



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

La visita psicoterapéutica

Intervención domiciliaria como posibilidad de habitar nuevos sentidos

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

Ps. Alejandra Henríquez Prieto

Profesora Guía:

Ps. Claudia Rojas

Santiago de Chile, año 2018

Tesis aprobada con distinción máxima

Santiago de Chile, año 2018

LA VISITA PSICOTERAPÉUTICA

Intervención domiciliaria como posibilidad de habitar nuevos sentidos

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es comprender los sentidos que emergen en el encuentro entre terapeutas y consultantes, en el marco de visitas domiciliarias que forman parte de un proceso psicoterapéutico sistémico de instituciones de salud mental públicas. Para ello se realiza un estudio exploratorio, analítico-relacional, con un enfoque metodológico cualitativo que incorpora entrevistas reflexivas, aproximándonos con ello a la complejidad de situaciones terapéuticas particulares, donde tanto terapeuta como consultante mostraron una disposición inicial por desmarcarse del setting tradicional del box. Dentro de los resultados aparecen dimensiones centrales de sentido, como son el usuario/a y su habitar como refugio y arraigo; actitudes terapéuticas de cautela, comodidad, confianza, y humanidad; relaciones vinculares re-situadas con acento en el recibimiento a la casa, la inversión de roles, la íntima complicidad, los objetivos comunes, compartir experiencias, la sensación de ser vistas de las usuarias, el humor y la confirmación mutua; acciones psicoterapéuticas de exploración, reflexión conjunta, validación afectiva, mejoras habitacionales y trasladar la casa al box y, por último, otros emergentes como son las características del contexto, nuevos recursos, la interacción familiar también de los que no están presentes y las huellas cotidianas. Con ello fue posible evaluar los efectos que la práctica de la visita domiciliaria tiene en relación con el dispositivo psicoterapéutico, a partir de un análisis teórico que incorporó la relación con la fenomenología del habitar y las dimensiones políticas y éticas involucradas en este tipo de intervenciones psicosociales, como son la aparición de usuarios con un potencial más activo en sus procesos y una aproximación vincular desde la colaboración y el reconocimiento de la alteridad. Así también, se empieza a trascender lo puramente “psi” en la conceptualización del psicólogo clínico, desafiándolo a recorrer aspectos sociales, contextuales y materiales que han sido históricamente exclusivos de otras áreas de la psicología, o derechamente de otras disciplinas.

PALABRAS CLAVE

Dispositivo psicoterapéutico, setting, visita domiciliaria, fenomenología.

A mi Matilde, por inspirarme.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su insistencia en que terminara esta tesis. Especialmente al Nico, por ser un apoyo permanente y tenerme fe, hasta cuando yo misma quería tirar la esponja. También a mi perro cochayuyín, por ser un fiel compañero de trabajo, tendido a mi lado mientras yo tecleaba.

A mi profesora guía, Claudia, por estar siempre abierta al diálogo y tenerme paciencia en mis obstinaciones. A Felipe, por hacer lo posible para que pudiera dar fin a este proceso.

Les agradezco también a todos los amigos/as y colegas que estuvieron dispuestos a leer y hacer sugerencias.

También a las instituciones, profesionales y usuarias que generosamente aportaron con su experiencia a esta investigación. Sin ellos nada de esto habría ocurrido.

<<Yo he tenido mis propios invitados. Y sé cuáles no fueron sinceros. Y sé cuáles fueron desconsiderados. Con el tiempo, me olvido de que alguna vez estuvieron aquí. Los que fueron buena compañía permanecen en mi memoria; recuerdo la conversación, recuerdo el placer de compartir mi mesa con ellos. A veces miro hacia la silla donde se sentaron y casi puedo verlos.

Ciertamente puedo sentir su presencia>>

(Sue Chance, 1987; p.21 en Anderson, 1999)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	8
1. Dispositivo psicoterapéutico tradicional y su operar en box.....	8
2. La Visita Domiciliaria desde el Trabajo Social: una técnica moderna.....	10
2.1 <i>La evaluación en la VD como aproximación a la familia.....</i>	<i>14</i>
2.2 <i>Aproximación terapéutica de la VD desde el trabajo social.....</i>	<i>16</i>
3. La Visita Domiciliaria como Práctica en Salud Mental Comunitaria.....	18
3.1 <i>VD en el Programa Chile Crece Contigo.....</i>	<i>21</i>
3.2 <i>Algunos desafíos comunitarios de la VD.....</i>	<i>23</i>
4. La Fenomenología del Habitar.....	24
5. La Poética de la Visita Domiciliaria: un ámbito de nuevos sentidos.....	27
6. Dimensión Micropolítica de la Visita Domiciliaria: Un espacio de resistencia a la gubernamentalidad.....	33
MARCO METODOLÓGICO.....	37
a) Enfoque de investigación.....	37
b) Aproximaciones al problema estudiado.....	40
c) Producción de la información.....	41
d) Análisis de la Información.....	46
e) Aspectos éticos.....	48
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
1. El usuario/a y su habitar.....	50
2. Actitudes terapéuticas.....	55
3. Relación re-situada.....	65
4. Acciones psicoterapéuticas de la VD.....	85
5. Emergentes de la VD.....	97

CONCLUSIONES.....120

REFERENCIAS.....128

INTRODUCCIÓN

La psicología como disciplina y más específicamente la psicoterapia como dispositivo, nace en el siglo XIX, constituyéndose en el tiempo como una práctica que se diferencia claramente de otras, como los dispositivos derivados del trabajo social o la medicina. Si bien se han desarrollado corrientes disidentes respecto de la tradición psicoanalítica que le dio origen y su estricto encuadre analítico, mantiene algunas condiciones relativamente comunes, como son consistir en un encuentro entre terapeuta y consultante en el espacio de un box de atención, generando una conversación en relación a cierta problemática, sintomatología o motivo de consulta que busca resolverse (Frank, 1988; Arredondo y Salinas, 2005).

El psicólogo clínico que realiza este tipo de procesos con usuarios del sistema de salud público en Chile, se circunscribe a dicho *setting* psicoterapéutico, siendo convocado desde su rol a abordar la problemática que trae a la persona a consultar en un encuadre institucional. El/la usuario/a debe adaptarse a estas condiciones, al trasladarse a un dispositivo de atención (CESFAM, COSAM, PIE, Hospital, etc.) y adscribir a ciertas reglas (explícitas, como horarios, duración de sesiones, etc.; e implícitas, como tipo de vestuario o comportamiento y lenguaje “adecuados”), siendo el terapeuta quien mantiene el control respecto de la conducción de la conversación, el uso del espacio, de los tiempos, etc.

A inicios del siglo XX, surge otra disciplina, el trabajo social, que se desarrolla en primera instancia en paralelo- y desvinculada- a la psicología, inspirándose por la metodología de intervención de las *visitadoras amistosas* (Gonzalez, 2006; Quiroz, 1994), en el marco de las obras de caridad. Una de sus exponentes, Mary Richmond, avanzó hacia una sistematización de lo que dio origen a esta profesión, dando cuenta de la importancia de vincular las problemáticas de las personas y su contexto. Para ello, consideraba fundamental tanto realizar una visita a sus propias casas, promoviendo la inclusión de la familia en el diagnóstico y tratamiento, como una actitud de mayor comodidad de los beneficiarios al estar insertos en su propio ambiente al momento de la entrevista. Se desarrolla, entonces, desde una lógica estética inversa a la psicoterapia, siendo el profesional quien se traslada al espacio del otro, en lo que hoy denominamos “visita domiciliaria”, que como modalidad de intervención

asociamos a los trabajadores sociales precisamente por esta historia que da origen a su práctica.

Con el progresivo cambio que ha habido en las últimas décadas en la concepción de la salud mental, se han favorecido abordajes en el sistema público que incorporan no sólo al individuo sino a su familia y la comunidad a la que pertenece, generando propuestas de intervención multidisciplinarias que manifiestan abiertamente la intención de aproximarse a la realidad local y particular de los/as usuarios/as. Esta transformación promueve comprensiones contextuales como las que dieron origen al trabajo social, trascendiendo con ello esta disciplina. Modelos como el de psiquiatría comunitaria, de salud mental comunitaria, ecológico, de redes, diversas propuestas sistémico-relacionales, etc., comparten la hipótesis fundamental de la imposibilidad de comprender las problemáticas humanas si no es en relación con su escenario relacional y ambiental. Es así como psiquiatras, psicólogo/as, terapeutas ocupacionales, y diversos profesionales han incorporado esta premisa en el despliegue de su trabajo, interesándose por intervenciones que permitan situar al/la usuario/a en esta relación (Ministerio de Salud, 2001; Minoletti y Zaccaria, 2005).

Metodologías como la visita domiciliaria¹ comienzan tímidamente a dejar de ser exclusivamente territorio de los/las trabajadores sociales, involucrándose poco a poco otros actores de los equipos de salud mental. Actualmente, es posible ver cómo a nivel de políticas públicas, se proponen planes y guías clínicas que contemplan la VD como una prestación asociada a prevención, tratamiento y seguimiento donde pueden participar enfermeras/os, matronas/es, terapeutas ocupacionales, otros profesionales o técnicos y por supuesto los mismos psicólogos/as, instándolos con ello, excepcionalmente, a salir del box en el que han entrenado su operar (Ministerio de Salud, 2001; Ministerio de Salud, 2008; Ministerio de Salud, 2009; Ministerio de Salud, 2013; Ministerio de Salud, 2017).

Sin embargo, la VD, o en otros casos llamada visita de salud mental (Ministerio de Salud, 2001), no se define en estos documentos en relación a objetivos claros que den cuenta de los beneficios que podría conllevar para el proceso de intervención, dejando en el dominio de la

¹ En adelante VD

improvisación a los equipos que realizan este tipo de prestaciones. Si bien se declara, como se mencionó anteriormente, un enfoque de salud mental familiar y comunitario, desde el que podría desprenderse un nexo que les dé sentido, esto sólo parece aplicar a segmentos de población infantil, en programas como *Chile Crece Contigo*, cuya propuesta incorpora el reforzamiento de habilidades parentales y vínculos de apego temprano en el contexto domiciliario (Ministerio de Salud, 2008). En población adolescente y adulta, en cambio, aun cuando se propone la visita como posibilidad en la fase de tratamiento, sólo se define con el propósito de favorecer la adherencia (Ministerio de Salud, 2013), con lo que no parece haber espacio para fomentar su potencial terapéutico.

No es posible encontrar en la literatura propuestas teóricas y/o metodológicas en relación a la VD que provengan de la psicología clínica, dejando en manos de algunos trabajadores sociales la tarea de proponer líneas de intervención terapéutica en el ejercicio de su rol, inspirados por modelos sistémicos y de terapia familiar (Gonzalez, 2006; Quiroz, 1994).

El psicólogo clínico, adscrito exclusivamente a la práctica conversacional en el box de atención, inclusive desde modelos psicoterapéuticos sistémicos posmodernos que declaran un interés por los contextos, las relaciones y la construcción emergente de realidades en el intercambio social (Anderson, 1999; Anderson y Goolishian, 1996; Bertrando y Toffaneti, 2004; Botella, Pacheco y Herrero, 1999; Gergen y Warhus, 2006; Gergen y McNamee, 2000; White y Epston, 1993), es llamado implícitamente, desde intervenciones como la VD, a trascender este tipo de encuadres y su énfasis en *la palabra*. Esto lo habría aproximado a prácticas situadas desde lo que podríamos llamar, un interés más fenomenológico, en la experiencia directa con las cosas (Bachelard, 1965). Ahora, si bien la psicología clínica esté siendo demandada desde la política pública a intervenir fuera del box (Ministerio de Salud, 2001), dicha exigencia no se ha visto reflejada aún en las propuestas teóricas que surgen desde la misma disciplina, pues como fue mencionado anteriormente, este tipo de prácticas parecen desafiar el encuadre y por lo tanto las condiciones tradicionales del dispositivo psicoterapéutico.

Diversos autores vinculados a la fenomenología, como Heidegger (1951) y Bachelard (1965), aluden a la relevancia de entender al ser humano en relación con su *habitar*, haciendo

hincapié este último en el poder que tiene la casa como nuestro “rincón del mundo” y de la capacidad de todo lo que allí existe de dotarse de significado, en tanto “las cosas nos hablan”. Allí precisamente podría radicar el potencial psicoterapéutico de la VD, en el contacto con un espacio familiar y contextual que tradicionalmente ha quedado excluido del box de atención, donde el contacto con las cosas ha sido traído sólo como relato y no como una experiencia compartida por profesional y usuario fuera de los márgenes físicos de la institución.

