Si bien se entiende como una responsabilidad, se respetan los tiempos que cada individuo o familia tiene para hacer frente a ella. De esta manera lo señala un participante:

...creo que es que esperamos que la otra persona en algún momento y de acuerdo a su tiempo, de acuerdo a cómo sea que se vaya presentando, asuma su responsabilidad en el espacio. (GD1 pág. 14)

Un tercer aspecto que se puede distinguir en esta dimensión es el relativo a las diferentes actitudes que el terapeuta intenciona para que lo que ocurra en terapia este en concordancia con las nociones de carácter ideológico y de este modo se propicie en terapia un espacio de transformación social. Este aspecto será nombrado como “**actitudes en terapia**”, entre las cuales se pueden distinguir la actitud de curiosidad, de no saber, de ampliar miradas y actitud irreverente.

Referente a la actitud de curiosidad, se menciona que ésta es propiciada también por los dispositivos que se ocupan en la atención clínica, como lo es el espejo, ya que el hecho que separe a la dupla terapéutica del equipo que observa la sesión, pone una distancia en los segundos que favorece la observación desde una postura diferente que facilita el ampliar las miradas respecto a las posibles comprensiones de lo que ocurre en la familia y sus relaciones. De esta manera es señalado por un participante:

Porque evidentemente esta barrera de separación entre box, y detrás de espejo, eso igual te permite tener otra posición donde te permite generar otras hipótesis... (GD1 pág. 7)

El terapeuta y el equipo que observa la sesión mantienen en su actitud una postura de no saber, en el sentido que se saben no conocedores de la forma ideal de cambio o lo que es un problema para cada individuo. Un participante señala al respecto:

...el no saber que se está buscando desarrollar, es en relación a que uno no sabe cuál es la mejor, cual es la posibilidad de cambio que pueda tener una persona respecto a un problema, o respecto a lo que quiera hacer en su vida, eso es lo que uno puede no saber, y en el fondo si puede saberlo el paciente, el sistema consultante. (GD pág. 37)

La intención de ampliar las miradas respecto de un caso clínico no opera únicamente cuando ocurre la atención misma, es así como en las pre-sesiones y en las post-sesiones que se mantienen se busca generar en el equipo y en los terapeutas un espacio que recoge las voces de todo el equipo. Un participante declara al respecto:

...yo lo veo como un espacio en que... que implica justamente ampliar las visiones que cada cual está teniendo para poder en la misma sesión, en el mismo espacio, tomar cosas que quizás no se te hubiesen ocurrido a ti sola (GD1 pág. 7)

Esta actitud abierta, de ampliar miradas, es deseada también para que repercuta en las intervenciones, ya que se plantea como desafío el estar abierto y receptivo a incluir en éstas, técnicas que provienen de otros enfoques y que puedan enriquecer la mirada relacional que mantiene el equipo. De esta manera enfatiza un participante:

... la incorporación de personas que tienen otro bagaje, como humanista, cognitivo, o ahora incluso algunos practicantes que tienen algunos intereses [...] con lo educacional, es buscar que los dispositivos clínicos permitan que algunas otras técnicas de otro orden aparezcan más firmemente que una opinión [...] No para saber hacer de todo, pero para enriquecerse con personas que viene de lugares diferentes y no abandonen su origen y se transformen en gente igual a nosotros, porque yo creo que es poco deseable esa figura. (GD3 pág. 48)

Por otra parte la actitud irreverente, propone muy al estilo posmoderno un desapego a una verdad y en ese sentido a una teoría en particular que es única y utilizable en cualquier caso. En este sentido invita a conocer las particularidades de cada caso y abordarlo con la singularidad que corresponde. Un participante manifiesta al respecto:

Y la irreverencia tiene que ver, tanto con el terapeuta como con el paciente, que es como que el terapeuta tiene que ser capaz también de no rendirle pleitesía a alguna teoría o alguna técnica en particular, cuando en realidad se parte de la base que no todo es aplicable a todas las personas, entonces hay que estar dispuesto a ser más flexible al momento de abordar un caso, de mirarlo y de utilizar la técnica. (GD3 pág. 38)

En la misma lógica de no rendirle pleitesía a una teoría o técnica, la terapia tampoco tiene esa posición privilegiada, en este sentido se entiende la terapia como un espacio artificial y no totalmente especial respecto de lo que se pueda hacer en ese espacio con un problema particular, de esta forma el dar tareas responde a cierta manera de posicionarse en terapia. Un participante al respecto declara:

... y el tema de las tareas, yo lo veo sobre todo con ese principio epistemológico, que en la terapia a lo mejor no van a pasar muchas cosas, y que también la terapia en realidad es un espacio muy artificial y lo que pueda suceder efectivamente en relación a un problema, probablemente va a pasar a afuera si es que sucede. Entonces, tú das tareas, para que en el fondo, en el espacio cotidiano la gente tenga algo que hacer respecto al problema, tal vez un poco más orientado. (GD3 pág. 44)

Mantener estas actitudes en terapia, funciona a la vez como formadoras en un modelo, lo cual se entiende como algo que es necesario pero a la vez se cuestiona la libertad con que el equipo opera. Así es señalado por una participante:

...el eQtasis sea también un equipo de formación, en permanente formación y para la formación, un poco influencia el uso de esas técnicas. Porque, por ejemplo, los terapeutas quizás, que son más antiguos siempre están [...] tratando de que estas técnicas se utilicen, así como o tener esta actitud o está dos bases tan importantes como tu decías, la curiosidad y la irreverencia, que quizás no sé si es bueno o es malo, no sé si quita libertad o da libertad como dentro del espacio terapéutico. Cachay?, como el hecho de tener que darse cuenta que hay personas que se están formando en este modelo... (GD3 pág. 37)

Estas actitudes que propone el modelo eQtasis a sus miembros, se plantean para algunos como una actitud que puede ser más fácil de implementar por terapeutas noveles dado su falta de experticia o conocimiento, y por otros, más bien como un desafío ya que vienen de una formación regida por reglas y teorías que rara vez se cuestionan. De esta manera lo declara un participante:

Yo no estoy tan de acuerdo con eso, con el hecho que la curiosidad y la irreverencia sean más simples para una persona. Yo creo que te forman como una persona que sabe, entonces tener que quitarse de encima los lentes que te ponen y el conocimiento que uno puede sacar a la mano en situaciones como esas, que igual son complejas (GD3 pág. 36)

Finalmente la actitud de horizontalidad es una actitud que se bien se promueve en la atención clínica, es mucho más visible por sus miembros en la dinámica grupal de eQtasis, dinámica que además está mencionar también incide en cómo se llevan a cabo las atenciones clínicas, en donde no se hace distinción aparente entre un miembro que puede

llegar a ser más perturbador que otro debido a su experiencia. Un participante rescata la siguiente idea:

Esa idea de que somos en primer lugar organismos, y que somos organismos que nos perturbamos constantemente y no porque uno sea más experimentado va a ser más perturbador que el otro que llegó recién. Y esa idea, yo creo que ayuda a fundar la horizontalidad en el equipo. (GD2 pág. 19)

En esta misma línea otro participante recalca que dentro del equipo existe una invitación a hablar desde la experiencia, y en esa medida el diálogo es más abierto porque todos poseen experiencia desde la cual posicionarse frente a un tema.

...a mí me ha pasado como que siempre lo que están desde más tiempo como que hablan desde la experiencia y eso mismo invita a que uno se atreva a hablar más, porque uno sí puede hablar de su propia experiencia (GD2 pág. 20)

Otro aspecto referido a lo político, tiene que ver con el uso del espejo, el espejo como dispositivo de la terapia funciona como un otro, ya que se posiciona en medio de la terapia e incide en su operar no solo a los consultantes, sino que también a los terapeutas que se encuentran dentro del box y a los miembros del equipo detrás de él. A este aspecto le llamaremos “**espejo como otro**”.

La noción de que el espejo no sólo forma parte de la infraestructura de la sala de atención, sino que es una presencia, a la que se accede para vislumbrar la postura que puedan tener otros frente a lo observado, como un recurso al cual se puede acudir. Un participante lo refiere así:

...el espejo siempre está presente, incluso está presente cuando uno piensa, cuando está haciendo pre-sesión, incluso post-sesión, siempre hay un espejo, el espejo quizás gráfica la opinión de los demás de lo que uno está haciendo. Yo creo que es radicalmente distinto cuando uno hace “terapia” en espejo o no en espejo. (GD3 pág. 39)

La noción de permanente observación posibilita, en cualquier momento de la sesión, el despliegue de ciertas técnicas que con la presencia de un equipo que observa se enriquecen. Un participante declara al respecto:

Claro, entonces esa visión ese otros que nos están observando, yo creo que es súper importante a la hora de poder implementar técnicas dentro del equipo, dentro de otro que están mirando. (GD3 pág. 39)

El espejo opera además favoreciendo la formación no sólo de aquellos que observan una terapia, sino que también de aquellos que están siendo terapeutas a partir de la observación de su reflejo. Así es identificado por un participante:

... yo creo que el espejo facilita mucho eso, en la formación porque te puedes ir viendo cuando estas dentro del box, mirándote al espejo, acordándote que estas dentro del sistema, detrás porque tú puedes mirar lo que está haciendo el otro y ver como se hace esta cuestión, con el video cuando uno lo revisa, y yo creo que cuando a uno le sacan el espejo y tiene que hacer esto mismo sin espejo, sale súper complicado, y uno como que lo añora. (GD3 pág. 36)

1.3 Dimensión Ética

Se entiende como dimensión ética aquella que responde a la reflexión entre lo correcto/incorrecto, en la relación con los otros, en función no de un mandato moral verdadero, o dado, sino que en función de las ideas o nociones que deviene de la dimensión ideológica. Entendiendo que no existe tal mandato único o verdadero respecto de cuestiones éticas, sino más bien reflexiones de carácter social, relacional, de la cual se derivan los mandatos específicos que cada persona implementa en su conducta cotidiana. La concepción del mundo, de los sujetos, forman parte de la ética. Por ende implica decisiones que están directamente relacionadas con la responsabilidad.

Un primer aspecto que se distingue es el referente a la “**relación terapéutica**” en el sentido de lo que puede ser exigido o no en la relación terapéutica dadas las responsabilidades que tiene cada uno en el proceso.

La relación terapéutica es visualizada como una relación genuina, aun cuando el dispositivo de la terapia sea artificial, se reconoce las necesidades del otro y se acogen. Un participante del primer grupo lo manifiesta de la siguiente manera:

Entonces lo que yo creo que es este espacio y qué es lo que la gente va en busca, es encontrar esa relación genuina de escucha, de respeto también, [...] Un espacio donde el otro le pueda decir sinceramente lo que piensa, en un clima de respeto, algo como más como valórico, más humano. (GD1 pág. 15)

En este sentido y bajo la premisa de que la relación terapéutica es una relación genuina en la cual hay un marco de respeto, el terapeuta debe sentirse libre de actuar en

función de un proceso reflexivo, sin caer en ser excesivamente cuidadoso con el otro. Un participante manifiesta al respecto.

... potencio más el lado del terapeuta, de la posición propia de uno como sujeto normal y corriente y en una posición horizontal con la persona que va a consultar, es que sencillamente no debiese como terapeuta, no debiese consultarse tanto a si mi mismo qué hacer y qué no, si provocarlo o no. Sencillamente si de repente si a ti te surge una molestia [...] sencillamente hay que decírselo [...]. Porque el marco en donde está cualquier acción del terapeuta, ese marco está como con ciertos principios que resguardan que la persona no se va a ir o no se afectar tanto porque hagas o no hagas eso, porque hay un espacio de respeto. (GD1 pág. 15)

No obstante, opera una ética respecto de cuanto exigir en función del proceso. Dado que se concibe al otro en igual condición humana y como el único experto en su propia vida, se mantiene un respeto por los tiempos en que cada familia, pareja o individuo, se dispone al proceso reflexivo. Así es señalado por un participante:

...yo creo que un reconocimiento del otro, de la persona que se tiene al frente [...]. Como desobjetivizar el objeto al que tenis adelante y darte cuenta que estay con una persona que es igual a ti. Que se pueden a hablar de los mismos problemas que tenis en la casa... Yo creo que dentro de eso, [...] hay un respeto por los tiempos del otro. Cuando llega alguien así y comienza a repetir y a repetir y a repetir, yo creo que las personas tienen un tiempo para empezar a darse cuenta de las cosas. (GD1 pág. 14)

Un segundo aspecto a mencionar en esta dimensión es el operar del equipo detrás de espejo, entendiendo que en ese espacio hay una cierta *libertad* que no se tiene en el box, en este sentido se pone en tensión el comportamiento que debe tener el equipo detrás de espejo en pro de una actitud de respeto, a raíz de la cercanía de otros modelos que se plantean estrictos en éstas temáticas, como lo es el modelo dialógico relacional. A este aspecto lo nominaremos como “**equipo detrás de espejo**” y se entenderá por aquellas cuestiones de índole ética respecto al comportamiento detrás de espejo que mantiene el equipo.

Una primera distinción que hace el equipo es que el espacio detrás de espejo se visualiza como un espacio protegido, diferente al box de atención en el cual se pueden dar ciertas libertades, tal como lo declara un participante.

Y nosotros pasamos echando la talla y de repente pasa una cuestión así como “oh, pero cómo. La loca na’ que ver”, por lo que contó una persona que consulta. Entonces es un espacio protegido, no es lo mismo, el espejo, el equipo es una cosa totalmente distinta y gozamos de cierta comodidad en ese espacio. (GD1 pág. 7)

En la misma línea se distingue como un espacio en donde el trabajo de hipotetización ocurre de inmediato, y no es contrastado con el consultante, esto lo hace más libre. Esta diferencia es recalcada por un participante:

... eso es lo que decía la Harlene Anderson, que de repente te puedes ir y te vas y te vas y te vas y no estás mirándole la cara a la persona en el espejo, bajas el volumen y empiezas a hipotetizar (GD1 pág.7 y 8)

Se distingue además que debido al carácter distinto que tiene el espacio detrás de espejo con la libertad que posee al ser un espacio protegido y que se produzcan comportamientos y actitudes diferentes el que se dan dentro del box, no implica una conducta menos respetuosa hacia los consultantes, como lo señalan otros modelos de atención como el modelo dialógico relacional.

... Harlene hablaba en el fondo, también sobre los elementos más analógicos y actitudinales detrás de espejo. Y ella planteaba que cada terapeuta detrás de espejo debiese actuar con el mismo respeto, parsimonia, que ocuparía dentro del espejo. Y yo creo que en ese momento inclusive me llamó mucho la atención y pensé, pero ¿por qué?, si al fin y al cabo nosotros lo hacíamos de otra forma y yo no encontraba que implicaba que nosotros lo hacíamos sin menos respeto tampoco hacia los consultantes (GD1 pág. 6 y 7)

Tal como el operar del equipo tras espejo propone desafíos éticos, la epistemología a la base del trabajo de eQtasis también propone ciertos desafíos en este ámbito. Es así como un tercer aspecto a considerar en la dimensión ética es lo que llamaremos el “**operar del equipo**” y lo entenderemos como las actitudes o posiciones en torno al rol de la terapia que se traducen en su operar y que tiene consideraciones éticas relevantes.

Una primera distinción respecto del operar del equipo en su trabajo clínico es el referente al levantar las diferentes voces y la intención de ampliar miradas. Desde un punto de vista ético, hacerse cargo de que esto ocurra en los casos clínicos, se resuelve otorgando espacios dentro del modelo de trabajo para hacer emerger esas diferentes miradas que posibilitan la construcción en conjunto del abordaje del caso clínico. Así lo manifiesta un participante:

...me parece que el trabajo de hipotetización es una forma de hacerse cargo del fenómeno perceptivo. Si tienes a una pura persona frente a otra, lo que alcanzáis a retener, a observar, retener de lo que el otro te está diciendo es súper acotado. Entonces darse un espacio para que todos puedan comentar cuales fueron las cosas que vieron respecto a eso, poder formular algo que les surge, que no siempre es una

hipótesis, a veces es una sensación, una impresión o un prejuicio, es una forma de aprovechar que somos varios en el equipo, y no que pase por encima la posibilidad de hacer algo en conjunto y que sea el terapeuta quien venga a exponer un caso, con el sesgo perceptivo que tiene, y que cada uno empiece a elaborar propuestas o ideas respecto de lo que el otro está diciendo, sino que a partir de lo que uno vio. (GD3 pág. 42)

Ante las diferencias epistemológicas que pueden existir entre el trabajo que hace el equipo y lo que esperan los consultantes que ocurra en sesión, el equipo se cuestiona si pese a lo que se hace para aclarar y negociar las expectativas, se requiere algún otro tipo de comunicación inicial, del tipo consigna, que deje aún más clara la forma de trabajo. Así lo evidencia este participante:

Pero yo creo que falta una consigna respecto de ese mismo no saber, de que nosotros no vamos, y eso tiene que ver un poco con el contrato terapéutico, de llegar a un acuerdo más o menos de que no podemos asegurarle a la persona de que lo que viene buscando lo va a poder conseguir aquí, de que puede ser que haya momentos en los cuales las personas sientan que no estamos avanzando, pero eso no significa necesariamente que no se esté avanzando, y una serie de situaciones que en verdad tampoco nosotros tenemos la posibilidad de decir de porque están ocurriendo, pero que no significa que en algún momento no vayan a llegar a un salto cualitativo o proceso reflexivo que sea de utilidad para las personas. (GD3 pág. 45)

Del mismo modo se piensa que en el operar del equipo se es transparente respecto de la capacidad de responder las expectativas de los consultantes, ya que se declara a los consultantes la forma de trabajo del equipo la cual en la mayor parte de los casos es aceptada y comprendida por los consultantes. En palabras de un participante:

Y yo creo que en muchas ocasiones ha pasado que cuando las personas un poco relatan ciertas expectativas que nosotros sabemos cómo equipo, por nuestra epistemología por la posición que tenemos, no vamos a poder llevar a cabo nosotros lo decimos, lo declaramos, así como “miren nosotros en este espacio los podemos ayudar en esto, pero creemos” [...] yo creo que eso se declara se dice y los consultantes, prácticamente en todas las ocasiones, como que están de acuerdo y lo entienden, y aun así a pesar de que quizás no van a encontrar lo que ellos están buscando entienden de que no es nuestra forma de trabajar y de que sí les puede ayudar. (GD3 pág. 46)

Sin embargo se insiste en la falta de consignas que transparente aún más el operar del equipo, sobre todo en lo referente a que no hay un terapeuta experto que entienda a cabalidad lo que llevó a que sucedieran ciertas cosas y por ende que sabrá con certezas lo que tiene que pasar para que éstas se resuelvan. Sobre esto señala un participante:

Pero así como eso quizás hay otras consignas que nosotros deberíamos ocupar en ciertos momentos que apunten directamente al hecho de que nosotros no tenemos la

posibilidad de predecir qué es lo que va a pasar en el futuro, y tampoco tenemos la posibilidad de decir que es lo que esta antes que los llevo a que pasara a eso. (GD3 pág. 46-47)

Por lo mismo se desea incentivar la visión de que el espacio terapéutico no es el espacio en donde ocurrirán los cambios, en ese sentido se cree necesario explicitar esto y la participación de los consultantes en que así sea. Esto es manifestado por un participante de la siguiente manera:

Pero yo también creo que contribuye a desresponsabilizar el espacio terapéutico del logro de ciertos cambios, yo creo que muchos de los cambios ocurren fuera del espacio terapéutico. Entonces no crear consignas respecto de eso puede hacer que todas las posibilidades en las cuales las personas puedan tener cambios fuera, se sientan por parte de ellos que no es el momento de hacerlos. (GD3 pág. 47)

Finalmente ciertos participantes se cuestiona la transparencia del uso del espejo y sobre todo el halo de misterio que sobre él se favorece al no presentar al equipo con nombres y caras, mientras otros mantiene una posición más bien defensora de ese halo misterioso, ya que permite ocuparlo en sesión. Esto es cuestionado en la medida en que se reconoce que abiertamente se elige cierto magnetismo en la relación del equipo con los consultantes. Un participante declara sobre este tema:

Tampoco nosotros cuando recibimos a los pacientes uno le dice “si tú quieres en alguna oportunidad, puedes ver el equipo” Otra forma de hacer la misma situación es decirles “conozcamos al equipo” y presentarle a todo el equipo. Si están todos pensando, lo que uno hace es presentarle al terapeuta siempre, está es Pepita, está es Juanita... pero eso no lo hacemos. Entonces también hay ahí una postura, una posición de comodidad del equipo que está ahí mirando y también nos creemos Dr. House en cierta medida. “No si lo que pasa esta hueá...” Entonces yo creo que no estamos ajenos a eso. Intentamos quizás no ser así, pero no elegimos mostrarles todo tan abiertamente a las personas. (GD1 pág. 6)

1.4 Dimensión Relacional

Entendida como las formas de relación que operan en el funcionamiento del equipo entre sus miembros. El tipo de vínculo y relaciones que se establecen entre los miembros y cómo eso contribuye a alcanzar un tipo de funcionamiento de equipo en concordancia con sus principios orientadores.