Pakman (2010, 2014) nos recuerda la dimensión de aquello que está en un exceso de lo relatable desde el concepto de *sentido*. Siguiendo el ejemplo de aquel que visita un país extranjero, da cuenta de la posibilidad de acceder a aspectos de la experiencia, pese a no entender en absoluto el idioma y su estructura. Enfatizando la riqueza del espacio pre-reflexivo y pre-conceptual, Pakman hace un llamado a atender a todo aquello que está en aquel territorio intermedio que solemos excluir al movernos únicamente en el terreno del significado alojado en el lenguaje, y por tanto, en la conversación. Nos invita a hacer un movimiento hacia aquello que propone Nancy (2000, 1993, 1991 en Pakman, 2014) con la noción de *exscriptum*, para con ello acceder a “la realidad vívida (...) de donde provienen los signos y a la que permanecen siempre aunque ocultamente ligados, porque el sentido los mantiene al servicio de aquello que, en la textura sensual de su singularidad, los excede” (p. 79).

Habría entonces, un ámbito inexplorado en cómo se viene construyendo la psicoterapia, donde esta experiencia sensual en el contacto con el mundo, no sería relevada, sino únicamente aquellas conductas observables por el terapeuta y que carecen de la singular vivencia del consultante, o la búsqueda incesante de significados inscritos en el universo del lenguaje.

Surge entonces la interrogante acerca de cómo vincular la práctica psicoterapéutica tradicional, que opera en la conversación y las narrativas del box, con la práctica de la VD y las potenciales hebras de sentido que pueden encontrarse ahí donde habitan los/as usuarios/as y se despliegan sus relaciones familiares. Pues si bien el psicólogo clínico sistémico parece manifestar interés en esto último, aún no ha mostrado contar con recursos que trasciendan el

escenario del lenguaje y se aproximen a lo que Bachelard (1965) denominaría “la poética de los espacios”, es decir, la experiencia del contacto directo con las cosas.

Se constituye así un problema relevante para la psicología clínica, sobre todo de aquella que se desenvuelve en un contexto público de atención, que se desprende en el encuentro de estos dos espacios, el psicoterapéutico y el domiciliario, surgiendo la inquietud respecto de la posibilidad de integrarlos o hacerlos dialogar, para visualizar con ello las condiciones, alternativas y limitaciones. El escenario desde el que se intentará resolver esta interrogante será el de la psicoterapia sistémica, buscando hacer emerger desde el dispositivo de la VD elementos que la perturben, la cuestionen, y generen nuevas posibilidades para su práctica.

A partir del problema teórico propuesto anteriormente, es posible plantear la siguiente **pregunta**, que guiará la presente investigación:

¿Cuáles son los sentidos que emergen en el encuentro entre terapeutas y consultantes, en el marco de visitas domiciliarias que forman parte de un proceso psicoterapéutico sistémico de instituciones de salud mental públicos?

Para dar respuesta a esta pregunta, se optó por un estudio exploratorio con un diseño analítico-relacional (Krause, 1995) sostenido en una metodología cualitativa. Se optó por una metodología cualitativa por su aproximación comprensiva y holista a los fenómenos sociales, dando cabida a una profundización y comprensión de los procesos a estudiar que permite un nivel de complejidad acorde a los objetivos que se plantean. Se pretende acceder a un mundo rico en contenidos, que luego sean analizados de un modo comprensivo y no puramente descriptivo, para con ello mantener la perspectiva de los actores involucrados en la realidad social en cuestión, en interacción con la de la propia investigadora (Sandoval, 2002).

Este abordaje permitirá, en primera instancia, examinar aquellos aspectos singulares que tanto terapeutas como consultantes reconocen en la instancia de VD, dando cuerpo a lo que se ha definido como experiencia de sentido, y por lo tanto de la poética del espacio que se despliega en dicho encuentro.

El **objetivo general** será comprender los sentidos que emergen en el encuentro entre terapeutas y consultantes, en el marco de VD que forman parte de un proceso psicoterapéutico sistémico de instituciones de salud mental públicos.

Objetivos específicos:

- Distinguir los modos singulares de *habitar* los espacios domiciliarios de los/as consultantes.
- Interpretar los sentidos que toma la relación terapéutica cuando ésta ocurre en el espacio domiciliario.
- Analizar las implicancias que tiene la experiencia de la VD en el proceso terapéutico, desde la perspectiva de terapeutas y consultantes.

Esta tesis tiene una relevancia teórica, pues si bien es amplio el conocimiento que se ha generado desde el trabajo social en relación a la VD, y los modelos teóricos y metodológicos asociados a su práctica, aún es escaso lo que se ha propuesto en relación a su vertiente terapéutica, e inexistente desde disciplinas como la psicología (Gonzalez, 2006; Quiroz, 1994). Y desde la misma psicoterapia, cualquier alternativa de intervención que escape al diálogo en el encuadre del box puede tener implicancias en términos teóricos, al trascender márgenes estéticos que son parte de la tradición de los diversos enfoques y por lo tanto de la tradición del dispositivo terapéutico. Esto incluso en modelos sistémicos que, como se dijo anteriormente, manifiestan un abierto interés por los contextos y relaciones que se tejen en el entramado social de los/as usuarios/as, pero continúan manteniendo su operar entre las paredes de una consulta. La posibilidad de ir generando espacios de encuentro entre modelos teóricos y metodológicos que se han encontrado parcelados en las disciplinas de la psicología y el trabajo social, puede dar cabida a puentes dialógicos y reflexivos, que brinden nuevas alternativas de abordaje para un trabajo más integrado, donde lo *psico* y lo *social* no parezcan dos esferas divorciadas en la comprensión de las problemáticas humanas.

Este estudio pretende entonces, generar una primera aproximación que, además de contribuir en términos teóricos, promueva una relevancia práctica pues favorecerá la emergencia de estrategias de intervención fundamentadas, de la mano con equipos clínicos que reconozcan en su operar elementos útiles y coordinados. Con ello, posibilitaría la generación de lineamientos de acción para orientar las nuevas demandas que propone la política pública al quehacer terapéutico.

Estos elementos podrían incorporar, además, dimensiones que trasciendan la conversación como única tecnología de intervención, toda vez que se integra un ámbito fenomenológico que está recién empezando a ser valorado nuevamente en las prácticas de intervención sistémico-relacionales (Pakman, 2014).

Por último, es posible reconocer un aporte en términos éticos, al favorecer procesos más integradores, que no continúen reproduciendo lógicas descontextualizadas e irreflexivas de los problemas que enfrenta nuestra población. Quizás de ese modo se pueda contribuir a que la VD empiece a desmarcarse de prácticas de control social que operan actualmente (con intervenciones asociadas al “rescate” o a la psicoeducación, que pretende siempre ser más directiva que exploratoria) y se aproxime a la idea que le dio vida: el interés por el escenario relacional donde surgen las problemáticas y por lo tanto también las posibilidades de resolución

MARCO TEÓRICO

1. Dispositivo psicoterapéutico tradicional y su operar en box

Para evaluar si la VD puede tener un espacio en la práctica psicoterapéutica, resulta fundamental realizar previamente una revisión respecto de cómo ha operado tradicionalmente este dispositivo, tomando en consideración los diversos enfoques y modelos teóricos que han emergido en su historia.

Cuando hablamos del concepto de dispositivo, hacemos alusión a la propuesta foucaultiana del mismo. Deleuze (1990) realiza una lectura interesante de cómo comprenderlo, sobre todo en términos históricos, pues ningún dispositivo se configuraría como una estructura estática, sino más bien constituye un compuesto -siempre en desequilibrio- de líneas que se entrecruzan respecto de la enunciación, la fuerza, el poder y por lo tanto el saber, así como de producción de procesos de objetivación y también de subjetivación. El movimiento entre estos diversos y simultáneos elementos, provocan variaciones y cambios permanentes.

Conviene aclarar entonces, que cuando pensamos un dispositivo, cualquier sea éste, con su respectiva tradición y mecanismos de validación, nos encontraremos al mismo tiempo con un proceso histórico y otro actual (Deleuze, 1990). A continuación, referiremos al primero, aquel que se ha sedimentado producto de la tradición en psicoterapia. Pero con ello estaremos dando espacio también a imaginar las posibilidades del segundo, es decir, cuánta cabida se le da a lo que este autor, a partir de la propuesta foucaultiana, denominaría líneas de actualización o creatividad. Allí donde la VD podría –o no- adquirir algún sentido.

Es posible hacer una doble lectura de esta tradición, primero en términos conceptuales, es decir, aquello que define la psicoterapia como tal, y luego en términos estéticos, lo que da espacio a un análisis de las prácticas que la caracterizan.

Respecto al primer punto, se incorporará inicialmente el origen etimológico de la palabra psicoterapia, la cual proviene del griego *psikhé* que podría traducirse como alma y *therapeia*, es decir, curación o tratamiento. Esto alude a la posibilidad de que una persona, el psicoterapeuta, pueda llevar a cabo un proceso orientado a que otra persona, el paciente, presente un cambio positivo (Kleinke, 1995; 21 en Arredondo y Salinas, 2005; Morales, 1998). Concepciones de psicoterapia emanadas de diversos enfoques coinciden en describir que en el proceso terapéutico participa un consultante o paciente que trae algún problema y un terapeuta que intenta ayudarlo a encontrar soluciones de modo coherente con su formación profesional, con el objetivo de aliviar un dolor o malestar (Berríos, 1999 en Arredondo y Salinas, 2005). Dicho proceso se verá influenciado, a su vez, por lo que el terapeuta considere como la meta del ser humano, evidenciándose que en la función terapéutica el cambio psíquico y la relación con el terapeuta son dos elementos centrales (Morales, 1998), jugando la alianza un rol fundamental, pues potenciaría la fuerza del cambio al aportar un contexto de seguridad, apertura y cooperación (Opazo, 2001 en Arredondo y Salinas, 2005).

Si bien en términos conceptuales nada parece apuntar a aspectos referentes al *setting*, curiosamente esta dimensión estética ha sido preservada y escasamente cuestionada desde los diversos enfoques clínicos. Tanto así, que la práctica de encuentro entre profesional y consultante en el espacio de un box se asume como obvia. Cuando hablamos de una “sesión”, no pensamos en un escenario distinto de éste, aun cuando en los distintos modelos y estilos terapéuticos exista gran variabilidad (sillón, escritorio, diván, etc). Sólo algunos autores como Jerome Frank (1988) entregan argumentos respecto del porqué de que el encuentro se realice en la consulta y no fuera de ella, dando cuenta de que aquel espacio otorgaría validación y prestigio al terapeuta y a su vez, generaría un clima de seguridad y confidencialidad.

El encuentro en un box forma parte de lo que Frank (1988) denomina “ritual terapéutico”, comprendiéndolo como todo aquello que se mantiene irrefutable en el modelo de trabajo y que mantiene el sentimiento de competencia del terapeuta. “Incluso si el paciente no mejora sabes que estás haciendo lo correcto” (Frank, 1988; p. 18).

Estas prácticas que se van reproduciendo de un modo incuestionable, dan espacio al concepto de institucionalización de Berger y Luckman (1968), pues develan un proceso en que ciertas verdades en relación a una actividad humana, son transmitidas de una generación a otra al haber sido objetivadas y, por lo tanto, validadas. Desde esta lógica es posible explicar que el operar en box resulte ser una práctica idiosincrática en psicoterapia, aun cuando no habría razón para pensar que el cambio psíquico o la alianza terapéutica, elementos que definen lo “terapéutico”, dependan de dicho encuadre.

En dicha institucionalidad del operar de box es posible reconocer una relación de poder desigual y asimétrica, rastreable desde los inicios de la psicología clínica (Foucault, 1999). Foucault (2006) hace una relación con la confesión cristiana, pues sería el antecedente histórico de la psicoterapia tal como se la conoce hoy. Nos encontramos, entonces, ante elementos estéticos fundamentales propios de una tecnología de disciplinamiento en que tanto sacerdote como psicólogo comparten el dominio sobre las reglas que dictan la relación con el creyente y paciente respectivamente, con una arquitectura característica, el minimalismo de los espacios de control y la relación estrecha con la institucionalidad.