Un primer aspecto que se distingue en esta dimensión es la relación que los miembros del equipo mantienen y que está condicionada por los dispositivos que utiliza y los

espacios en los que se desenvuelve su operar. A este aspecto lo llamaremos **“Relación entre los miembros condicionada por los dispositivos y espacios que utiliza”**.

Algo importante que se señala es que el operar del equipo está ligado a un espacio definido, el cual no es únicamente el espejo unidireccional, las relaciones que se establecen por ocupar cierto espacio físico y simbólico son las que han constituido a eQtasis en lo que es hoy. Un participante lo refiere de esta forma:

Yo creo que claro, como que eQtasis también se basa en una infraestructura necesaria que tiene que darse para que exista. Si tu sacaras a eQtasis de ahí y lo pusieras en otro lado no sería lo mismo, y eso se da en términos de relación dentro del grupo. (GD1 pág. 8)

Una de estas distinciones en su forma de ser equipo y la relación que tiene con el espacio o la infraestructura, es la que ocurre en el espacio detrás de espejo, la cual es entendida por sus miembros como una explicación a por qué el box es diferente al detrás de espejo, aun cuando están siendo parte del mismo proceso.

Yo creo que también tiene que ver con el espacio, pareciera ser que atrás del espejo es como una gradería, es para observar. Uno no va a la gradería a observar en silencio (GD1 pág. 8)

La forma de estar en el equipo tiene relación con los espacios en los que se desenvuelven, y uno de esos espacios que es distinto de otros que podrían ocupar cualquier equipo es detrás de espejo. Un participante señala respecto de la forma de relacionarse entre los miembros lo siguiente:

Yo creo que tiene que ver con que personas componen el equipo, la historia del equipo, la relación interpersonal entre los que están ahí, porque casi siempre somos como todos medios amigos los que estamos ahí. Entonces de repente podís tirar la talla y hacer otras cosas, lo que no significa que uno desatienda a lo que no están diciendo las personas, los consultantes (GD1 pág. 7)

Un segundo aspecto relevante de esta dimensión, corresponde a las relaciones que establecen sus miembros a partir de la forma particular de trabajo con la que opera el equipo. En este sentido se puede distinguir una forma en la que los miembros de eQtasis se relacionan en función del objetivo que persigue el equipo, una de ellas es **co-**

construcción de conocimientos, la cual ocurre entre los miembros del equipo, tal como lo señala una participante del segundo grupo de discusión:

Encuentro que es súper rescatable, que en el fondo no es solamente el terapeuta el que está aprendiendo en la sesión de discusión, en las pre-sesiones, o detrás del espejo luego, sino que está todo el equipo aprendiendo del mismo tema, entonces son todos reunidos en pos del mismo conocimiento (GD2 pág. 19)

Se distingue que para que ocurra esa co-construcción un elemento esencial es la variabilidad de los miembros del equipo y en cada sub-equipo en cuanto a su experiencia, ya que esto favorece que se den dinámicas en donde el propio equipo se hace cargo de la formación de sus nuevos integrantes sobre todo en cuanto al operar del equipo, tal como lo declara este participante:

Ahora debe pasar que es como necesario que haya cierta variabilidad mínima entre los miembros del equipo [...] Como que rápidamente alguien se pone en la posición de formador de otro en cuestiones mínimas, pero porque tiene algo que decirle, tiene algo que contarle, que es en realidad, no es un saber, sino que es un funcionamiento (GD2 pág. 19)

Se menciona que la incorporación de nuevos miembros le otorga dinamismo al equipo, sobretodo en cuanto a que el equipo reflexione sobre sus prácticas, ya que éstas son discutidas más ampliamente cuando se les presentan a un miembro novel. En palabras de un participante:

Siento que es absolutamente necesario también la incorporación siempre de nuevos miembros, porque [...] es fácil caer dentro quizás de un cierto patrón de funcionamiento medio estático, en que quizás algunas veces no nos cuestionamos mucho lo que hacemos porque lo damos por hecho, entonces es súper revitalizador instancias quizás como mañana que va a ser la inducción y que te preguntes, “pero ¿por qué?, ¿qué hace la gente que es figura X?” (GD2 pág. 20)

Otro aspecto referente a la dimensión relacional, la intención de relacionarse de forma horizontal, aun cuando hayan diferentes grados de experiencia en un mismo equipo, en donde se da pie para que tanto nuevos integrantes, como profesionales recién egresados y con poco experiencia clínica, puedan sentirse igual de libres de dar, no solo su opinión, sino de desenvolverse en el equipo como el más experimentado terapeuta. A este aspecto le denominaremos “**horizontalidad**”

Los llamados terapeutas noveles identifican esta actitud de horizontalidad como una actitud que poseen los terapeutas que llevan algunos años participando de eQtasis y que

con el uso de la palabra desde su experiencia, invita a los terapeutas noveles a posicionarse desde ahí. Declara un participante:

...a mí me ha pasado como que siempre lo que están desde más tiempo como que hablan desde la experiencia y eso mismo invita a que uno se atreva a hablar más, porque uno sí puede hablar de su propia experiencia [...] de una forma de un posicionamiento en el habla, que abre la oportunidad de que uno pueda hablar también (GD2 pág. 20)

Esta actitud es vivida como atractiva por los terapeutas noveles, que rápidamente entran en esta lógica haciéndose parte de las discusiones y valorando su aporte dentro del equipo. Un participante lo señala de la siguiente manera:

...me encuentro con esta dinámica, en la que encuentro, siento y me siento como como traída por mis demás compañeros del equipo a participar, y como que siento como que yo también soy digamos como el mismo aporte que ellos en la reflexión y en cualquier tipo de discusión. (GD2 pág. 22)

El mismo participante también señala:

Entonces obviamente que esa dinámica se va aceptando con el tiempo por todos los participantes y ninguno queda como y dice "a no pero esto no po', yo quiero prefiero verticalidad", sí obviamente para co-construir un... ya sea el análisis de un caso, una temática en específico, es rico saber que todos generan el mismo aporte. (GD2 pág. 22)

La dinámica de la horizontalidad no sólo es visible en los espacios de opinión sino también en la estructura de roles que sostiene el trabajo de cada sub-equipo. El mismo participante hace hincapié al respecto:

...este tema de que el coordinador del grupo se cambie cada semestre y que sea una persona distinta cada vez en el mismo equipo [...] y que por ejemplo, yo que llegue el año pasado pueda llegar a ser coordinadora, no se el otro año o el otro semestre, igual le aporta mucho a la dinámica cambiante del equipo y eso es súper enriquecedor para que se vaya moviendo (GD2 pág.20)

La horizontalidad también favorece ciertas actitudes en terapia o de los terapeutas detrás de espejo como la irreverencia o la curiosidad, actitudes que son valoradas en la intervención u observación de un caso clínico, en ese sentido la horizontalidad permite que se genere un clima particular en el equipo que hace posible que tanto nuevos como antiguos terapeutas se dispongan de determinada manera en las atenciones clínicas. Tal como lo manifiesta un participante:

... yo creo que la expresión de algo irreverente o novedoso o la aplicación de una actitud curiosa respecto de lo que se está observando, tiene que ver también con la posibilidad de que eso que uno dice, sea bien aceptado por un grupo... (GD3 pág. 39)

En esta misma lógica decisiones de carácter operativo, tiene un nuevo sentido a la luz de la horizontalidad o la búsqueda de variabilidad, dentro del operar de cada sub-equipo, como lo es el que el cargo de coordinador rote en tres ocasiones en el transcurso de un año académico. Así lo manifiesta un participante:

Hay rotación en hartos roles y como muchas cosas del modelo, del trabajo, son cosas que nacieron después, porque la rotación probablemente si uno se pregunta "¿oye porque rotan?" no tiene que haber sido... esa es una buena razón para decirlo hoy, pero cuando lo hicimos fue seguramente para no sobrecargar a alguien cachay, así como otra razón. Que es súper bonito ver como de una razón que a lo mejor podría haber sido más como administrativa operativa... No era eso que hay cosas que fueron teniendo sentido después o que se fue exacerbando su sentido después. (GD2 pág. 21)

Para que la actitud de horizontalidad sea genuina es importante que los miembros que conforman el equipo este de acuerdo con las prácticas que favorecen esta horizontalidad, como la a mencionada variabilidad en cuanto a miembros del equipo. En palabras de un participante:

...así como decimos si, se necesita la variabilidad, se necesita también que todos estemos más o menos de acuerdo en que así sea, porque así como hay gente, que le puede pasar, así como "no po yo quiero liderar ese asunto y quiero decir algo desde una posición más aventajada", también hay otros que te demandan así como "pero tu debieras de decir", como que tiene que haber una especie de acuerdo tácito, como que la horizontalidad es un bien que hace que nosotros terminemos un poco rechazando un poco eso. (GD2 pág. 21)

En el equipo se cultiva una actitud horizontal, aun así, se espera que ciertos miembros más antiguos, o fundadores de eQtasis, mantengan una posición o un rol más potente dentro del equipo. No obstante, la expectativa no es únicamente hacia estos miembros, sino que existen expectativas también hacia los nuevos integrantes, en el sentido que ellos también pueden ser un aporte al equipo, en una lógica de retroalimentación a distintos niveles que no necesariamente atenta contra la horizontalidad. Un participante al respecto declara:

...piensa en el año pasado, todos teníamos la expectativa de que Pablo viniendo de Italia el tuviese un rol quizás más formador que otros. O ahora teniendo a Marcelo en

el equipo. O al revés de que también está la expectativa de que los que entran como practicantes, de que ojala sean participativo, ojala nos cuenten de cómo les está yendo en sus prácticas y podamos asesorar un caso. Esta la horizontalidad, pero también esta una expectativa del aporte en los distintos niveles. (GD2 pág. 21)

A pesar de la horizontalidad con la que opera eQtasis, se reconoce en mayor medida el discurso de aquellos miembros que llevan mayor tiempo en el equipo, como portavoces de lo que es eQtasis, debido a la posición más formadora que ocupan en el equipo:

Yo creo que al principio, la gran parte de las personas que se integra a eQtasis ve un equipo más o menos formado de personas que están con una posición definida tanto dentro del equipo como fuera del equipo en sus ámbitos laborales, por lo tanto tienen una posición de poder importante dentro del equipo, y por lo tanto su discurso tiene un poco más de validez que otros, o el equipo a sí mismo también lo asimila. No es lo mismo escuchar lo que dice una persona que se está recién integrando, a Fofo, por ejemplo, que además tiene su particularidad en su expresión. (GD3 pág. 39)

El operar con un principio de horizontalidad posibilita que tanto los roles en el funcionamiento del equipo como las técnicas que ocupa a la hora de intervenir terapéuticamente, sean visualizadas como co-construcciones del equipo en su totalidad y por tanto se sienten más propias. Señala un participante:

Yo creo que al respecto de eso, se va generando como una metodología en común, que en el fondo vamos teniendo una opinión en conjunto sobre la manera de actuar en una determinada circunstancia, y tal vez por eso que, hay veces en que yo también lo he vivido, que todos detrás del espejo decimos, "pucha falta esto, falta lo otro", y que tal vez la persona, la persona individual que está ahí, no lo está viendo, pero cuando lo vemos en conjunto y lo conversamos, "ah, sí, para la otra". Porque en el fondo igual nosotros sin quererlo quizás, vamos consensuando cierta metodología y nos hacemos parte de ella. (GD2 pág. 28)

Un tercer aspecto relativo a la dimensión relacional tiene que ver con la "**capacidad de conducción**" que los miembros del equipo tienen debido no solo al desempeño del rol de coordinador, sino también a lo que es el trabajar en equipo en donde es el propio grupo el que se autoregula en los tiempos y conduce sus propias actividades.

Se distingue como una capacidad o habilidad que se aprende al estar en el equipo, la capacidad para ponerse de acuerdo en la toma de decisiones, conectando unas ideas con otras, tratando de no dejar ninguna opinión o posición afuera. Así lo describe un participante:

... todos nosotros sabemos cómo hacer para conversar entre varios y conectar cosas y tomar alguna decisión, porque eso lo hacemos no solo para la atención clínica, sino que para tomar otras decisiones, y eso no resulta tan difícil. [...] entonces no sé qué es lo que es, yo me imagino como una hiperconexión de cosas, una posibilidad de juntar distintos niveles, quizás partimos de la base que somos más o menos parecidos. (GD3 pág. 37)

La habilidad en la conducción y de coordinación, es algo que se espera que todos los miembros de eQtasis posean, es además la habilidad clínica que no debe estar ausente en ningún momento de una sesión terapéutica. Es además una habilidad esencial para el funcionamiento cotidiano de cada sub-equipo, y es algo que se promueve que desarrollen los miembros de eQtasis tanto en la atención como fuera de ella. La declaración de este participante es clara frente a este tema:

...si algo que no se puede no saber en eQtasis, es no saber coordinar, o no saber conducir, y de hecho nos reclamamos a los otros cuando no ha coordinado o no ha conducido. Y yo creo eso se plasma en la clínica pero es una habilidad que agarramos todos (GD3 pág. 42)

El que se pueda desarrollar de buena manera una habilidad de conducción, pasa también por la reacción del equipo frente a una conducción o coordinación particular, el que el equipo funcione como un espacio acogedor, posibilita que se produzcan espacios formativos en cuanto a ejercicio de estos roles, lo que sin duda también repercute en las relaciones que se forman dentro de los sub-equipos. Al respecto un participante manifiesta:

...yo creo que la mayoría, ha tenido la oportunidad de conducir ciertos procesos, y esa conducción también es bien recibida por los otros porque en general se comparte una actitud de recibimiento, de acoger a las demás personas, y ahí se entra como en temas quizás más afectivos de las relaciones que particularizan mucho al equipo. (GD3 pág. 43)

Debido a que cada equipo tiene su forma particular de conducir y coordinar, el funcionamiento de cada uno de ellos varía en función de quien ejerce ese rol de coordinador, y además de las figuras fuertes presentes en cada sub-equipo, esto resulta en que cada sub-equipo manteniendo el operar nuclear de eQtasis, pueda a la vez distinguirse con cierto estilo particular de funcionamiento. Esta diferencia es connotada por un participante:

Deben de haber como algunas dinámicas dominantes, porque por ejemplo, como yo paseo un poco por los equipos me doy cuenta como en algunos equipos es súper popular algo, y en otro equipo es súper popular otra cosa súper diferente. (GD2 pág. 28)

Un quinto aspecto de la dimensión relacional, es la relación con la Universidad, la **pertenencia a la Universidad**, que tiene que ver con sentirse parte de una misión mayor al estar participando de un programa de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

El equipo es sentido como el espacio para desarrollar cierto pensamiento, para reflexionar de ciertas prácticas que en otros espacios de trabajo no se tiene el tiempo para considerar, esto es así por las características del equipo y su epistemología y posicionamiento ideológico - político, pero también por estar inserto en el ámbito de la Universidad, institución reconocida por su formación crítica. Así es enunciado por un participante:

Pensando quizás ya estando fuera de la universidad trabajando en otros lados, no contar con ese espacio, ahí quizás es más difícil tener ese vínculo que uno tiene con la u, sabiendo que ahí es el espacio que quizás te podí' cuestionar otras cosas, que quizás en otros espacio es no tení' tiempo porque andai' como máquina. (GD2 pág. 30)

Un sexto aspecto a distinguir en esta dimensión es la relación que se mantiene con lo externo, como con otras instituciones, otros profesionales, como es visto eQtasis y como son vistos desde eQtasis otros espacios de desarrollo profesional, denominaremos a este aspecto "**relación con lo externo**".

Una primera distinción al respecto es lo novedoso que resulta para otros profesionales la forma de trabajar de eQtasis, no solo en cuento a su estructura de atención clínica, sino también a la disposición horizontal con la que opera y lo diferente que es respecto de otros modelos de atención del mismo enfoque. Un participante lo señala con el siguiente ejemplo:

Yo creo que novedad respecto de los otros modelos, como por ejemplo cuando viene otra gente a trabajar, como por ejemplo cuando le tuvimos que explicar al psiquiatra del CAPs como trabajábamos y él contaba como ellos trabajaban, era súper diferente el contexto de la estructura. A él le llamaba la atención, además no solo le llamaba la atención, sino que le costó imaginarlo como proceso, entonces es novedoso en términos de lo que se está acostumbrado al uso del espejo (GD3 pág. 34)

Desde el propio equipo también hay curiosidad de conocer otros contextos de desarrollo profesional, con otras dinámicas, dado a que se reconoce al eQtasis como un equipo que opera en una lógica muy diferente a la de otros contextos, esta curiosidad es funcional en el sentido que son esos otros contextos los que otorgan oportunidades laborales a los miembros de eQtasis, y hay una necesidad de conocer cómo se desenvuelven los miembros del equipo en esos espacios laborales. Un participante manifiesta respecto a esto:

Claro por eso está la inquietud también de conocer quizás de gente que lleve mucho tiempo, pero quizás también de saber de sus experiencias en otros trabajos, con otras dinámicas, con otra forma de relación y como eso lo manejan en sus respectivas pagas. Porque es súper distinto igual la realidad en la que nosotros nos movemos [...] Entonces después enfrentarte a otros espacios de trabajo en que es otra epistemología, es otra forma de relación, yo creo que buscamos, encontrar o tener esos puntos de encuentro, de cómo lograr esa suerte de equilibrio entre lo que nosotros podemos hacer... (GD2 pág. 23)

VI. Análisis de los Resultados

1. Discusión

Hay una terapia correcta

eQtasis sostiene una práctica donde pareciera no estar muy preestablecido cómo se debe llevar a cabo la práctica misma, incluso se habla de auto formación, de lo impredecible de los procesos, de la coparticipación del proceso con los consultantes o de la naturalidad de la relación, todo con la intención de no caer en formatos muy rígidos. Esto podría llegar a parecerse a la idea de que entonces *toda* forma de llevar a cabo la terapia, es *aceptable* dentro de un modelo que establece márgenes tan amplios, que no tienen una pretensión de verdad. Si bien, en eQtasis opera una simpatía por alejarse de esta pretensión de verdad y ser flexibles en su operar, incluso sumando en el equipo a personas que tiene una formación en otros enfoques, en donde, al menos desde el discurso, trata de no dejar fuera también su forma de mirar los casos y ciertas técnicas provenientes de estas miradas diferentes. No obstante, eso no implicará que sea un equipo totalmente abierto a cualquier forma de hacer terapia, ya que existe en sus miembros igualmente una convicción de lo que sería representativo y lo que no sería representativo de eQtasis. Es decir, mientras se sostiene discursivamente una práctica que se pretende del todo abierta, opera también una modalidad demarcada de hacer terapia y que estaría dentro de los márgenes que eQtasis igualmente tiene y mantiene. Esto se hace patente en ocasiones en las cuales no sólo se dice que una forma de llevar un caso o pensarlo no es representativo de eQtasis, sino que incluso se dan indicaciones de qué hacer. Esto es visible también en momentos en los cuales se desarrolla la formación, eQtasis es un equipo que forma y por ende, da inevitablemente indicaciones a sus propios miembros, nuevos o no, sobre aquello que sería *correcto* hacer frente a una situación determinada. Estas indicaciones se aparecen a veces como “según la experiencia de casos anteriores”; “sería conveniente qué...”; “suele resultar esto...”; etc, y se hace evidente cuando no se cumple con una forma particular de hacer terapia. Esto daría sentido a los miembros de eQtasis en la medida que al ser un equipo que forma y que se declara así mismo como un equipo en formación, entrega pautas a sus miembros respecto de cómo llevar a cabo la terapia.

Los miembros del equipo identifican, así, una forma en la que eQtasis hace terapia, que se ha entendido entre ellos como el “modelo eQtasis”, que si bien, no es formalmente un modelo aún, se le reconoce una característica principal, y esta es la actitud crítica que despliega en terapia, poniendo especial atención a las premisas que están arraigadas en el discurso del consultante y del terapeuta, aunque en menor medida, con el fin de generar una nueva reflexión respecto de esas, es decir cuestionar lo que se entiende por problema, desindividualizarlo, entenderlo en relación, entenderlo como inherente a las relaciones familiares, sociales, incluso precipitado por condicionantes sociales de un contexto histórico, político y social determinado.

Esta actitud crítica, que algunos miembros señalan como una actitud deconstructiva, está anclada en los cimientos que ha construido el equipo en torno a lo que comprende como terapéutico y lo que entiende como problema. Lo que persigue la actitud crítica es lograr tener una visión más amplia de lo que se entiende por problema para sentirse a la vez más libre de él. Algunos miembros del equipo refieren esto a buscar en la terapia el agenciamiento de las personas, es decir, el tener un visión de sí más centrada en los recursos que proporcione un sentimiento de sentirse capaz de hacerse cargo de la propia vida, del propio futuro que se desea construir. Otros miembros prefieren la palabra autonomía y con ello se refieren al poder escoger libremente el propio bienestar. Y están los que derechamente se refieren a que la terapia debe buscar la libertad de las personas, y de las familias, libertad ante la necesidad de etiquetarnos, libertad ante las maneras de comprender los sucesos de la vida, libertad ante las ataduras que proporciona los convencionalismos sociales y, por ende, libertad para tomar las propias decisiones.