2. La Visita Domiciliaria desde el Trabajo Social: una técnica moderna

Autores como González Calvo (2003) y Quiroz (1994) realizan una aproximación a la VD como dispositivo de intervención terapéutica en la práctica del trabajo social. No es posible encontrar en la literatura propuestas teóricas y/o metodológicas que provengan de la psicología, dejando en manos de algunos trabajadores sociales dicha tarea, inspirados por modelos sistémicos que más que introducir nuevas propuestas, replican técnicas de terapia familiar (Quiroz, 1994), cambiando únicamente la locación del box por el living de una casa. Pero más tarde nos referiremos a esto último.

Relevemos primero el rol histórico que han tenido los/as trabajadores/as sociales en toda práctica que ocurre más allá de los muros de los dispositivos de salud. Si bien hay quienes sitúan la visita domiciliaria desde un origen religioso², el modo como se la conoce hoy surge a partir del trabajo de las *visitadoras amistosas*, a principios del siglo pasado. Una exponente de esta práctica, Mary Richmond, fue precisamente la precursora del Trabajo Social pues fue quien comenzó a sistematizar, en la primera mitad del siglo XX, la visita como intervención, con un especial énfasis en el nexo entre los problemas de las personas y su contexto. Dentro de este sistema más amplio, los contextos, Richmond valoraba especialmente el rol de la familia, incluyéndola tanto en el proceso de diagnóstico como en el tratamiento. Fue la primera en connotar la diferencia de jerarquías que acontecía en el espacio domiciliario, pues aseguraba que allí, a diferencia del despacho, eran las familias quienes se situaban como anfitriones, con la comodidad que conlleva estar ubicado en el propio terreno (González Calvo, 2003).

En relación a los planteamientos teóricos desde los cuales se le da sustento a la intervención domiciliaria, se proponen algunas líneas como la de Najmanovick (1995, en González 2014), quien señala que “el contexto no es un ámbito separado, es parte del sistema, nada se define de manera absolutamente independiente” (p.12), dando cuenta con ello de la posibilidad de vincular esta propuesta metodológica con modelos como el Ecológico de Bronfenbrenner (1987), que posiciona al ser humano siempre en relación con los diversos sistemas de los que es parte.

Dichas propuestas relevan el potencial informativo de la VD, rescatando el primer axioma de la comunicación humana de Watzlawick (1997) “es imposible no comunicar” (p. 67). No obstante, generalmente esta idea se vincula con la premisa moderna en la relación observador-observado, pues se propone al trabajador social como un codificador de mensajes, dejando entrever la posibilidad de acceder de modo objetivo a la realidad, en este caso, domiciliaria, ignorando el lugar del propio observador desde posicionamientos posmodernos

² Valentín González Calvo (2013) desarrolla plenamente este postulado, rememorando la imagen popular de la Virgen María como la primera visitadora por excelencia de los hogares. Se realizan ritos reconocidos por el Vaticano que sostienen esta creencia.

y específicamente la cibernética de segundo orden, que lo sitúa como parte del sistema observante y por tanto en una relación recursiva con éste (Henríquez y Rodríguez, 2011).

Este acercamiento con pretensiones de neutralidad se inicia con las propuestas de Richmond (González Calvo, 2003), toda vez que ésta evitaba realizar preguntas que pudieran ser contestadas con la mera observación. Por décadas, las VD realizadas desde el trabajo social supusieron acercamientos con pretensiones de objetividad (Quiroz, 1994; González Calvo, 2013), lo que recién a fines del siglo pasado empieza a mostrar un incipiente cambio.

Lo anterior no debiera sorprender, pues volviendo a la historia, esta vez de esta disciplina en Chile, sus inicios surgen desde una perspectiva conservadora y elitista representada por las profesionales que la ejercían, en que el modelo asistencialista³, propio de la época, hacía aparecer a un otro disminuido, en “una suerte de decadencia moral que era necesario remediar con estrategias instructivas de diversa índole (...) se los calificaba de seres inertes, perezosos, a la espera permanente de que las situaciones se resolvieran por si mismas” (González, 2014; p. 47). En dicho escenario, las entrevistas en el domicilio eran una fuente más de acceso a la información (en tanto “datos”), donde la definición vertical de la realidad resulta ser el camino para activar los mecanismos de verificación y control de aquello más o menos beneficioso para la familia y su entorno.

Luego de un giro epistemológico que impactó fuertemente a las ciencias sociales y las disciplinas psi a partir de los años 70`, se introducen perspectivas derivadas de la Cibernética de Segundo Orden⁴, con énfasis en el rol de los propios profesionales y cómo éstos se ponen en juego en la interacción con la familia. A esto se agrega la relevancia dada al enfoque sistémico, con una noción cada vez más relacional y circular en la comprensión de dicho

³ Esta perspectiva es coherente con el nombre que tuvo - y todavía mantiene en algunos contextos- esta profesión: “asistente social”. Para mayores antecedentes históricos, acudir a González, M. (2014) Inside Home. La Visita Domiciliaria de trabajo social como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940.

⁴ Concepto propuesto por Von Förster (1982 en Boscolo y Bertrando, 2004), para referir a la comprensión del observador como parte del sistema observado. De esta manera, observador y observado no pueden ser separados, generando un importante cambio en las propuestas de la modernidad.

entramado. Esto es, que cualquier cambio en uno de sus miembros, generará un efecto en todo el sistema, y viceversa (Boscolo y Bertrando, 2004).

En este tránsito, Quiroz (1994) va a definir la VD como

Una técnica privativa del Servicio Social que se aplica en el domicilio del cliente, a través de la entrevista y observación, con fines de diagnóstico e intervención y con el propósito de vincular el problema – síntoma – del cliente al sistema socio- familiar en la perspectiva de la circularidad de la causalidad (p.14).

En las propuestas de este autor, se muestra un claro avance hacia aplicaciones terapéuticas de la VD desde el trabajo social, específicamente desde el enfoque sistémico. No obstante, se puede leer en sus enunciados una evidente dificultad para abandonar del todo aquella (de)formación propia del desarrollo hegemónico de las ciencias sociales y de las disciplinas psi por más de un siglo. La idea de circularidad⁵ se entremezcla sin distinciones con conceptos como “observación” y un claro énfasis en el diagnóstico.

Se plantean una serie de objetivos asociados a la VD, referidos a la pesquisa, intervención y apoyo/reforzamiento (Campanini y Luppi, 1991), con lo que el trabajador social continuaría posicionándose en un rol de experto (Gergen y Warhus, 2006; Pérez, 2009), pues por medio de una aproximación privilegiada a los fenómenos familiares, logra estudiar las problemáticas para desde allí tomar las mejores acciones en vías de su resolución. En la misma línea, Quiroz (1994) propone otros objetivos relacionados, que son ampliamente citados por sus colegas trabajadores sociales (González Calvo, 2013; González Calvo, 2003; Aylwin y Solar, 2002), dando cuenta de que se mantienen vigentes a la hora de desplegar una VD. Entre estos se menciona: (1) obtener, verificar y ampliar información en el domicilio; (2) estudiar el ambiente social en que está inserta la familia; (3) informarles sobre el avance de la intervención; (4) controlar situaciones sociofamiliares; (5) reforzar tareas asignadas y (6) aplicar técnicas de intervención familiar. Pese al énfasis que se le otorga al respeto por la intimidad de las familias, en cuanto a la necesidad de transparentar los objetivos y las

⁵ La circularidad es un principio de la terapia familiar, que considera las constantes retroalimentaciones al interior del sistema, lo que contempla también al propio profesional (Boscolo y Bertrando, 2004).

condiciones de la VD, los fines de ésta continúan siendo intrusivos al reproducir una relación de poder donde los visitadores otorgan su saber, mientras los visitados lo ejecutan.

Ahora bien, es justo mencionar que pese a la mantención de conceptos como “verificar”, “informar”, “controlar”, “reforzar”, entre otros, se mencionan también consideraciones que es relevante tener en cuenta, dando inicio a prácticas más horizontales. Ya se señaló el respeto por la intimidad, a lo que se agrega el cuidado por no aparecer en un rol “policíaco” y la visualización de la familia como una unidad adaptativa en la que siempre es posible encontrar recursos. Como sugeriría González Calvo (2003), entonces, si bien hay VD que responden únicamente a fines asistenciales y de control, donde los profesionales no promueven la implicación de las familias en el propio cambio, hay otras que por estar ubicadas en una modalidad intermedia de asesoramiento, informativas y/o evaluativas, se van aproximando gradualmente a un fin terapéutico, lo que sí podría permitir cambios de segundo orden.

A estos aspectos, que van contribuyendo a humanizar al otro que ha estado por tanto tiempo objetivado, se suman también las ideas de Beder (1998 en Aylwin y Solar, 2002), quien considera indispensable una aproximación sensible a las familias por el impacto que tiene la VD en sus vidas y rutinas.

2.1 La evaluación en la VD como aproximación a la familia

Una de las ventajas señaladas por los autores para justificar el entusiasmo por la VD, es la posibilidad que brinda de evaluar la interacción entre la familia y su espacio. González Calvo (2003) sustenta la intervención en una serie de categorías que el trabajador social requiere observar. Entre ellas se cuentan los valores, es decir, aquellas metas que guían su funcionamiento familiar, lo que puede quedar de manifiesto en su relación con aspectos espirituales-religiosos, el dinero, la salud, la estética, entre otros. Así también, habría una serie de mitos o creencias compartidas por los miembros de la familia, que operan como mecanismo defensivos ante posibles amenazas. La jerarquía y límites, por otro lado, hablan de cómo se distribuye el poder al interior del sistema y en su relación con el medio, lo que se puede constatar en el lenguaje, el uso y distribución de los espacios. El ciclo vital y la

existencia de posibles duelos, se podría evidenciar en el abordaje o evitación de algunos temas por parte de la familia, con las consecuentes resistencias a que algún miembro que ya no está sea desplazado si se reutilizan los espacios que dejó inhabitados al marcharse/morir.

Por último, los rituales, que aportan a la función de comunicación y estabilidad interna, junto con los secretos que se han guardado celosamente, podrían ser aspectos en los que el profesional tenga un sesgo a propósito de su propia historia de vida.

Además, el autor entrega una serie de tips respecto de cómo favorecer un examen lo más acucioso posible de los ámbitos mencionados, con el fin de establecer un mapa exhaustivo del funcionamiento familiar en el hogar. Otras trabajadoras sociales (Aylwin y Solar, 2002) han avanzado en la sistematización del interés por la observación, creando y adaptando guías de evaluación para explorar este vínculo entre familia y espacio (por medio de entrevistas, el ecomapa y cuadros de redes), junto con otros aspectos, como la relación de cada miembro con el medio, las pautas familiares, fuentes de conflicto, sistemas de bienestar, estructura y organización, jerarquía, roles, reglas, límites y el lazo entre amor, cuidado y afecto⁶.

Es posible reconocer en ambas propuestas la adscripción a modelos estructurales de terapia familiar, pues albergan indirectamente la noción de funcionalidad/disfuncionalidad. Pese a que no se hace uso explícito de estos conceptos, se releva el lugar de la organización, los roles, jerarquías, límites, ciclo vital, entre otros (Minuchin, 2003), en las consideraciones diagnósticas que debe hacer el trabajador social, bajo indicadores objetivos como expresión de síntomas inequívocos del mal/buen funcionamiento, siempre definido arbitrariamente por el profesional, lo que nos hablaría una vez más, de la pretensión de verdad universal.

Esto sería reconceptualizado más tarde por el propio González Calvo (2013), quien en los últimos años ha ido desarrollando nuevas aproximaciones a la VD, introduciendo la noción de narrativa espacial⁷, que da cuenta del valor de aquellos aspectos analógicos no por su

⁶ Para mayor detalle, consultar la “Guía de evaluación familia” de Aylwin y Solar (2002) a partir de la propuesta de Hartman, N. y Laird, J. (1983) *Family Centered Social Work Practice*. Free Press, New York.

⁷ Concepto que será desarrollado más adelante en este marco teórico.

cualidad objetiva sino porque permiten acceder a un diálogo con la familia donde sólo ella puede reportarnos su significado. Aquello queda explicado cuando asegura que

... la única interpretación válida de la obra es aquella que da quien/es la crean. Los profesionales en un ejercicio de soberbia podemos tener la tentación de interpretar cada palabra de ese libro, o cada pincelada de ese cuadro, pensando que es la correcta a la luz de la ciencia que nos ilumina. Nada más lejos (p. 160).