Comodidad de no contar con una formalización del modelo

Ligado a lo anterior y desde una postura posmodernista o construccionista social donde la verdad pierde su estatuto ontológico y pasa a ser una construcción social histórica y localmente situada, es posible identificar ciertas dificultades asociadas a la posibilidad de que la formalización de un modelo refuerce este *deber*, expuesto anteriormente. Esto podría hacer perder esa historicidad (en la formalización) generando un dogma, coartando la posibilidad de generar una actitud irreverente con respecto a la misma praxis. No obstante estas dificultades la intención de formalizar el modelo persiste en la medida que permite un mayor diálogo y apertura del equipo hacia la universidad, otras instituciones, etc., facilitaría los procesos formativos e incentivaría la investigación y

la generación de herramientas clínicas terapéuticas, todo esto si se contara con una base muy clara (un modelo) desde la cual generar estos saberes/conocimiento/investigación. Uno de los factores que influye en que la formalización es precisamente la falta de incentivo externo e internos.

Por otra parte, se asume que la presencia de un modelo más o menos definido, tiene igualmente el desafío de su propia aceptación, por una gran cantidad de miembros de un equipo (para que ocurra un proceso de identificación y representación), pero además el desafío de su revisión y modificación constante. Muy probablemente un equipo como eQtasis no esté dispuesto a mantener por mucho tiempo directrices sin que estas sean al menos revisadas de manera permanente. En este sentido, la crítica opera dentro y hacia sí mismo como grupo de trabajo.

Ideología adquirida

Si bien se visualiza una forma de hacer terapia que es compartida por los miembros del equipo, se asume que la ideología que sustenta ese actuar es también compartida. Sin embargo surge la duda respecto de si esto es así.

En primera instancia esto ocurre porque eQtasis es un equipo que se renueva año a año con la incorporación de miembros nuevos que llegan por distintas vías al equipo (esta condición, recordémoslo, la genera el hecho de que es un equipo de formación adscrito a la estructura de la Universidad de Chile y por tanto de formación de profesionales de la disciplina en pre y posgrado), tanto de la propia casa de estudios, como de la Universidad Católica, de los programas de diplomado y magister e incluso de otras universidades estatales o privadas. Estos nuevos miembros se integran a equipos que si bien se reestructuran a partir de marzo de cada año, conservan miembros antiguos que le otorgan a cada sub-equipo una continuidad respecto de años anteriores.

Los nuevos miembros son inducidos por los antiguos más que nada en un modo de operar respecto de la clínica y el funcionamiento del equipo. Si bien se dan instancias en que se reflexiona en torno a los sustentos epistemológicos que sostienen la práctica clínica, se discute -en esa inducción y en ese inicio- poco o nada respecto de aspectos más ideológicos, por ejemplo, el cómo se entiende la terapia, la concepción de sujeto, la finalidad de la actividad clínica, entre otros. Estos aspectos operan como creencias no explícitas, las cuales eventualmente se ponen en juego en la discusión del equipo en casos de impasse clínico, o de un caso que sea analizado con mayor profundidad. En este

sentido la ideología pareciera tener un fin utilitario, ya que se pone en juego, es preguntada y se explicita, cuando el equipo se ve impelido a discutir de estos temas frente a un caso clínico que los tiene en aprietos.

Frente a esto me parece que el equipo no se ha preguntado si desea transmitir una ideología de una manera intencionada. O si por el contrario, tal como negocia con los consultantes un contrato terapéutico, se negociará con los miembros la adscripción a una ideología determinada. Seguramente es un paso que se dio en algún momento en la historia del equipo y que no se ha vuelto a preguntar.

Resulta extraño además pensar que una ideología pudiera ser transmitida intencionadamente, si se entiende que la ideología comprende las creencias que cada persona tiene respecto del otro, la terapia y su meta y lo que se entiende como problema. Pensar que esto es posible, es pensar que eQtasis mantiene una formación tipo dogma de sus principios. En mi experiencia como miembro del equipo, me parece que lo que ocurre es justamente lo opuesto, y que si bien hay una ideología que prima en ciertos miembros históricos y con peso en el equipo, ésta ocupa el lugar de lo deseable, pero es algo que opera en la formación de una práctica, desde lo no dicho. En este sentido, cada miembro, en función de su propia formación en el equipo, realiza o no, una reflexión en torno a la ideología, inquietud que puede darse o no en cada miembro y ese es el riesgo que se corre.

Esta puede ser una de las razones del porque algunos miembros sólo alcanzan a participar un año, o un par de años, posiblemente responde a que no se compartían tan plenamente estas ideas básicas que sostiene el operar del equipo.

Efecto Universidad de Chile

Volviendo al riesgo que queda implícito en mantener una postura abierta o más bien autónoma respecto de la reflexión que cada miembro realiza en torno a la ideología que sustenta la práctica clínica de eQtasis, se podría pensar que uno de los riesgos que se corren, es que haya una adscripción irreflexiva a la ideología propuesta por el equipo, que opere por convención o simpatía hacia una forma de entender la clínica que resulta novedosa para quienes están comenzando a adentrarse en la psicología clínica de manera profesional.

EQtasis es un equipo que está circunscrito en un contexto particular, éste es la casa de estudio del cual hace parte, universidad que se caracteriza por un discurso particular,

por su pluralidad, por su formación de profesionales críticos y por ende con un pensamiento abierto y flexible. Además la historia de esta casa de estudios y más precisamente de la Facultad de Ciencias Sociales, conserva lo contestatario frente a una época oscura en el país.

Para los estudiantes de una universidad con esa historia, podría resultar atractivo pertenecer a un equipo que se plantea con un funcionamiento tan diferenciable respecto de otros enfoques en la psicología clínica, que manifiesta una adscripción a una ideología que se posiciona dentro de una actitud posmoderna, la cual se opone a una verdad única y universal. Una ideología que se manifiesta abiertamente contra los procesos de psicopatologización, de etiquetación y, por sobre todo, que responsabiliza de manera importante al otro como sujeto válido frente a la necesidad de ayuda o movilización.

Es posible que les resulte atractiva esta actitud contestataria que ofrece el equipo, desde la construcción de conocimiento de una manera más colaborativa, junto con la propuesta de una formación que pretende ser más horizontal, muy por el contrario a lo que ocurre en su formación de pregrado, más aun cuando se trata de profesionales noveles, que están teniendo su primer acercamiento al ámbito profesional de la psicología clínica.

Esta simpatía hacia estos conceptos, impone el riesgo de que adscriban a una ideología frente a la cual no se ha reflexionado tan personalmente y que se pueda caer en *un decir del discurso* más que en una ideología de carácter activo, esto desencadenaría más tarde en un resbalar en el quehacer de una ideología más pasiva, a propósito de la distinción que plantea Jorge Larraín (2010). La distinción entre el discurso ideológico que se desprende del postestructuralismo y aquel discurso ideológico del postmodernismo sirve ahora para esta referencia.

Intención por la intervención a nivel comunitario

Es posible identificar una tensión entre una práctica fundamentalmente clínica o en contextos clínicos y una intención de trascender dicho espacio para llegar a la comunidad más directamente, que es vivida como una ambición por una transformación social que tenga un impacto más amplio. Esta tensión por un lado se asocia con los límites del trabajo psicoterapéutico y por otro, a la visión crítica que se tiene con respecto a la terapia, pero también al rol del psicólogo y la función social de la psicología clínica. En este sentido se genera una fantasía o una idealización respecto del trabajo comunitario o lo colectivo. Es posible hablar de idealización porque estos principios de comunidad, o colectivo no se han

podido traducir en una praxis psicológica, en la medida en que no se visualiza ni las características propias que tendría esta práctica, ni sus posibles limitaciones.

También puede asociarse esta tensión a la falta de consenso respecto a lo que se entiende como una intervención comunitaria, incluso a la falta de recursos humanos para emprender una intervención de este tipo y el desdibujamiento de la identidad de eQtasis, en tanto éste es vivido principalmente como un equipo clínico. Por estas razones, cuesta llevar a cabo una intervención comunitaria, ya que se encuentran dificultades para concretar una acción que por un lado responda a esta inquietud y por otro sea concordante con la intención, con la ideología, el espíritu de eQtasis y además sea compartido por todos sus miembros.

Que en un equipo como eQtasis, se den estas inquietudes por lo comunitario y un afán transformativo a nivel social más amplio, tiene sentido debido a que el trabajo con familias lo sitúa en una línea entre lo clínico y lo comunitario. Este afán por lo comunitario, mencionado anteriormente, responde también a la no satisfacción plena por el trabajo clínico, como si únicamente con eso quedaran cortas las intenciones de una performatividad emancipatoria.

La idea de que la terapia es instalada como un dispositivo que responde a la necesidad de la modernidad de individualizar incluso en el cuerpo como diría Foucault, los malestares sociales y normalizar la heterogénea diversidad de la sociedad. En este sentido, el equipo comulga con la idea de que la terapia *per se* no es necesaria y que la tarea emancipadora del psicoterapeuta es generar la desaparición de la terapia, como dispositivo que entiende que los problemas, sean vistos como pertenecientes a las personas, en lugar de relacionales, contextuales incluso como socio-históricos.

Surge entonces una relación culposa con la clínica en donde la salida al dilema de estar trabajando con un dispositivo al que no se le rinde pleitesía, es una relación más estrecha con un trabajo comunitario que llegue al colectivo de la comunidad más ampliamente, lo que la posiciona en una idea más atractiva.

La tensión entre horizontalidad e instructividad

En relación a cómo se despliega la dimensión política en terapia es clara la intención micro-política de la práctica clínica de eQtasis para alcanzar una transformación social en los consultantes. Esta intención es motivada por la búsqueda de liberar a las personas de un discurso moderno y hegemónico de poder, discurso que los mantiene atrapados en una

visión individualizadora del problema y que más tarde se plasma en prácticas en consecuencia a ello.

Esta intención micropolítica se observa en la “exploración” de un acercamiento horizontal frente al consultante, que es propuesta por algunos dispositivos y actitudes tácticas, como pueden ser la curiosidad, la irreverencia y también la aproximación dialógica, las cuales son puestas al servicio de dicho acercamiento que es reconocido por el equipo como una característica principal en su operar terapéutico.

Aún más, este principio de horizontalidad con que el equipo opera no es algo, que se intencione sólo entre terapeuta y consultantes, si no que entre la dupla terapéutica misma que muchas veces tiene diferencias en cuanto a su experiencia como terapeuta. Diferencia, que no representa una valoración jerárquica entre terapeuta novel y terapeuta experimentado, aunque una vez dentro de la sala de atención, en algunos casos, pueda notarse tal diferencia. Por el contrario el equipo promueve la atención de estos, aun incluso cuando no han terminado su proceso formativo de ocho semestres. También esto tendría su correlato en el equipo que opera (en el ámbito estrictamente formativo y clínico) detrás del espejo unidireccional, ya que en diferentes modalidades se procura defender esta no jerarquización de las relaciones, al menos no en base al conocimiento y experiencia en la práctica clínica.

Tratándose entonces eQtasis de un equipo que además de brindar atención clínica, entre otras cosas, se dedica a la formación de sus miembros, puede resultar evidente y obvia la finalidad formativa de promover la atención de terapeutas noveles. Sin embargo este no es el único propósito que persigue este acto, pues posee también un fin político.

Este fin político tiene que ver con cómo es entendida la formación dentro de eQtasis. Una formación que se construye entre todos sus miembros, en donde el proceso reflexivo no está dirigido solo a quienes se están formando, sino que también el formador, se constituye en el proceso mismo, es decir se implica de tal manera que eso que él hace también lo transforma o lo impacta.

Esta idea, que se ha conceptualizado como *deformación*, en la cual se rechaza la posibilidad de una relación instructiva, tiene una intención performativa, la cual se vincula con la idea de un conocimiento que busca distanciarse del poder, pero como aquello es imposible, dirige el poder a ambos actores involucrados en el proceso *deformativo*.

A pesar de lo anterior, eQtasis es un grupo que igualmente se cuestiona –estando en todo su derecho- cuándo dejar de lado la horizontalidad. En ocasiones, estos

cuestionamientos surgen más de ciertos miembros con presencia dentro del equipo, o bien ante ciertas condiciones presentes en un caso clínico, pero coinciden en hacer dudar respecto de mantener el principio de la horizontalidad *a raja tabla*, como el camino para enfrentar un determinado caso clínico. Es así entonces como el equipo, a pesar de sus sustentos epistemológicos y ético políticos, se puede permitir abordar un caso desde la psicoeducación o manteniendo un rol más directivo en terapia. Sin embargo, pareciera no haber un consenso claro de cuándo esto es posible de hacer o más bien necesario. Debido a esta falta de consenso, se han generado largas discusiones respecto de la ausencia de una teoría clínica para el abordaje de los casos, cuestionándose también por parte de algunos miembros, el concepto de horizontalidad, que algunos lo entienden como un ideal que nunca es alcanzable, para otros derechamente es algo que como no se puede alcanzar no se persigue, y seguramente hay quienes lo consideran ideal o no como un elemento distintivo de la práctica clínica que eQtasis defiende arduamente.

Esta no claridad, este desacuerdo, esta diferente manera de abordar el concepto (incluso el año 2013 miembros de eQtasis en el magíster desarrollan el concepto de diagonalidad como una forma de escapar a la crisis del concepto de horizontalidad, reconceptualización que aun está en desarrollo), seguramente tiene su contrapartida luego en la manera de operar, generándose algunas veces complicaciones en torno a la representación o identificación con las ideas y sustentos de base del equipo, fundamentalmente para quienes, además de ser miembros de la práctica clínica o de investigación, desarrollan también actividades de docencia.

Con esto no estoy planteando que la práctica clínica de eQtasis se mueve entre un la horizontalidad versus una actitud más directiva, como si se tratara de opuestos polares, más bien el planteamiento que se desea desarrollar, es que a pesar que se distingue lo que hemos llamado una terapia correcta, el equipo es capaz de tomar decisiones contrarias a sus creencias y premisas en función de un abordaje a un caso que a veces exige al equipo adoptar otras actitudes, porque el caso así lo exige. Así como en otras ocasiones, cuando un solo miembro propone al equipo un abordaje de este tipo, el equipo se resiente y es puesto en cuestión y tensión el planteamiento de dicho miembro.

Concepto de poder opera a nivel de premisa

Una hipótesis de porque se da esta tensión entre una actitud horizontal y el ser directivos tendría que ver con que el concepto de poder en los miembros de eQtasis o en

eQtasis mismo, opera como una premisa que no está clara, o que no es explícita, que está en el terreno de lo no dicho. Llama la atención la ausencia de esta palabra en el discurso de los participantes cuando se refieren a la terapia, como si el poder fuera algo que no estuviera presente en la relación terapéutica, es cierto que se tiene esta actitud horizontal de abolición del rol de experto y en esa medida se salvaguarda en parte el tema del poder, pero no al punto de que quede fuera de discusión. Pareciera ser una palabra a la que se le teme, que no debe ser mencionada, como si al mencionarse se invocara una especie de fantasma desagradable. Si bien con la actitud horizontal y el no saber con el que se posiciona en terapia, se busca de alguna forma la generación de un encuentro en donde el poder no esté concentrado en la figura del terapeuta por su experticia, en donde se produzca un encuentro con el Otro, en una posición que no subraye su desventaja. Y dado que se persigue que con la terapia el otro tenga una visión más positiva de sí, más liberadora, este resultado se logra en gran medida.

Pero la ausencia de una reflexión más explícita da cuenta de que se mantiene la creencia que con lo anterior, el tema estuviera resuelto. Cuando en ocasiones ocurre que los consultantes demandan una postura de saber o en ocasiones como ya se mencionó el mismo equipo resuelve. En mi opinión no es que se crea que la horizontalidad es sinónimo de ausencia de poder, sino más bien que es un debate que no está resuelto y que en esa medida no se hace explícito.

Ética responsablemente autónoma

Si se toma la noción de moralidad responsable acuñada por Bauman, o bien, ética responsable, como se le ha llamado en esta investigación, es posible apreciar este concepto en el operar del eQtasis, ya que se visualiza como un equipo flexible, capaz de tomar decisiones de índole ético-moral que incluso estén en el límite de lo que es su ideología o política. Esto en pos de tomar la mejor decisión que en ese momento estime necesaria a favor de un buen proceso para el consultante. Tal es el caso de la psicoeducación, por ejemplo, o cuando nos enfrentamos a casos de temáticas que tiene una acción legal como violencia intrafamiliar, en donde se hace necesaria la emergencia de un rol más social, no sólo por la aplicación ciega de algún precepto del código ético, sino sobre todo porque este tipo de casos obligan al equipo a posicionarse respecto de estos temas de una manera libremente responsable.

Otro interesante punto ético y que puede ser leído como una tensión, que ha tenido una mayor cantidad de reflexión dentro del equipo, es la expectativa o exigencia explícita o implícita que se hace a los consultantes para que se hagan cargo de su propio proceso. Lo cual se entiende no sólo a la asistencia regular y constante a terapia, sino que a implicarse en ella también, a la necesidad de hacerse responsable por el proceso, a su participación activa en el diálogo y ciertamente al implicarse fuera del espacio de la sesión. Lo cual es intencionado con algunas solicitudes (experimentos), pero también con un discurso que es muy propio de eQtasis, aquel que refiere a que la terapia no es el espacio en donde ocurrirán los cambios, que como un espacio artificial sólo busca la conversación reflexiva que genere novedad, pero son los propios consultantes quienes deben encargarse de llevar esa reflexión, esa novedad, esos recursos, que son resaltados en el espacio terapéutico, a su vida cotidiana.

Si bien esto es algo que se pone en juego con cada caso que atiende el equipo, en general no provoca grandes dilemas o conversaciones, porque rápidamente las personas y familias lo comprenden sin que sea necesario hacer explícita nuestra postura. Se podría incluso llegar a establecer que las familias, las parejas e individuos con los que se trabajan, reciben de manera cariñosa cuando alguna entidad, con cierta representatividad institucional y centrada en el poder (como es la disciplina psicoterapéutica) les *devuelve* esa facultad de hacerse cargo de sí mismos, también a nivel de explicaciones.

Aun así en ocasiones, sobre todo aquellas terapias que se dan en contexto obligados, como los judicializados, o el trabajo con adolescentes que son traídos por sus padres, se hace difícil lograr una implicancia de los participantes a una terapia, tal como la concibe eQtasis. Es aquí donde se produce una tensión entre lo que se le exige abiertamente al consultante, o más bien se toma la respetuosa (pero también riesgosa) postura de comprensión respecto de los tiempos que cada persona o familia tiene para responder a la exigencia de una terapia.

Esto que se señala es lo que el equipo no tiene resuelto como un discurso propio, y más bien lo resuelve el terapeuta o la dupla terapéutica que está a cargo del caso o el sub-equipo clínico que está siendo parte del caso como observador. En cierta medida que el equipo no tenga una respuesta preestablecida para estos casos, lo obliga a cuestionarse más libremente que decisión optar, ya que cada caso en donde se produce este escenario, es tratado con la singularidad que ese caso específico merece.

Así mismo, el equipo a veces se ve exigido o demandado por las personas y familias a ejercer un rol que por consideraciones ideológicas y políticas el equipo no desea tomar, como cuando se busca un diagnóstico, o en una terapia de pareja se espera que los terapeutas ejerzan como jueces, o se interpela a que el terapeuta se posicione frente a un tema. En los dos primeros ejemplos la postura del equipo es clara en plantearse que no conciben el espacio terapéutico como un lugar en donde las personas o familia van a oír la opinión de un experto, proponiendo a su vez lo que el equipo puede ofrecer, un espacio de reflexión, de ir construyendo interrogantes como respuestas en conjunto, un espacio que sea generativo en cuanto a la movilización de recursos y responsabilidades.

En el tercer caso, cuando el terapeuta es interpelado a tener una posición, el equipo responde a veces no con mucha convicción de que deba dar una respuesta, o bien es cuidadoso de que no se lea tras esa postura una sugerencia directa de lo que deben hacer o no los consultantes. Sin embargo, como anteriormente se señaló, en situaciones en donde se visualiza un riesgo, el equipo responde claramente se busque en él una posición por parte del sistema consultante.