2.2 Aproximación terapéutica de la VD desde el trabajo social

Si bien se ha reconocido el alcance terapéutico de la VD en el abordaje del trabajo social, continúan siendo insuficientes los modelos que apuntan a ello. Entre los que podrían destacarse, se encuentra la propuesta de Quiroz (1994), quien en un esfuerzo por rescatar los postulados de la terapia familiar, sobre todo de la Terapia Sistémica de Milán (Boscolo y Bertrando, 2004, Bertrando y Toffaneti, 2004; Selvini Palazzoli et al., 1980), ofrece un modelo de 10 pasos, al que denomina Modelo Circular de la Visita Domiciliaria, cada uno de los cuales cuenta con una serie de puntualizaciones y recomendaciones respecto de lo que es dable o no realizar.

La primera etapa es la de (1) planificación, que considera el contacto inicial con la familia y aspectos relativos al encuadre institucional, con los consecuentes objetivos que se irá a abordar. Luego se (2) formulan hipótesis, a partir de conexiones que permitan vincular la situación problemática con aquellos nudos de significado al interior del sistema, además de brindar un contexto inicial de organización a partir de una visión más amplia y articulada. La (3) llegada a la casa, luego, es crucial para el autor, pues señala una serie de instrucciones protocolizadas que, según su criterio, favorecerían un adecuado acercamiento (saludar, dar la mano, etc). En este primer contacto, la (4) fase social es fundamental pues requeriría a su vez el uso de estrategias que permitan ver a la familia en su “hábitat natural”. Más tarde vendrá el momento de (5) aclarar las motivaciones de la VD, con el criterio que requiere, desde esta perspectiva, no explicitar aquellos que se adhieran a un ejercicio de control social (Quiroz, 1994), manteniéndolos ocultos de manera que no sean descubiertos.

Las fases anteriores servirán de antesala para la etapa de (6) ejecución del plan, que consiste en una primera entrevista con fines diagnósticos, con la observación del ambiente físico y ecológico de la familia y la posterior entrevista interventiva con fines terapéuticos, que puede ser individual, diádica o incluir a todos los miembros del sistema. En la posterior (7) etapa crítica, se aborda directamente el problema, lo que implica discernir con quiénes se compartirá, favoreciendo la comprensión de éste como un síntoma relacional. Se explora la historia del problema y las soluciones intentadas para su resolución. Será entonces el momento de (8) confrontar las hipótesis, con retroalimentaciones de la familia respecto de diferencia y cambio, tal como postula el principio de circularidad. En la (9) fase final, se espera que la familia “ha aprendido que el contexto tiene mucho que ver en la generación de su problema –síntoma- y que deberá manejar ciertas técnicas (...)” (Quiroz, 1994; p. 42). Por último, se realizará un (10) análisis de los registros, que permita dar un adecuado cierre al proceso.

Lo dicho por Quiroz (1994) supone alcances gigantescos respecto a lo que históricamente se venía haciendo en trabajo social, al alejar la intervención de la VD del mero rol de control, evaluación e instrucción, para conectarla con propuestas claras y tangibles de alternativas de cambio a nivel relacional, donde sea la familia la protagonista. Peca quizás de situarla en una metodología que por lo estructurado de su secuencia, se convierte en una técnica que podría volverse fácilmente automática e irreflexiva, donde exista poco espacio a la improvisación y la agencia de sus implicados. Así también, no es posible hacer grandes distinciones entre dicha estructura y la que se ha propuesto por terapeutas sistémicos para un encuadre de box (Boscolo y Betrando, 2004, Bertrando y Toffaneti, 2004; Selvini Palazzoli et al., 1980).

González Calvo (2013) avanzará tomando mayores riesgos. Inspirado por otros marcos conceptuales, venidos desde la filosofía, la semiología y el construccionismo social, irá varios pasos más lejos en su crítica al papel enjuiciador que ha cumplido la VD en su labor diagnóstica. La piensa como un instrumento sobre todo al servicio del tratamiento, y con ello, de lo terapéutico, por su función orientada al cambio. Propone entonces un modelo comprensivo, en que el profesional no se posicione en un lugar jerárquicamente superior, sino que tienda a la igualdad en su relación con la familia, donde más que instalar su propio

saber, guíe un proceso en que sus miembros cuentan ya de antemano con conocimientos, habilidades y recursos que serán la llave para aquellos cambios que requieren.

Desde esta lógica, no cabría la suspicacia que ha caracterizado a intervenciones como la VDS⁸, en que se parte de la base de que la familia esconde información o deliberadamente. Tampoco tendría sentido reservarnos información respecto de las intenciones u objetivos de la VD, como sí proponen otros autores como Quiroz (1994).

Se otorga valor al contacto directo con la cotidianeidad que nos provee la VD, donde el trabajador social tiene la oportunidad de vivir en primera persona. El efecto terapéutico surgiría naturalmente, con el mero hecho de que la intervención sea realizada en el hogar, pues en éste habría una atmósfera o energía propicia para el cambio. Las hipótesis que le surgen al profesional a partir de la observación deben, entonces, ser expuestas abiertamente con los interesados, de manera de provocar un diálogo, que será en sí mismo el método terapéutico, “que nos den pie a preguntar/nos, hablar, plantear, explorar, profundizar, interconectar (...) durante la visita”⁹ (González Calvo, 2013; p.156).

3. La Visita Domiciliaria como Práctica en Salud Mental Comunitaria

La salud mental pública ha ido abriendo espacios de forma paulatina a una comprensión más relacional de las problemáticas de los/as usuarios/as, incorporando a la familia y la comunidad en su conjunto en las intervenciones que se llevan a cabo (Ministerio de Salud, 2001; Minoletti y Zaccaria, 2005). Al menos eso se intenta. Se le otorga un rol de mayor protagonismo al contexto, cuya observación y comprensión estuvo por muchos años ausente

⁸ Aquella Visita Domiciliaria Sorpresa, de rescate o de pesquisa que no es avisada previamente, con el fin de encontrar a la familia en una supuesta condición de mayor ajuste a su realidad cotidiana.

⁹ La propuesta de este autor se encuentra en plena elaboración. Se le contactó vía correo electrónico para fines de esta investigación, y explicita que prontamente publicará nuevo material asociado a este trabajo teórico, con lo que contaremos con mayores antecedentes que permitan profundizar en el mismo.

de la psicología clínica y la psiquiatría, delimitando su operar únicamente al campo de lo intrapsíquico.

Esto se traduce en un vacío teórico y técnico respecto de la VD y cómo llevarla a cabo, pese a la buena intención de incluirla en el ámbito público, lo que se traduce en lineamientos técnicos que si bien proponen intervenciones como la VD en diversos programas de salud mental, con participación de profesionales de disciplinas psi, sociales, y de otras áreas, no aporta referencias que sustenten dichas prácticas (Ministerio de Salud, 2001; Ministerio de Salud, 2008; Ministerio de Salud, 2009; Ministerio de Salud, 2013). En definitiva, no existe claridad de la utilidad de estas prestaciones. Todavía menos información sobre qué se espera de ellas o su eventual valor agregado respecto de otras modalidades de intervención.

A esto sumamos que existe una gran contradicción desde la creación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) y las sucesivas versiones de éste, pues se plantea un ideal de trabajo sustentado en el modelo comunitario, aun cuando la gestión concreta de las prácticas continúa basándose en el cumplimiento de metas cuantitativas que privilegian la atención tradicional asociada al modelo médico y por lo tanto al box, por la eficiencia en términos de rapidez en la atención (Ministerio de Salud, 2017).

Lo anterior da cuenta de cómo opera la institucionalidad, sujeta a la planificación instrumental, que tiende a homogenizar las prácticas humanas. La lógica comunitaria, en cambio, valora la diferencia, comprendiendo que las personas están situadas histórica, situacional y territorialmente, por lo que considera dicha singularidad como fundamental (Martínez, 2006). Las inconsistencias en las políticas de salud mental no sólo no consideran esto, sino que además olvidan que lo comunitario es precisamente aquello que “sostiene y justifica a lo institucional” (Martínez, 2006; p.18).

El modelo comunitario considera a la persona siempre en relación con sus sistemas de pertenencia, esto es, familia, redes, comunidad. Son sus productos y a la vez los producen, pues contribuyen de modo activo a construir contextos en los cuales emergen como sujetos sociales. La intervención comunitaria es armónica también con esta pauta reflexiva de

producción social, pues (de) construye contextos, al mismo tiempo que es transformado por éstos (Martínez, 2006).

Desde el año 2004 a la fecha, los Centros de Salud Mental Comunitaria han mostrado cada vez mayores estándares de eficiencia en términos de los tiempos de espera y cantidad de atenciones por año, en relación con las Unidades de Psiquiatría Ambulatoria de los Hospitales, que mantienen lógicas más normadas y por lo tanto más centradas en el box (Ministerio de Salud, 2017). Ahora bien, ¿qué ocurre con la eficacia? Es decir con ¿cuán efectivo resulta el abordaje comunitario tal como se está llevando a cabo?

Reconocidas han sido las diferencias en la implementación de este modelo en los centros de salud mental, donde es posible encontrar algunos que han avanzado cuantitativa y cualitativamente en desarrollos que incorporan el territorio para un ejercicio de derechos cada vez más pleno de sus usuarios y entorno, en contraste con otros que mantienen las metodologías y perspectivas asociadas al modelo médico y psiquiátrico tradicionales. Parte del diagnóstico realizado por el mismo Ministerio de Salud (2017) detecta que el problema se basa en la ausencia de un marco técnico que regule el funcionamiento de dichos dispositivos, además de la escasez de formación especializada de los profesionales, para el desarrollo de competencias en salud familiar y comunitaria¹⁰. Si a esto agregamos que el sistema de financiamiento continúa inyectando recursos a canastas de prestaciones en box y no afuera en el territorio, las opciones de avance se limitan todavía más.

Ahora bien, además de las buenas intenciones, asoman aislados logros concretos, que se traducen en la implementación de algunos programas de salud mental, sobre todo en APS, que incorporan prácticas comunitarias bien delimitadas (Ministerio de Salud, 2013). Ejemplo de ello es el Programa de Acompañamiento Psicosocial a niños, niñas y adolescentes, que desde el año 2016 introduce acompañamiento en el territorio, con la comunidad, en el

¹⁰ En el reciente Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, publicado por el Ministerio de Salud, se hace hincapié en la enorme brecha existente entre las propuestas que está movilizando la política pública y los enfoques de formación todavía predominantes en la gran mayoría de la Universidades y Centros de Formación Técnica, lo que dificultaría una mayor coherencia a la hora de llevar a cabo las transformaciones pretendidas (Ministerio de Salud, 2017).

domicilio y vía telefónica, todo con el apoyo de un gestor comunitario (Ministerio de Salud, 2017).

Otro ejemplo es el Programa Chile Crece Contigo (2009), el único que ha logrado generar propuestas bien fundamentadas y metodológicamente definidas respecto de intervenciones como la VD. Dada su condición de oasis en esta materia, se detallarán algunos de sus planteamientos, para dar cuenta de un ejemplo de cómo se lleva a cabo una prestación clínico-comunitaria con lineamientos claros que guían a sus profesionales.

3.1 VD en el Programa Chile Crece Contigo

Sustentado en la evidencia de efectividad de otras propuestas internacionales, este programa justifica el uso de la VD como principal modalidad de intervención (Chile Crece Contigo, 2009). Uno de los antecedentes relevantes, es la investigación realizada en Canadá en 2005 (Chile Crece Contigo, 2009), que determina los factores asociados a la eficacia de la VD, entre los que se destaca: una estructura flexible, participación voluntaria, estabilidad en la frecuencia y condiciones de la intervención, énfasis en las fortalezas y aspectos positivos tanto individuales como familiares, oportunidad de entrega de información, de monitoreo y de conexión con los participantes y los recursos comunitarios, realización de actividades creativas, habilidades profesionales de entrenamiento en empatía y confianza, establecimiento de límites adecuados, adaptación a las necesidades de la familia y respeto por la diversidad cultural (Ministerio de Salud, 2007).

Respecto de los modelos teóricos que guían esta propuesta, se destaca la influencia de la teoría de la auto-eficacia individual de Bandura, pues permite enfatizar la función que cumplen los profesionales que realizan la VD, al ser quienes potencian los recursos de cada miembro de la familia, para lograr el desarrollo de su confianza y rol activo en las metas propuestas. Se identifica además el modelo ecológico ya mencionado anteriormente, por la influencia de la familia, amigos y comunidad en la vida del individuo, considerándolos en la construcción del proceso terapéutico (Ministerio de Salud, 2017; Chile Crece Contigo, 2009).