A grandes rasgos, el equipo maneja la dimensión ética en su operar con responsabilidad hacia el Otro, en función de este y su beneficio, en una relación de respeto que es propia de la relación íntima que se establece en el espacio de terapia entre terapeutas, consultantes y equipo. En ese marco de respeto garantizado, el o los terapeutas deben sentirse libres de actuar en función de un proceso reflexivo que no privilegia la comodidad por sobre la reflexividad, es decir está dispuesta a llevar a los consultantes a un espacio de incomoda reflexión, que se sabe conlleva sacrificios y desafíos para todos los implicados en el proceso. En este sentido se busca, se privilegia una psicoterapia atenta a un impacto tanto ético como político, que busca ser útil como un espacio para la inquietud, la reflexión y, desde ahí, el diálogo.

Y tal como se ha descrito, el ejercer una ética responsable en donde el personaje terapéutico se relaciona de igual manera, hacia su atención sobre el otro y el mandato institucional que se le impone, al cual se está atento, pero con el cual se puede tomar cierta distancia o autonomía en función de una ética responsable.

Pertenencia a la Universidad

El operar del equipo está fuertemente vinculado al espacio en el que habita, no sólo en cuanto al espacio físico como la infraestructura, sino que también y en mayor medida, por

el lugar simbólico dentro de la Universidad de Chile, es decir como un equipo de atención clínica inquieto por la extensión y la investigación, contestatarios –como ya se ha mencionado- en su forma de concebir y hacer terapia.

Esto ha constituido a eQtasis en un equipo que se siente perteneciente a la Universidad, lo cual no es menor, considerando que la mayoría de los integrantes de eQtasis han ingresado al equipo una vez egresan de la carrera y han mantenido de esta forma un vínculo con la Universidad aún después del egreso. Hasta se podría sostener la idea que los miembros de eQtasis desean mantener el vínculo con la Universidad de Chile y comparten una visión de la Universidad que eQtasis les permite mantener en el tiempo, por idealización o por acciones concretas. Seguramente también porque de este manera pueden sentirse menos abandonados a un mundo laboral duro, competitivo en el que es difícil tener espacios de trabajo en equipo.

Aún cuando cobra importancia la pertenencia a un equipo que opera en el espacio de la Universidad, el interés del equipo, como se ha señalado anteriormente, excede lo meramente formativo, académico e investigativo y posee metas que implican un trabajo directo hacia la comunidad a través de proyectos de extensión. En este sentido y a partir del último tiempo, el equipo se ha transformado en un espacio de lucha de estos espacios dentro de una política universitaria que cada año interpone más obstáculos para la realización de actividades de este tipo.

Todo lo anterior, ha influido en que el espacio que ofrece eQtasis sea ampliamente valorado y cuidado por sus miembros, frente al cual hay un compromiso emocional. Cuestión importante al considerar que el trabajo que se realiza es voluntario, pero es retribuido por la formación de la que es partícipe, la pertenencia a un equipo que se propone diversos proyectos y por los vínculos que se construyen entre sus miembros.

Otros equipos (clínicos y de otro orden) han permanecido un tiempo reducido en el árido espacio de la Universidad, que no da siempre garantías, ni menos condiciones para dicha sobrevivencia. En este sentido, los 9 años del equipo permiten argumentar que hay una especie de comunión respecto de cómo hacerle frente a la Universidad estando dentro y al mismo tiempo hacer uso de la firma Universidad de Chile estando fuera de ella. En esto eQtasis podría haber sucumbido frente a las dificultades y precariedad de su operar (no sólo en términos económicos, sino también de espacio, de reconocimiento, entre otros), sin embargo, se mantiene en esto que podríamos entender como una lucha hacia dentro y una lucha hacia afuera.

De este modo el espacio simbólico que ha ocupado eQtasis lo ha constituido en un equipo que nace por el interés de un grupo de estudiantes por un espacio de asesoría, que a poco andar lo convierte en un espacio en donde se estrechan vínculos en un contexto de camaradería, que imprime una mezcla de trabajo con placer, como por ejemplo plantear jornadas de trabajo en donde hay cabida para pasarlo bien en un ambiente de relajación y convivencia de grupo. Lo que parece ser también una estrategia de supervivencia.

Para sus miembros, eQtasis no es sólo un grupo de trabajo en donde se puede proponer ideas y proyectos, es también un grupo de amigos, es una red de apoyo, característica no menos importante para sus miembros y para quienes se integran año a año y viven la experiencia de un equipo acogedor.

Tal es la importancia que se le ha otorgado a esta característica que en sus estatutos, la camaradería aparece como un principio que orienta la participación, junto con el compartir momentos lúdicos y de relajación. Actitudes que incluso merecen mención en una ampliada de evaluación del equipo, porque se entiende, repercute en el trabajo y la cohesión de sus miembros. Es por esto que cuidan y nutren las relaciones que se establecen dentro del equipo, como si operara la creencia de que los vínculos de compromiso frente al equipo se sustentan en gran medida por lazos de amistad. El equipo se cuida a través de la transgresión, esto pues la propia universidad no dispone ni promueve de instancias de trabajo y placer en conjunto, a veces inclusive puede ser hasta mal visto ciertas prácticas vinculadas a la mantención de un equipo, el juego, el baile, el permanecer de noche en la Universidad. Todo este aparataje de eQtasis estaría ligado a una suerte de perturbación al propio espacio universitario, que, para quienes no conocen la dinámica del equipo, puede ser seguramente evaluado como una práctica impropia, sin embargo, para sus propios miembros se ha vuelto algo fundante.

Paridad entre miembros

Un principio que define al equipo en términos relacionales es la horizontalidad que busca promover en la dinámica de trabajo grupal de cada sub-equipo (diferente de aquella buscada entre terapeuta y consultantes). Esta dinámica grupal horizontal resulta atractiva para los nuevos miembros del equipo que ven en ella una forma acogedora de integrarse a un equipo de trabajo que confiere espacios de participación y valora el aporte que otorgan a la discusión estos nuevos miembros. Esto debido a que en virtud de promover la paridad entre sus miembros, el equipo aboga para que el espacio de trabajo y discusión dentro de

cada sub-equipo se efectúe de acuerdo a una relación horizontal entre sus miembros, aun cuando entre ellos existan diferencias en cuanto a niveles de experiencia, a años de participación en el equipo, o incluso diferencia en cuanto a categoría universitaria, es decir, si es docente, estudiante de magister, egresados, practicantes o estudiantes de pregrado.

Para los nuevos miembros no sólo resulta atractivo participar de una dinámica con estas características por lo novedoso a otro espacios de formación dentro de la Universidad, sino también porque es una posibilidad de plantearse y ser escuchado como un igual ante un grupo heterogéneo de profesionales algunos de los cuales tienen bastantes años de experiencia. Es entonces una forma de sentirse reconocido como un igual.

Para el equipo a su vez un nuevo miembro es novedad, es curiosidad, es la posibilidad de re-plantearse o re-pensar ciertos aspectos que con los años se han ido cristalizando y en esa medida también es bien recibido. Pero un nuevo integrante también representa un desafío en cuanto a la formación que ese nuevo miembro seguramente busca, sobre todo si se trata de estudiantes en práctica o estudiantes de pregrado.

La horizontalidad que se busca en el trabajo de equipo, ha sido un elemento distintivo a lo largo de los 9 años de eQtasis, parte de su sello, reconocido al menos por sus miembros más antiguos. En la medida que el grupo acepta la variabilidad e incluso es comprensivo con la variabilidad que propone los nuevos miembros, sostiene la paridad. Actitud que se sostiene en la medida que es replicada por aquellos que integrándose al equipo por primera vez, la vivieron de manera satisfactoria, y en esa medida replican hacia los nuevos miembros la misma actitud acogedora e invitante, una vez que ellos comienzan a posicionarse como “tutores” o “formadores” de los nuevos miembros, a medida que aumentan sus años de participación en el equipo.

A pesar de esto y por la gran cantidad de miembros cada vez con más años dentro del equipo, es que es inevitable que se comiencen a perfilar ciertos personajes dentro de los equipos clínicos con una figura más formadora. Si bien cada integrante de eQtasis que lleve más de un año, adopta rápidamente una actitud de “formador” hacia los nuevos miembros, hay quienes destacan como formadores de formadores, por la cantidad de años que llevan en el equipo, o bien por su experiencia clínica y en docencia. En este escenario actual, eQtasis se encuentra entre la búsqueda y defensa de la horizontalidad en el trabajo de equipo, a la vez que se quiere avanzar hacia una nueva lectura del mismo principio que se adapte mejor a la extensa variabilidad que en cada nuevo año presenta el equipo.

2. Conclusiones

Los elementos que emergen producto del análisis hermenéutico del discurso de los miembros de eQtasis, dan cuenta que en el operar del equipo se conjugan la dimensiones ideológica, política, ética y relacional. Éstas operan en mayor medida, como elementos, que en el discurso, aparecen solapados, implícitos, dando cuenta que hay aspectos de éstas dimensiones que están en un ámbito de lo *no dicho*.

Estos elementos, poseen como característica que refieren en su mayoría a una diferencia entre un decir y un hacer, en este sentido los elementos que excede a un modelo declarado son justamente aquellos que en la práctica difieren a lo que se dice de ellos, y por tanto en lo *no dicho* queda a la vista la dificultad para hacer de un discurso una práctica, no sólo porque llevar a la acción una práctica sea complejo sino porque detrás de la reflexión que esconde esta acción, se ha dejado atrás, posiblemente, las limitaciones o las posibilidades de concreción que tienen, debido a que funcionan bajo premisas que en el trabajo cotidiano a veces pasan inadvertidas.

Una segunda característica, que es posible distinguir entre estos diez elementos, es el hecho que son epigenéticos, es decir, dan cuenta de un presente que está anclado en una génesis que viene desde muchos eventos pasados, hasta dar con lo que actualmente es posible distinguir como las dimensiones ideológica, política, ética y relacional, del operar de eQtasis. Si miramos cada uno de ellos, podemos retratar el inicio del equipo alrededor del año 2005, en cada uno se da cuenta de la evolución que ha tenido el equipo. Por ejemplo, respecto el último elemento, *paridad entre miembros*, es ilustrativo de las reflexiones que en un equipo emergen tras 9 años de un operar que es puesto a revisión a la luz de un proceso que quiere dar cuenta del modelo.

De las cuatro dimensiones abordadas en estos elementos las que más preponderan en aquello que aparece como *no dicho* son la dimensión ideológica y la relacional. Probablemente porque de la dimensión política se ha estado reflexionando a través de escritos y discusiones, siendo estos aspectos del operar del equipo, en donde más se ha puesto la mirada atenta en los últimos años. En cuanto a la dimensión ética, la cual también ha sido pensada, quizás más por miembros docentes, y por las situaciones en que se ha encontrado frente a casos judicializados, que han empujado al equipo a tomar postura o definiciones éticas, respecto de éstos.

De esta manera, la dimensión ideológica y relacional, han emergido más a un nivel de premisa que poco se han puesto en juego en las discusiones de sub-equipos o del

equipo ampliado. Y si bien la dimensión relacional ha sido más cuestionada últimamente, se ha cuestionado desde un operar y la discusión aún no llega – aunque va encaminada – al nivel de premisas, de creencias respecto a la paridad, la horizontalidad, o la pertenencia a la Universidad.

Finalmente cada uno de estos elementos deja a la luz desafíos o vacíos que aún no están resueltos dentro del equipo. Algunos de ellos, están entrando en discusión a raíz del trabajo de pensar el modelo, otros están más pendientes de definir. Desde mi perspectiva el pensar en el mecanismo de adscripción a una ideología, es el que presenta un mayor desafío en este último tiempo. A propósito del repliegue que este año emprende equipo, y de la tarea que se ha impuesto al revisar su misión para hacer emerger un plan estratégico durante este año 2014, la formación ha sido uno de los temas que más realce ha tenido a propósito de la contingencia de este año en el cuál ha habido un mayor número de nuevos integrantes, principalmente estudiantes de pregrado que están deseosos de una formación en el modelo. Esto no sólo nos pone ante la pregunta de los requisitos para ser miembro de eQtasis, sino también en la tarea, de pensar mayormente en la formación que se entrega en el equipo. Si somos un equipo que forma en un modelo, en el cual su fin y su medio es el crear equipo, ¿es necesario?, ¿urgente? o ¿importante en esta medida hacer explícita no sólo una adscripción a un modelo específico de terapia, sino también a una forma de mirar la realidad social?. Si fuera este el caso preguntarnos por cómo se adscribe a una ideología, o si se desea que esto ocurra es fundamental para tener un proyecto sólido y claro de formación.

Algo similar ocurre respecto de la intención de ampliar nuestros márgenes de acción y tener una línea de trabajo comunitario. En este punto se visualiza una tarea pendiente que arrastra algunos años, y que en virtud de la realidad actual del equipo debido a lo acontecido en el año 2013 se ha puesto en discusión y pareciera estar en franco retroceso. La temprana inquietud y ganas que proyectos de esta naturaleza despertaron en el equipo, poco alcance han tenido para lograr concretar más que una sola idea, que tampoco ha tenido una reflexión acabada a nivel del equipo y que más bien ha sido impulsada por ciertos miembros que poco impacto en cuanto a motivación y compromiso ha tenido al equipo en general.

3. Reflexiones Finales

Que un equipo pueda ser capaz de reflexionar respecto de las premisas que están debajo de su operar impacta profundamente en la formación que entrega. Para la formación en psicología clínica no es solo necesario reflexionar respecto a las premisas o los elementos no dichos que encierran sus modelos, sino que analizarlos, escribir sobre ellos, a nivel teórico es probable que muchos modelos o todos estén bien armados, justificados y explicados, pero ¿está todo dicho respecto de la forma de operar de esos modelos?

Preguntarnos, cuestionarnos e inquietarnos respecto de aquello que no está dicho o no ha sido declarado en un modelo, es un imperativo ético que se le debe, no sólo a aquellos que trabajan desde estos modelos, como el equipo eQtasis, sino también para aquellos hacia quienes trabaja, porque este tipo de reflexiones hace de la terapia una práctica atenta, que repercute a nivel político y ético, en las personas que llegan a solicitar un espacio de terapia.

Como en todo estudio se presentan limitaciones que deben ser declaradas, quizás la que más salta a la vista es el carácter auto-dirigida o auto-pensada de esta investigación, debido a que el objeto de estudio, el discurso de los miembros de eQtasis no es totalmente ajeno a la autora, ya que forma parte también de ese discurso, al tener pertenencia al equipo en cuestión. Si bien esto posibilitó un acercamiento que uno podría señalar más hacia las entrañas del equipo, es cierto que un investigador externo, pudo haber dado cuenta de otros aspectos que quizás para la autora, conocedora del equipo, no resultarán tan relevantes. Ya que en su calidad de miembro de eQtasis se pusieron en juego deliberadamente sus concepciones, experiencias, prejuicios y sus propias premisas respecto del mismo.

Otra limitación es que es una investigación desarrollada en un margen amplio de tiempo, dos años, lo que indudablemente tiene un efecto en el análisis de un grupo que año a año va creciendo y cambiando en función de sus propias evaluaciones y proyecciones.

En esta misma línea el uso que se le pueda dar al resultado de esta investigación también está acotado a un breve periodo de tiempo dado el dinamismo o transformación del propio equipo, muy probablemente revisar un modelo o los elementos que escapan a su declaración pero que igualmente impactan el operar del equipo, sea una investigación que pueda ser llevada nuevamente a cabo en el transcurso de unos pocos años.

Finalmente respecto de las proyecciones que plantea esta investigación, la más clara es el vínculo que pueda realizarse con una tesis que hable del modelo, y la formación. O bien podría estudiarse los elementos no dichos bajo una perspectiva de género o profundizar en un concepto, como el de poder, concepto un poco ausente en esta investigación. Por último, el que pueda ser incluso replicable en unos años más, a la luz de las transformaciones del equipo, cuando los resultados de esta investigación sean recordados con nostalgia.

VII. Referencias

- Anderson, H. (2003). Postmodern Social Construction Therapies (Draft). Extraído el 04 de febrero de 2013 del sitio web <http://www.harleneanderson.org>
- Arcelloni, T y Ferrero G. (2009) El duograma en la formación sistémica. Los terapeutas y sus relaciones de pareja. *Psicoperspectivas* 8 (1) pp. 700-734.
- Bertrando, P. y Arcelloni, T. (2008). Las hipótesis son diálogos. Compartiendo las hipótesis con los clientes. Traducción libre de I. Célèry.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las Ideas*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2005). La terapia Sistémica de Milán. En A. Roizblatt (Comp.), *Terapia Familiar y de pareja* (pp.224-241) Santiago: Mediterraneo
- Bustos, M. y Campillay, M.A. (2010). Reflejos de la Psicoterapia en la Formación. La co-construcción de una relación de asesoría como modelo de trabajo en equipo. En F. Gálvez (Comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp.115-131). Santiago: Mínimas.
- Calventus, J. (2000). Acerca de la relación entre el fundamento epistemológico y el enfoque metodológico de la investigación social: la controversia "cualitativo vs. cuantitativo". *Revista de Ciencias Sociales*, 1(2), pp. 7-16.
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta de Moebio*. 23 pp 1-14. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Extraído el 10 de marzo de 2013 de www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/23/index.htm
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy (La terapia narrativa de Michael White). *Contemporary Family Therapy*. 20 (4) pp. 485-503.

- Cornejo, C. (2005). Las dos culturas de/en la Psicología. En *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 14 (2), pp. 189-208. Extraído el 13 de Marzo de 2013 de http://leerentrelineas.googlepages.com/Cornejo_2006_las_dos_culturas_de_y_e.pdf
- De Tezanos, A. (2002). *Una etnografía de la etnografía*. Ediciones Antropos. Bogotá, Colombia.
- Echeverría, R. (2005). *Ontología del Lenguaje*. Lom Ediciones. Santiago, Chile.
- Flores, R. (2013). Observando observadores: Una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social. Ediciones UC. Santiago, Chile.
- Gálvez, F. (2010a). La construcción de personajes terapéuticos. Perturbaciones para una formación en psicoterapia posmoderna. En F. Gálvez (Comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp.91-112). Ediciones mínimas. Santiago, Chile.
- Gálvez, F. (2010b). Formación, deformación, deconstrucción para una clínica atenta. En F. Gálvez (Comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp.9-19). Ediciones Mínimas. Santiago, Chile.
- Gálvez, F. (2011). Formulario único de postulación. Concurso de apoyo a la investigación para académicos del departamento de psicología 2011.
- Gálvez Sánchez F., Morales R. (2012) Ética de la responsabilidad en psicoterapia posmoderna en Bianciardi M., Gálvez F, "*Psicoterapia come etica: condizione posmoderna e responsabilità clinica*" Casa editrice Antigone, Turín, Italia, 2012. Publicación en paralelo en español, Edición Praxis Psicológica (del mismo título) en proceso de impresión.
- Gergen, K y McNamee, S. (2000). Desde el discurso del trastorno al diálogo transformativo. En Neimeyer y Raskin (Eds) *The Constructions of disorder: Meaning-Making Frameworks for Psychotherapy*. American Psychological Association. Washington DC.

- Gergen, K. y Warhus, L. (2003) *La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Extraído el 04 de febrero de 2013 de <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/web/printerfriendly.phtml?id=manu18>
- Larraín, J. (2010). El concepto de ideología. Postestructuralismo, postmodernismo, postmarxismo. Lom Ediciones. Santiago, Chile.
- Lyotard, J. F. (1987) *La Condición postmoderna. Informe sobre el saber*. Traducción de Mariano Antolín. Cátedra. Madrid, España.
- Martic, D. y Gálvez, F. (2013). Documento de trabajo. Apoyo teórico práctico para asistentes técnicos. Programa Abriendo Caminos y Programa Calle. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.
- Montero, M. (2001). Ética y política en psicología. Las dimensiones no reconocidas. *Athenea Digita*, 0 pp. 1-10.
- Morales, R. (2010). Psicoterapia sistémica, micropolítica y subjetividad. Alcances en torno a la formación. En F. Gálvez (Comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (pp.45-67). Editorial Mínimas. Santiago, Chile.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: Una introducción para profesionales*. Capítulo 3: Como ayudar a la persona a describir el problema. Paidós Ibérica. Barcelona, España.
- Ruiz, J.L. (2003). El Diseño Cualitativo. Cap. 2 En Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed. Bilbao. Universidad Deusto.
- White, M y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós Ibérica. Barcelona, España.

- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa. Barcelona, España.
- Zlachevsky (1996). Una mirada constructivista en psicoterapia. *Revista de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, Año XIV, Volumen VI (2), N° 26.
- Zlachevsky (2003). Psicoterapia Sistémica centrada en Narrativas: Una aproximación. *Revista Límite*, 10, 47 – 64.
- Zlachevsky (2008). Psicoterapia sistémica cibernética: una forma de entenderla. En A. Kualino y A. Stecher (Edit.), *Cartografía de la psicología contemporánea: pluralismo y modernidad* (pp.295-319). Lom Ediciones. Santiago, Chile.
- Zlachevsky (2010). La importancia de reflexionar sobre lo ontológico en el proceso de formación de terapeutas. En F. Gálvez (Comp.), *Formación en y para una psicología clínica* (pp.23-42). Editorial Mínimas. Santiago, Chile.