Dado que este programa contempla objetivos que se sitúan específicamente en la relación entre padres e hijos/as en las primeras etapas del desarrollo de estos últimos, los modelos de intervención que promueve se orientan a fortalecer dicho vínculo. Entre ellos destacan aquellos basados en: (1) servicio y resolución de necesidades; (2) entrega de información; (3) apoyo y observación del comportamiento y, por último, (4) modelos centrados en la relación, que distinguen (a) intervenciones destinadas a la asesoría de apoyo y (b) otras que tienen un énfasis psicoterapéutico.

Nos detendremos en éstas últimas, pues se asocian de manera más directa con los planteamientos del presente estudio. La VD psicoterapéutica se plantea como una oportunidad “para ayudar a los padres a comprender las relaciones y experiencias de vida pasadas, que pueden estar determinando su accionar actual como padres” (Chile Crece Contigo, 2009; p. 21). El motivo de consulta, por lo tanto, se encontraría pre-definido por el mismo programa, pues aun cuando considera el contexto particular de cada familia, la construcción de los objetivos se estructura de antemano (relaciones y experiencias de vida de los padres), dejando en un lugar secundario las inquietudes que la misma familia pudiera plantear como parte de la definición- y resolución- del problema.

En cuanto al diseño que tienen las visitas domiciliarias, denominadas integrales¹¹ por la confluencia de variadas disciplinas en la intervención, éste se inicia con una definición conjunta en las reuniones de equipo de APS, para acordar los objetivos, actividades, resultados esperados, responsables y el tiempo destinado para ello, lo que es continuamente re-evaluado durante el proceso que se lleva a cabo con cada familia. La principal característica de las VDI es que son guiadas de modo proactivo y sensible. Se propone para ello el desarrollo de competencias del equipo que permitan establecer un vínculo de confianza con el/la cuidador/a principal del niño o niña, atendiendo a posibles resistencias de la familia respecto de la exposición de su intimidad. Algunos cuidados para favorecer esta alianza son el uso de un consentimiento informado, acuerdos respecto del encuadre (fecha, hora) y la claridad en los objetivos en el marco de un plan de trabajo más amplio (Chile Crece Contigo,

¹¹ En adelante VDI

2009). El tinte comunitario se entiende a partir de la realización de una práctica en el contexto natural de la familia (su hogar), además de la promoción de una relación más activa con su entorno y los servicios intra e intersectoriales. Para ello, el equipo se informa y les brinda nuevas posibilidades respecto de las redes disponibles.

3.2 Algunos desafíos comunitarios de la VD

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, ratifica una vez más su compromiso con el enfoque comunitario, en tanto pilar de todos los dispositivos “deben brindar la atención en espacios comunitarios (hogar, barrio, lugar de estudio y trabajo, etc.) y con participación de recursos de la comunidad (familia, vecinos, profesor, agentes de salud, religiosos, laborales, deportivos, culturales, etc.)” (Ministerio de Salud, 2017; p.40). Estamos aún muy lejos de dicho planteamiento.

Ya se ha dicho, progresos existen, no obstante la perspectiva profesionalizante y la institucionalidad que ésta conlleva, parece multiplicar los nudos de estancamiento, pues no deja espacio a la comprensión de que es la propia comunidad la que de mejor manera resuelve problemas en diversos ámbitos, de salud, socialización, crianza, educación, vivienda, entretención, soporte, seguridad, etc. (Martínez, 2006). Sólo por medio de reales acciones participativas (Martínez, 2006), que no pretendan únicamente diagnosticar y resolver desde el saber formal, sino amplificar el conocimiento y estrategias que provienen de la misma cultura, se podría alcanzar un avance significativo. Es de esperar que enunciados como “la atención de salud mental está inmersa y participa de esa realidad comunitaria y de su complejidad lo que le permite localizar recursos y crear alianzas (...)” (Ministerio de Salud, 2017; p.36), trasciendan el papel para transformarse en acciones de consecuencia.

4. La Fenomenología del Habitar

Es posible reconocer en el dispositivo psicoterapéutico tradicional un operar que responde a lógicas individuales y descontextualizadas, por lo que resulta novedoso y hasta desafiante incorporar miradas provenientes de otros saberes, como la fenomenología que plantea Heidegger (1951), que al hacerla dialogar con ideas de otros autores, nos permite una aproximación a aquello que ocurre en la relación íntima con nuestros espacios.

Sabido es que las personas gestan su historia, primero, en su origen familiar y las viviendas y espacios que habitan. Tanto así, que muchos de los relatos antropológicos parten de las huellas que han dejado ciudades, casas o templos, así como los elementos que los conformaron, pues son éstos el principal reflejo de los modos de vivir y relacionarse de sus habitantes (González Calvo, 2013).

Desde los inicios de la humanidad, las personas (y en general la especie animal) han necesitado de un lugar donde refugiarse, siendo su morada el espacio privado de protección y resguardo, aquello a lo que Bachelard le llama el nido, pues en nuestra naturaleza estaría acurrucarnos incluso sobre nosotros mismos, buscando un contexto de intimidad (Bachelard, 1965).

El modo como habitamos daría cuenta de cómo somos en el mundo. Esta aseveración es de suma relevancia y todavía podría ser incompleta, pues el ser humano no puede ser sino es habitando. A menudo cuando referimos al espacio, en este caso el domiciliario, asumimos que éste y la persona que lo habita son asuntos distintos. Relacionados, pero distintos. Pues bien, desde los planteamientos de Heidegger (1951), persona y espacio, refieren a dos aspectos de algo indivisible “el espacio no es un enfrente del hombre, no es ni un objeto exterior ni una vivencia interior. No existen los hombres y además espacio. Porque cuando digo “un hombre” y pienso con esta palabra en aquel que es al modo humano – es decir: que habita” (p. 6).

En esta misma línea, este autor propone la noción de “construir”, atingente al momento histórico en que escribe al respecto, por la dramática necesidad de construcción de viviendas que atravesaba Alemania en la postguerra. Lo define como un elemento central, pues si bien

el acto de construir perseguiría un fin o meta - la posibilidad de habitar-, construir y habitar serían en sí mismos, sinónimos, pues ambos refieren a la posibilidad de cuidar, de preservar la esencia en el pleno crecimiento¹². Las personas seríamos entonces, en función de nuestro habitar “yo soy es el cómo habito (...) el hombre es en la medida en que habita”¹³ (Heidegger, 1951; p.2).

La vivienda, por lo tanto, que es habitada por las personas y sus familias, daría cuenta inmediatamente del modo particular de ser de sus moradores. Porque no nos es posible desprendernos del existir junto a las cosas que están en nuestro mundo. Se hace mención a los estados depresivos, como aquellos en que por el mismo acto de ir perdiendo la relación con las cosas, se refleja la pérdida de interés que ha afectado nuestro ser (Heidegger, 1951). Desde esta lógica, no es posible construir modos estándar de habitar. No habría una mejor manera de estructurar la familia ni de superar la depresión. Las maneras estarían dadas por el modo particular de ser/habitar de cada persona.

Es posible relacionar lo anterior con la noción de *espacio* de De Certeau (2000), en tanto la riqueza que provee su condición de variabilidad y cambio. Las maneras de “hacer” son aquellas que proveen de juego a dicho espacio (o espacios de juego), lo que significa que cada espacio tendrá su propio modo de funcionamiento. El concepto de *lugar*, en cambio, conlleva una mayor estabilidad, donde se configuran posiciones estructuradas. Tanto si se trata de la casa o de una lengua, el modo de habitarlo es el que le dará su carácter de espacio.

¹² Para justificar este enunciado, acude al origen etimológico de construir (*bauen*) en el alemán antiguo, a partir de la huella que encuentra en la palabra compuesta *Nachgebauer* (que habita en la proximidad).

¹³ El mismo autor vuelve a hacer una revisión etimológica, de la que resulta que *bauen* sea asociada con la raíz *bin – Ich bin* (yo soy) (Heidegger, 1951). Resulta relevante mencionar además que en alemán, el verbo *sein* (cuya conjugación en primera persona singular es *bin*), es al mismo tiempo “ser” y “estar”, de lo que podemos desprender que no existe una diferencia entre ambos verbos como sí ocurre en el castellano. De ello podría deducirse que desde la perspectiva de este autor y su origen lingüístico, no se puede ser si no es estando y viceversa, lo que acentúa todavía más esta propuesta.

Tanto los relatos, es decir, el modo particular de habitar el lenguaje, como los caminantes en su condición de habitantes particulares de la ciudad, describen y fundan los espacios y por lo tanto las prácticas sociales que allí se desarrollan. Esto queda de manifiesto cuando este autor indica que “hay tantos espacios como experiencias espaciales distintas” (De Certeau, 2000; p.130).

Seamon (2013) propone, en cambio, otra conceptualización de *lugar*. Refiere a aspectos de un mundo que se orientan hacia afuera y hacia adentro. Dentro de los últimos estaría ubicado el hogar, por la intimidad personal y familiar que abraza, al estar en cierto sentido aislado del mundo público, controlando aquello que tiene o no entrada desde el exterior. Pero al mismo tiempo, necesita de ese universo externo para satisfacer necesidades básicas y crear relaciones sociales-comunitarias. Estos dos ámbitos ocurren simultáneamente y continuamente se contradicen, siendo parte de la amplia experiencia de lugar.

La utilización de técnicas como la VD en psicoterapia, podría promover, en términos heideggerianos un “dejar aparecer”, más cercano a la esencia del habitar particular del consultante. En la casa acontece la cotidianidad, con los aspectos únicos de la vida y la convivencia familiar (González Calvo, 2013; Heidegger, 1951). En el espacio del box, en cambio, el encuentro opera según las reglas propias del habitar del terapeuta y la institución de la que es parte (su encuadre), por lo que los significados que emergen corren el riesgo de parecerse más a éstos que al propio usuario.

No obstante, sería erróneo plantear que sólo en la VD tendremos acceso al habitar de nuestros usuarios, pues como plantea Heidegger (1951), no es posible hacer una distinción entre “espacio” y “hombre”, por lo que también cuando alguien acude al box, anda trayendo auestas su espacio. Pero sí podemos afirmar que, mientras encuadremos la conversación terapéutica únicamente en los márgenes de nuestro habitar, no seremos capaces de colaborar con el otro en la construcción de su propio habitar.

Además, al entrar a las casas, se podría pensar en un acceso al ámbito “hacia adentro” de la familia (Seamon, 2013), a diferencia de lo que ocurre hoy, pues dado que los dispositivos de salud están inmersos en la comunidad, solemos evaluar mucho más aquellos aspectos

“hacia afuera” y por lo tanto, únicamente aquellos relativos a su interacción con el mundo externo¹⁴. Al atrevernos a habitar junto con los/as usuarios/as en sus propios espacios, desde la curiosidad, los ayudamos a construir nuevas realidades con –y a partir de– dicha particularidad. Como plantea el autor con la noción de técnica (Heidegger, 1951), es la posibilidad de que aparezca el otro en lo presente, no sólo desde la artificialidad y pretendida neutralidad del box. Además, cabría la posibilidad de explorar los espacios de juego de los/as consultantes, aquellos que acontecen en su propia forma de experimentar sus espacios (De Certeau, 2000).

5. La Poética de la Visita Domiciliaria: un ámbito de nuevos sentidos

La poética, según Pakman (2011) en su origen etimológico derivado de la palabra *poiesis*, alude a “traer a la presencia” o “producir un mundo”, dando cuenta al mismo tiempo del énfasis en la singularidad y en la posibilidad de provocar espacios generativos allí donde ocurren.

Siguiendo la línea crítica de este autor, el paso de la Modernidad al pensamiento posmoderno, habría estado marcado fundamentalmente por el rol otorgado al lenguaje, pues saltó de ser considerado sólo un instrumento de representación fiel de la realidad a un sistema en sí mismo, con el cambio epistemológico que provocó el giro lingüístico. Dicha transformación fue inspirada por la filosofía de Wittgenstein (1999), donde el lenguaje asume un rol protagónico, pues lejos de reflejar –objetivamente– algo que se encuentra afuera –el objeto–, se configura como un eje que, de modo activo, construye la realidad de los sujetos y con ello los precede y los trasciende. Sería entonces, una acción conjunta que se configura

¹⁴ Un ejemplo de ello es que en la estructura de “examen mental” psiquiátrico, presente comúnmente en las fichas clínicas, consignemos aspectos relativos a la apariencia y presentación personal de los/as usuarios/as, catalogándola de adecuada o inadecuada para el contexto. Con esto, mostramos que la evaluación está situada en cómo se relaciona el sujeto con las demandas del mundo externo (y su capacidad de adaptarse a los encuadres institucionales que allí operan).

siempre en medios relacionales, dándole vida a quienes los conforman y al mismo tiempo dictando sus reglas de convivencia.

Lo anterior permea el modo como se venían desarrollando las ciencias sociales y específicamente lo que respecta a la psicoterapia, toda vez que ésta pasa de situarse en una lógica estructuralista, con la ciencia empírica que la sustenta (Pakman, 2014), a un espacio donde se ponen en juego las narrativas, la negociación de significados y la conversación (Molinari, 2003; White y Epston, 1993).

“Esto marca una diferencia notoria con la psicoterapia moderna-cientificista porque, a pesar de que en toda terapia se habla y está presente el lenguaje, en ésta el lenguaje es tomado como reflejo y representación de algo que está sucediendo, mientras que en la lógica posmoderna el lenguaje es concebido como acción, teniendo un rol fundamental en la construcción de la realidad de los sujetos y grupos humanos y por ende en la propia terapia” (Henríquez y Rodríguez, 2011; p. 32).

Pakman (2014) cuestiona el protagonismo del habla y los procesos de significación que éste conlleva como único escenario y vehículo del intercambio humano. Por lo tanto, también asume que no debería ser el locus de atención único del psicoterapeuta. Con ello, abre la puerta a que nos interese por aquello que se sitúa entre los significados y la materialidad, ofreciendo el emergente del *sentido*.

Es posible hacer mención a las propuestas de Bateson (1985, en Pakman 2014) que en su concepto de deuteroaprendizaje o aprendizaje de segundo orden, describe un nivel lógico en los procesos del ser biológico, donde la capacidad de aprender a aprender daría cuenta de un sentido que se aprehende para dar espacio a asimilar nuevos significados. Esta tarea estaría dada, a su vez, por un entramado de premisas lógico-emotivas que nos va orientando en la construcción de nuestros mapas del mundo, pero de las cuales paradójicamente no podemos dar cuenta, somos ciegos a ellas, por lo que las comprendemos como atributos del territorio, y por tanto como aspectos que lo anteceden (Bianciardi, 1993). Existiría, entonces, algo que determina de modo directo nuestro operar en el mundo, pero a lo cual no podemos acceder,

pues estaría en un nivel que excede nuestra conciencia y los significados que operan en ella. Es a lo que Bateson (1979 en Shotter, 2012) denominaría *contexto*, como aquel entramado indescifrable en el que vive el significado y que le da un uso, contemplando todo el entorno que influye en la forma que adquieren nuestras palabras y las diversas expresiones lingüísticas que sustentan la comunicación.

Otra noción que tributa a la de sentido es la “ecología del regazo” (Agamben, 1993 en Pakman, 2014), al proponer que las palabras comunican algo más que significados, dando cuenta del contenido afectivo que es parte del sentido de la vida. Este dominio sensoriomotriz queda oculto tras la aparición del habla, por el lugar preponderante que éste adquiere en el desarrollo humano, dejando exiliado el terreno de la experiencia. No obstante, ésta aparecerá en ciertas ocasiones, de modo fugaz o con mayor permanencia según cuanto sean amplificadas las imágenes que la constituyen. Este sería el evento poético, al que nos hemos referido y en el que nos detendremos más adelante.

Pero sería de Jean Luc Nancy que Pakman tomaría las hebras principales para la construcción de una teoría del sentido. Releva el concepto de *exscriptum*, como el acto de situar nuevamente en el campo extralingüístico aquella realidad vívida de la que nacen los significados y a los cuales se mantiene vinculados silenciosamente por medio del sentido (Nancy 2000, 1993, 1991 en Pakman, 2014). “Con la exscripción se da la posibilidad de que la incorporación de la experiencia empírica dentro de la inscripción de los signos que la representan y desvitalizan nunca sea total” (Pakman, 2014; p. 81). Se entiende, con esto, que la palabra le restaría a la experiencia su cualidad sensual, lo que sería revertido por medio de la emergencia de sentido que permite el exscriptum. “Abre así el mundo de los signos que habitamos a la materialidad corporal del sentido” (p.81). Al contrario de la inscripción, que por medio de un proceso de significación abstracto, vincula significado y significante desde una dimensión trascendente.

La exscripción permite, en consecuencia, el movimiento del sentido entre los cuerpos materiales, devolviéndole la vida y a su vez restándole control al sujeto, pues es algo que escapa a su manejo y ocurre en paralelo o a pesar de los mapas y símbolos tan cuidadosamente erigidos por él.

Nancy (2003) va todavía más allá en esta imposibilidad de capturar el sentido por medio de símbolos, cuando asegura:

Se debe tratar del sentido en cuanto que no significa, y ello no porque consistiría en una significación tan elevada, tan sublime, última o rarificada que ningún significante alcanzaría a presentarla, sino, por el contrario, en tanto el sentido es anterior a toda significación, en cuanto pre-viene y sor-prende todas las significaciones, a tal punto que las vuelve posibles, formando la abertura de la significancia general (o del mundo) en la cual y según la cual en primer lugar resulta posible que vengan a producirse significaciones. (p.13).

El vínculo con la materialidad da espacio a la emergencia de lo poético, referido a “experiencias cuya cualidad estriba en ser irrepetibles e ireemplazables como atributos de lo singular” (Pakman, 2011; p.246). Hablamos de todos aquellos eventos que no operan de modo cognoscible, sino como testimonios de un pasado de relaciones, apareciendo por medio de la memoria más allá de los signos del lenguaje. Surge como una especie de espíritu, una presencia inesperada, que permea el mundo de los significados y es reconocido por su textura sensual única. No existen dos experiencias poéticas iguales. Por lo tanto, el impacto que cada una de ellas tiene en una persona, es asimilado por cada quien como parte constitutiva de su identidad, aunque no le pertenezca, pues forma parte al mismo tiempo de la realidad que de sus procesos de subjetivación.

La realidad aparece intermitentemente por medio de imágenes, que son recogidas por la sensibilidad de la imaginación, siendo entremezcladas con ideas y la memoria, lo que las vuelve a la vida “el trabajo de la imaginación embruja al imaginario, que ha caído bajo la égida de los procesos de significación y permite romper con su función en el proceso hegemónico de las micropolíticas dominantes” (Pakman, 2011; p.204). Ahora bien, se podría incurrir en el error de confundir la sensualidad del acto imaginativo con la esfera de la percepción sensorial. Pakman (2011) nos aclara que si bien el acto poético ocurre con la

implicación de ésta, siempre aparece en un todo imbricado de modo indiferenciable con el ámbito de la razón plagado de significados.

Respecto de la relación entre la poética y el espacio domiciliario, Bachelard (1965) ilumina zonas de comprensión por medio del análisis que realiza de los espacios. Entiende la poética como un medio que nos aproxima del modo más transparente posible a aquello que experimentamos en nuestro contacto con el mundo. Adscribe a lo que propone J.H. Van den Berg cuando dice que “los poetas y los pintores son fenomenólogos natos” (p. 16), al permitir nuestro encuentro con las cosas. Se da menor importancia a lo que podríamos denominar “racionalización”, imponiendo por sobre ella a la experiencia. Este autor se ocupará del poder de nuestra casa para evocar múltiples imágenes, transportarnos a otros tiempos y a diversos recuerdos, que sólo ese espacio íntimo es capaz de inspirar.

Esto, que vivimos de maneras diversas en nuestro contacto con el/los espacio/s, se asocia desde la propuesta de Bachelard (1965) a que “las cosas nos hablan” (p.16) y por lo tanto la relación con ellas siempre construirá un diálogo a partir de la experiencia. Podemos encontrar, aquí, una primera tensión en relación a la tradición de box de la psicología clínica, que radica precisamente en la idea de que el contacto con las cosas genera significados. Por ello la relevancia que desde propuestas como ésta se le otorga a la localización de la intimidad en los espacios a partir de la imagen y no sólo de los hechos, en términos bachelardianos y también desde lo que propondría Pakman (2011) en relación a lo singular, trascendiendo con ello lo puramente lingüístico.

La VD, entonces, podría favorecer un tipo de encuentro dialógico que incorpora el contacto único y directo con aquellos espacios que evocan y nos conectan con distintos significados relativos a nosotros y nuestra historia. Pues para Bachelard (1965), existe una gran dificultad para distinguir lo real de lo irreal, y si acaso algo permite vincular la imaginación con lo real es la acción doméstica, es decir, la relación cotidiana y por tanto continua que mantenemos con todos aquellos objetos que son parte de nuestro hogar. Las cosas no tienen vida o relevancia en sí mismas, sino que la adquieren toda vez que nos contactamos con ellas.

Y para Pakman (2011), la VD podría implicar ir todavía más allá de los significados, al mundo de los sentidos, donde la imaginación en sí misma es relevante, pues excede nuestros esfuerzos por incluir todo en la conversación. La particularidad de la experiencia siempre quedará fuera, marginada de los significados que operan en el diálogo terapéutico. Es pensable, entonces, un operar profesional que preste mayor atención sobre esta exclusión, brindando espacio a un universo de sentidos emergentes, que podrían aparecer de modo más vívido en el contacto con la materialidad que nos brinda, por ejemplo, la casa.

Como se mencionó en un apartado anterior, recientemente se han desarrollado propuestas respecto de la VD que rozan algo del potencial poético al que hemos hecho referencia. González Calvo (2013) ha instalado la noción de *narrativa espacial*, que escapa a la tradición hegemónica del discurso, planteando la posibilidad de contactarse con las historias invisibles de los diversos rincones de la casa

Los muebles, los techos y los suelos, las cortinas y puertas (...) tuvieran escrito en letras in-visibles renglones y páginas de lo que los habitantes de ese lugar nos quisieran decir a los visitantes, y se quisieran decir a ellos mismos. Es como si la casa fuera un gran libro escrito con tinta invisible. (p.160).

Refiere a esta capacidad de comunicar de los espacios, en un ejercicio de construcción conjunta en la que participan todos quienes habitan en ellos, erigiéndose así como personajes de un escenario espacio-temporal que opera en función de un guion.

Se expresa, en palabras de este autor, una experiencia intersubjetiva compartida, rescatando con ello el carácter fenomenológico que tiene el encuentro con la casa. No obstante, para él el énfasis del encuentro domiciliario se ubicaría en la opción de acceder a metáforas y símbolos (Gonzalez Calvo, 2013) y con ello, mucho más al ámbito de la razón cargada de significados, que a la cualidad sensible y por tanto singular de la poética señalada por Pakman (2011). Esta distinción es delicada pero relevante, pues nos permite confirmar que aún aquellas intenciones más contestatarias y revolucionarias en torno a la VD, han sostenido el tradicional paradigma del lenguaje como la columna vertebral de lo

psicoterapéutico. Tanto así, que continúa operando en la analogía del texto y las narrativas que ha caracterizado a los modelos surgidos luego del giro lingüístico.

Rescataremos, sin embargo, el carácter intersubjetivo que propone González Calvo (2013), pues volviendo a Nancy (2003), entenderemos *sentido* siempre como un emergente que acontece en una relación. No es posible remitir a una esfera puramente individual, pues el sentido aparece en y desde el contacto entre cuerpos y las múltiples singularidades que interactúan con un sujeto. Referimos, entonces, a un sentido que está en permanente movimiento y cambio, pues se vincula con un contexto, un momento histórico, una cultura y todos quienes la conforman. En palabras del autor “lo abierto vuelve apretada, trenzada, estrechamente articulada, la estructura del sentido en tanto sentido del mundo” (p.7).

Por último, comprenderemos también a este sentido, no sólo en diálogo con los significados y la sensibilidad de la experiencia, sino además como un guiño que nos orienta permanentemente en alguna dirección. Holzapfel (2005) señala que los seres humanos dotamos al mundo de sentidos como un modo de orientarnos en él, justificar nuestras acciones y evitar el extravío existencial. El mundo, entonces, es “nuestro mundo” en tanto que nos dona, a su vez, sentidos, en un ejercicio recursivo permanente. Dentro de las fuentes dispensadoras de sentido, encontramos aquellas que el autor define como *icónicas*, describiendo el proceso a través del cual el sentido se vincula a significantes, lugares y objetos que representan algo para nosotros y por lo tanto se cargan de sentido. Entre éstas estaría la casa, que se configura como “nuestro hogar”, precisamente por ese acto dispensador que nos otorga y otorgamos a todo lo que existe ahí.

6. Dimensión Micropolítica de la Visita Domiciliaria: Un espacio de resistencia a la gubernamentalidad

Múltiples son los cuestionamientos que podrían surgir en relación a cómo se han venido haciendo las VD en los dispositivos de salud mental, precisamente porque los objetivos han estado asociados, desde el trabajo social (González Calvo, 2003), a una pretendida obtención

objetiva de información - como datos y no como diferencia que abra espacio a la perturbación-, a la evaluación también en una lógica de primer orden del ambiente social y familiar, y/o a una aproximación terapéutica, pero siempre desde un operar instructivo del profesional hacia el sistema consultante.

Tanto la VD al alero del trabajo social, como la psicología clínica con sus diversos dispositivos, se ha ocupado, desde una intención disciplinaria, de devolver a las personas a los parámetros de lo establecido, por medio del diagnóstico y la intervención (Foucault, 2006). Con ello, prácticas como ésta parecen continuar contribuyendo a la reproducción de lo que Foucault (2002) denominaría sujetos sometidos, dóciles, que se entregan de manera aparentemente voluntaria a un status social que los aleja de la acción política y les permite responder adecuadamente a los cánones de producción exigidos.

Resulta atractivo pensar en la posibilidad de que este tipo de prácticas puedan, en cambio, transitar en la dirección de lo propuesto en el último apartado, es decir, a la relación con el propio *habitar* de los/as usuarios/as, donde un encuentro domiciliario implicaría necesariamente un rescate de las particularidades de cada espacio. Si la visita nos interesa en tanto es el lugar donde habita el consultante en términos heideggerianos, el énfasis estará puesto en el sentido que en su “ser” cobra ese espacio, y no en un sentido objetivo, como ocurre cuando pretendemos buscar indicadores o características estructurales desde las cuales definir generalidades o categorías diagnósticas.

Respecto de estas particularidades, conviene hacer alusión al concepto de alteridad que desarrolla Rubilar (2013) en su trabajo doctoral respecto de la relación entre profesionales y los sujetos con los que trabajan. Dando cuenta de la relevancia que adquiere atender a esta diversidad a la hora de proponer e implementar acciones de intervención social, asegura que no sólo se debe tener en cuenta la multiplicidad de grupos culturales, sino los modos en que éstos se vinculan con otros y entre sí. Este sería el único mecanismo que permite, en el caso

de los/as usuarios/as de los sistemas de salud, reconocer su *alteridad*, pues hace justicia de las dinámicas concretas que se establecen en una comunidad.

Para esta autora, trabajadora social de profesión, resulta fundamental que se produzca una deferencia en el acercamiento a otro, respetándolo y reconociéndolo precisamente en su condición de diferencia “como deseo de trascendencia, que hace que la revelación del otro sea acogida por uno que ya le espera” (p. 83). Esta aproximación sólo podría obtenerse en la articulación de intereses, donde ni profesional ni usuario se fusionan con el otro - o se sacrifican por el otro, también podría decirse -, sino que se reconocen mutuamente.

Desde estas premisas, una visita, como todo encuentro, estará sujeta a un proceso de co-construcción donde usuario y terapeuta se ponen en juego, pues el psicólogo no puede tampoco desprenderse de su propio habitar. La tradicional pretensión de neutralidad, con todo lo ya expuesto, pierde toda posibilidad. La diferencia con el escenario del box, radica en que el terapeuta puede brindar espacio a que el/la usuario/a proponga, en palabras de De Certeau (2000), sus particulares “modos de habitar”, es decir, aquellos espacios de juego y por lo tanto las reglas que son propias de cómo funciona. Es posible ir avanzando desde las reglas del terapeuta y su encuadre a las que son propias del habitar del/la usuario/a y su familia.

En una sociedad que ha ido aproximando la salud mental cada vez más a lógicas de seguridad (Foucault, 2006), donde el Estado se cerciora, por medio de políticas públicas y planes de intervención, de aproximar a sus habitantes a un funcionamiento aceptable, centrándose en estadísticas globales que poco atienden a las realidades particulares, surge una dimensión ética que resulta relevante destacar. Las VD en este contexto suelen ser llamadas como “rescate domiciliario”, dando cuenta de que su objetivo se asocia principalmente con favorecer la adherencia de los/as usuarios/as a un tratamiento que provea un marco de control sobre ellos, al servicio de la *gubernamentalidad*, más que relevar el

carácter que inspiró su surgimiento desde el trabajo social: el interés por el escenario relacional y contextual donde surgen las problemáticas y por lo tanto también las posibilidades de resolución. Situar a las personas en primer lugar, en relación a este (su) escenario particular, contribuye a hacer distinciones en la singularidad y alteridad de cada usuario, que perdemos de vista cuando las reducimos a meras categorías, medidas y cifras.

La *micropolítica* señalada por Pakman (2006) apunta precisamente en esta dirección, al relevar que el escenario psicoterapéutico puede contribuir, o no, a que los/as consultantes promuevan la conciencia de su propio poder como actores sociales. Plantea una importante crítica a todas aquellos mecanismos disciplinarios que han contribuido a la objetivación negadora de la singularidad, de la diferencia, donde la norma y la abstracción que ésta conlleva, contribuye a perpetuar una y otra vez las prácticas de sujeción y control.

En el campo de la salud mental (...) la tecnificación de los modelos, la uniformidad de las formas interpretativas y la afirmación meramente declarativa de lo singular nos engloban nuevamente en el impasible ritmo de una mente disciplinada, no sólo en el sentido de la habilidad racional, sino de la regimentación. (Pakman, 2011; p. 224).

Sería lo poético aquello que nos desvía de la pauta disciplinar, al recordarle a la psicoterapia que su territorio se asemeja más al de las particularidades de la experiencia humana que al de aquellos contruidos sobre modelos y patrones de abstracción teórica. “Esa experiencia poética no deja que las palabras y el mundo de signos en que vivimos como humanos se vuelvan un camino sin retorno hacia la abstracción asensual” (Pakman, 2011; p. 227). En definitiva, le devuelve al consultante su derecho a la espontaneidad, allí donde la hegemonía mecanizada del saber institucionalizado se ha empeñado en robársela.

MARCO METODOLÓGICO

a) Enfoque de Investigación

La presente investigación se sitúa desde una aproximación cualitativa, lo que es coherente con las propuestas teóricas que guían el marco comprensivo planteado, además de permitir un escenario de respuesta amplio y flexible para los objetivos que se han trazado. Los procesos a estudiar requieren un nivel de complejidad sensible al mundo de significados y sentidos, favoreciendo toda la amplitud y riqueza de contenidos que sea posible, cuestión que no sería viable desde otro enfoque metodológico (Sandoval, 2002).

Se propone al conocimiento como una construcción compartida que surge en la interacción entre el investigador y aquel que participa en la investigación, donde las creencias y valores de ambos, así como el contexto en que ambos participan es fundamental en su generación y eventual transformación. En términos epistemológicos, entonces, la subjetividad e intersubjetividad son elementos fundamentales para acceder a la realidad, entendida como un emergente discursivo, múltiple, histórico, local y en permanente construcción (Sandoval, 2002; Calventus, 2000; Denzin y Lincoln, 1994).

Esta posición respecto del saber responde a una propuesta posmoderna que se caracteriza por el abandono del status de verdad universal que se le solía otorgar al conocimiento (Calventus, 2000). Denzin y Lincoln (1994) aseguran que estos tiempos se definen por “(...) una sensibilidad contemporánea (...) que no privilegia ninguna autoridad, método o paradigma en particular” (p.2). Entendido esto, no pretenderemos concluir resultados finales que sean levantados como referentes universales, sino que contribuiremos a proponer momentos teóricos que se integren de modo orgánico a un proceso más amplio y permanente de producción de conocimientos (González Rey, 2000).

Pero no sólo eso. Entenderemos que este saber, si bien parcial, es y será siempre transformador. Y aquí nos detendremos un momento en la noción de “performance” que toma Denzin (2001) de la propuesta filosófica feminista de Judith Butler, que comprende la acción como discurso y el discurso como acción, situando ambos conceptos en su emergente local y performativo. Los actores sociales involucrados en el discurso le van dando forma a éste y tienen por tanto el poder de transformarlo, del mismo modo que los actores al guión que interpretan. Las ciencias sociales tendrían la particularidad de generar nuevas discusiones y con ello nuevas realidades, nuevas aperturas críticas y por tanto activas (Denzin, 2001). Coherente con ello, la metodología cualitativa tiene el poder hoy de generar reflexión y construcción de sentido a través del ejercicio dialógico continuo de los investigadores y los agentes sociales involucrados (Sandoval, 2002).

En concordancia con el marco teórico de esta investigación, nos inclinamos por una corriente fenomenológica, por el énfasis que ésta da a la experiencia y la subjetividad (Rodríguez et al., 1996). Si bien estaremos atendiendo a la relación que las personas establecen con su mundo, y por lo tanto a lo contextual, cultural, histórico e intersubjetivo, nos interesa particularmente el carácter vivencial que ocurre en su cotidianeidad, considerando todo aquello que no ha sido todavía conceptualizado o categorizado (lo que hemos llamado “pre-lingüístico”). De allí que la metodología que utilicemos en este estudio plantea un importante desafío, pues tendrá como núcleo a la persona y el modo particular en que ésta presenta su experiencia (Trejo, 2012), atendiendo a lo discursivo y así también a todo emergente poético que escapa a este marco puramente lingüístico, con los mecanismos que se requieran para darle espacio y expresión.

La posibilidad de entender el discurso como una construcción en permanente movimiento, abierto a distintas perspectivas y escenarios locales, así como la opción de acudir a la experiencia particular y subjetiva que ahí habita, se ajusta a las interrogantes que plantea la

presente investigación. Nos aproximamos al fenómeno estudiado, esto es, a los sentidos que emergen en el encuentro entre terapeutas y consultantes, en el marco de VD que forman parte de un proceso psicoterapéutico sistémico de instituciones de salud mental públicas, por medio de un enfoque metodológico que permite conocer e investigar procesos subjetivos altamente complejos, favoreciendo la emergencia espontánea del mundo y la experiencia del otro en su relato. Por medio de este proceso, se pretende acceder a un mundo de vivencias y significados que puedan ser articulados y analizados de modo comprensivo, manteniendo la perspectiva de los actores involucrados en la realidad social en cuestión, en relación con la de la propia investigadora (Krause, 1995).

Es relevante declarar que las propuestas epistemológicas, teóricas y metodológicas de este estudio son compartidas por la investigadora, la que además ha realizado VD como parte de su práctica habitual en dispositivos de salud mental, por lo que hay una infinidad de experiencias que formarán parte de su particular observación e interpretación a la hora de sumergirse en esta temática. Este es un antecedente relevante, pues quien investiga se constituye en un sujeto activo del proceso de investigación y no le es posible (ni pretende) abstraerse de su subjetividad y la comunidad lingüística (histórico-cultural) a la que pertenece. El compromiso es mantener la atención a cómo también su propia experiencia va tomando forma en la lectura que hace del saber que construye, toda vez que es el autor quien conecta el proceso productivo, incluyendo ineludiblemente sus ideas, valores, concepciones y vivencias.

Tipo de estudio: La investigación es de tipo *exploratorio*, pues se aproxima a una temática que no cuenta con antecedentes de estudios previos, además de conocerse escasos desarrollos teóricos que aporten a su comprensión preliminar. Por lo mismo, se constituye como un aporte novedoso a la psicoterapia y al abordaje en salud mental en general, favoreciendo eventuales conexiones entre prácticas de diversas disciplinas, con escasa o nula vinculación hasta ahora. Es además, *analítico-relacional*, pues a través de la exploración y posterior

reflexión de las diversas dimensiones del problema estudiado, se pretenden trazar algunas propuestas que puedan, en el futuro, convertirse en modelos teóricos que adquieran mayor desarrollo (Hernández, 2007; Krause, 1995).

b) Aproximaciones al problema estudiado.

Definición de la población: Se optó por acudir a la experiencia de psicólogos que adscriban al enfoque sistémico-relacional en su práctica psicoterapéutica, contemplando que es un grupo de profesionales que declara un interés abierto por los contextos, espacios relacionales, comunitarios y culturales que habitan los/as usuarios/as, de manera de entender las problemáticas en los escenarios donde surgen y se mantienen.

Además, se decidió que estos psicoterapeutas invitaran a un/a usuario/a con el que hubieran realizado una VD como parte del proceso psicoterapéutico convenido, de manera de acceder a la experiencia de ambos en dicha práctica.

Por asuntos éticos, se deja en manos del/la profesional la selección del/la usuario/a en cuestión, de manera que se privilegie un clima de comodidad donde ambos participantes puedan optar por su inclusión o no.

Dado que la aproximación es cualitativa y fenomenológica, se privilegia el acceso a una población directamente vinculada con el problema investigado, para con ello explorar en primera persona todo aquello que tiene relación con ésta, contribuyendo desde la subjetividad y el conocimiento local y culturalmente situado y no desde abstracciones con pretensiones de universalidad.

Contexto del problema a estudiar: El contexto fue el de instituciones de salud mental públicas, en función de los objetivos y de la visualización de las VD como parte de las políticas de Estado actuales. Como se dijo anteriormente, aun cuando las acciones clínicas tienden progresivamente hacia enfoques comunitarios, favoreciendo lecturas sociales y

culturalmente situadas de los fenómenos humanos, las propuestas técnicas que se sugieren no cuentan con espacios formativos y/u orientaciones concretas, acordes a las necesidades de implementación, para lograr que adquieran coherencia en el continuo de la intervención. Se propone la realización de VD desde la política pública, aún a sabiendas que ni psicólogos ni otros profesionales de la salud mental cuentan con las competencias formativas para que éstas alcancen efectos terapéuticos.

c) Producción de la información.

Selección de los/as participantes: Se desarrolló un “muestreo por conveniencia”, respondiendo al objetivo central y con ello a las necesidades particulares de este estudio (Martín-Crespo y Salamanca, 2007). Los participantes se integraron de modo voluntario a la investigación, conformando la muestra en función de los siguientes criterios:

1. Criterios de Inclusión:

- Psicólogos/as clínicos/as (psicoterapeutas) que tenga formación o afinidad declarada con en el enfoque sistémico-relacional.
- Usuarios/as de dispositivos de salud mental públicos que lleven un proceso psicoterapéutico con algún psicólogo que cumpla con el criterio antes mencionado.
- Que hubieran realizado al menos una VD como parte del proceso psicoterapéutico en curso.
- Que ambos hubieran convenido que su participación en el estudio puede contribuir al proceso psicoterapéutico que están llevando. Esto, dado el componente ético que toda investigación debe priorizar, pues se debe velar por el bienestar de los participantes.
- Que sean procesos que estuvieran actualmente en curso, también por la consideración ética de que eventualmente las entrevistas gatillaran contenidos o reacciones que requirieran de posterior contención o elaboración en el trabajo terapéutico.

2. Criterios de exclusión:

- Que el/la usuario/a tenga o haya tenido una relación terapéutica con la investigadora.
- Sintomatología aguda y/o riesgo vital asociados a la problemática de salud mental del/la usuario/a, de manera de no generar espacios que puedan resultar iatrogénicos para el proceso que se está llevando a cabo.

La clasificación de los participantes se inició por medio de conversaciones informales y posteriormente a través de correos electrónicos formales con psicoterapeutas locales (Valdivia), referenciados por contactos de la investigadora pues cumplían con los criterios de selección. Se construyó una base de datos que, para contactar finalmente a 3, a quienes se les entregó información respecto del objetivo general del estudio, las condiciones para participar en éste y cómo seleccionar e invitar a uno/a de los usuario/as con los que realizan proceso psicoterapéutico actualmente.

Con esta muestra total de 6 participantes: 3 psicólogos y 3 usuarias, se llevó a cabo la investigación, considerando que resulta un número suficiente para abarcar la complejidad de la experiencia de todos los involucrados, levantando un conocimiento rico en contenidos pero sin ninguna pretensión de representatividad. Vale aquí mencionar que casualmente sólo fue posible contactar terapeutas hombres y consultantes mujeres, lo que podría generar algún sesgo respecto del género.

Técnica y procedimiento de producción de información:

Diversos autores han enfatizado el carácter flexible de la investigación cualitativa, usando para graficarlo la metáfora del “bricolage” (Nelson et al., 1992 en Denzin y Lincoln, 1994), para dar cuenta de la utilización de todas las estrategias con las que se pueda contar, desplegando cualquier instrumento, método o material de que se disponga para dar respuesta a la pregunta planteada, incluso si eso implicara inventar nuevas técnicas o combinar varias, dependiendo del contexto del que se disponga. El producto final es “una creación compleja, densa, reflexiva, a la manera de un collage, que representa las imágenes del investigador, sus

pensamientos, sus interpretaciones del mundo o del fenómeno analizado” (Denzin y Lincoln, 1994; p.4).

En concordancia con lo anterior, se utilizará la *entrevista cualitativa* como propuesta técnica general, por su condición plástica, versátil y la posibilidad que brinda de provocar un diálogo en relación a la temática abordada (Merlinsky, 2006; Karuse, 1995). Ahora, respecto del enfoque en particular, la investigadora presenta un ensamblaje entre la propuesta de la *entrevista reflexiva* de Denzin (2001) y la *entrevista fenomenológica* de Moreno (2014), tomando elementos de ambas para proponer una estructura propia, flexible y que se adapte a cada situación particular que se pretende estudiar aquí.

La entrevista reflexiva pone el acento en el acto dialógico, como parte de una comunidad más amplia, donde la información se transforma en una experiencia compartida por quienes participan. Las palabras y el lenguaje tendrían no sólo una existencia simbólica sino también material, dado el efecto que provocan en las personas. Los significados, entonces, no van a buscarse a la conversación, sino que surgen y se transforman recién ahí donde está aconteciendo ésta. “La entrevista es un texto activo, un sitio donde los significados son creados y desarrollados. Cuando es realizada (performada), el texto de la entrevista crea el mundo, dándole al mundo su significación situacional” (Denzin, 2001; p.4). Este instrumento tiene cualidades de etnodrama (teatro etnográfico), toda vez que actúa por medio de la construcción de un escenario (un foro) de interacciones dialogadas, que es de suma relevancia para que cada quien cumpla su rol. Es a la misma vez un sitio o lugar de conversación, un método discursivo y un formato comunicativo, donde el mecanismo de pregunta-respuesta pierde todo sentido y estética.

La entrevista fenomenológica, por su parte, hace la presunción ontológica de un ser humano encarnado en relación con el mundo, donde la experiencia de esta interacción es el principal objeto de estudio. Se releva el sentir en el cuerpo de esta vivencia, por lo que la

dimensión pre-verbal y pre-reflexiva busca ser evidenciada. Para ello, se atiende a la manifestación afectiva y no puramente cognitiva, partiendo del supuesto de que investigador y participante provocarán una mutua influencia que tendrá espacio en el encuentro conversacional “las descripciones y expresiones obtenidas son no sólo resultado de lo que la persona entrevistada expresa, sino del proceso mismo de interacción en el diálogo” (Moreno, 2014; p.73). Cuanto espacio tenga la experiencia va a depender de las condiciones que logre brindar el entrevistador, siendo primordiales aspectos como la confianza, aceptación, comprensión y seguridad que se alcance.

Pese a sus múltiples diferencias, sobre todo en relación a las pretensiones político-críticas que se explicitan en la primera y que son desconocidas por la segunda, tanto en una como en otra entrevista, existen aspectos de ejecución que se relevan. Uno de ellos es la utilización de la dimensión analógica (silencios, ritmos, tonos de voz, inflexiones, pausas, la expresión corporal y la música del habla). Además, en ambas existe la consideración fundamental e insoslayable de provocar una atmósfera en que el entrevistado logre expresarse y sea autor de su propio texto “todos... dirán que algo así es poesía. El proceso para llegar a ese momento poético es donde el personaje vive” (Smith, 1993 en Denzin, 2001; p.12). Moreno (2014) describe algo similar cuando habla de procurar que el participante se sienta aceptado, respetado, no evaluado y valorado desde su propia perspectiva, para con ello alcanzar expresiones y descripciones abiertas y genuinas.

En función de los objetivos planteados en esta investigación, se construyó un guion (Ver Anexo N° 1) siempre flexible que sólo contiene algunos conceptos centrales o ejes temáticos que orientan la conversación, pero que en ningún caso la encuadran o limitan. Se priorizan siempre las múltiples posibilidades emergentes en el diálogo, donde se parte por romper el esquema de pregunta-respuesta y se genera un diálogo en que todos pueden interrogar, interrogarse y ser interrogados.

En esta entrevista participó la investigadora, aportando con su propia experiencia en relación a la temática de estudio, y de modo protagónico el/la psicólogo/a y el/la usuario/a

que estaban construyendo el proceso psicoterapéutico que sería explorado en la conversación. La locación física fue el domicilio del/la usuario/a, de manera de posicionarnos corporalmente y con ello poéticamente en el espacio donde ocurrió o han ocurrido las VD que se han llevado a cabo. Con ello se dio cabida a que fuera mencionada la relación con el contexto y la materialidad que era parte de la experiencia de los participantes.

Además, se complementaron las entrevistas con la captura de fotografías, obtenidas en esa misma instancia y siempre con consentimiento previo de los participantes, de manera de que estas imágenes contribuyeran a enriquecer los contenidos, toda vez que se pretende acceder a sentidos y experiencias que, como se ha dicho, exceden lo puramente lingüístico. Se le preguntará a terapeutas y usuarios acerca de los lugares u objetos que era deseable destacar, ya sea por su carga afectiva, como por la relevancia que adquieren en su habitabilidad. Por resguardo ético, no obstante, quedan excluidas las imágenes de personas, para cuidar la confidencialidad y anonimato.

Realización de las entrevistas: Se contactó a cada uno/a de los psicólogo/as, usuario/as e instituciones de salud mental involucrados en la muestra, de manera telefónica y formalmente vía correo electrónico, según cómo se evaluara más idóneo en el caso a caso. Se acordó el lugar y hora para la realización de la entrevista, así como un estimativo de la duración (60 a 90 minutos), priorizando porque ésta pudiera llevarse a cabo en el domicilio del/la usuario/a, siempre que éste/a lo consintiera previamente. Antes de dar inicio a la entrevista, se volvió a explicar el objetivo del estudio, los cuidados de confidencialidad, las condiciones de la entrevista y se firma un consentimiento informado tanto por el/la psicólogo/a como por el/la usuario/a (Ver anexo N°2), donde declaran su participación voluntaria y la alternativa de interrumpirla en caso de optar por ello. Se utilizó la grabación digital como medio de registro y en caso de ser autorizado y considerarse útil, algún registro fotográfico de objetos o lugares a los que se les otorgue un sentido particular. Este material sería publicado sólo en caso de que los protagonistas lo consintieran abiertamente en el mismo documento firmado.

Se les explicó a ambos participantes que, si bien la investigadora guiaría el diálogo, todos tenían la posibilidad de expresar ideas, afectos e inquietudes en todo momento, siendo una conversación más que una entrevista. La investigadora procuró, no obstante la flexibilidad, que se atiendan a dimensiones discursivas y experienciales (lingüísticas y prelingüísticas) en el curso de toda la interacción.

d) Análisis de la Información.

La metodología de análisis dispuso de la utilización de la misma escritura como principal instrumento de interpretación y reflexión. Es el tronco articulador que amalgama todas las técnicas que son traídas y trianguladas permanentemente en el ejercicio de construcción del conocimiento. Dado que el objetivo central es comprender los sentidos que emergen en el encuentro entre terapeutas y usuarios, en el marco de VD que forman parte de un proceso psicoterapéutico, se da cabida al mundo experiencial de todos quienes participan en el proceso investigativo. Por ello, la autora se sirvió en primera instancia de todo texto etnográfico que haya sido parte de su trabajo de campo. Esto permitió la validación de su propia experiencia en tanto manifiesta un mundo interpretativo que se interconectará durante todo el proceso (Denzin y Lincoln, 1994), dando cuenta de su particular realidad lingüística, de género, de clase social, raza, etnia, etc; “No existen observaciones objetivas, sólo observaciones socialmente situadas en los mundos del que observa y del que es observado” (p.20).

Ahora bien, se optó por sostener un lente fenomenológico en el análisis, acorde a la propuesta de Giorgi (1985 en Aguirre et al., 2012). Este método es concordante con la provocación de reflexiones que sitúen en primer plano la relación del sujeto con su habitar, observando el proceso psicoterapéutico y la VD en particular, desde esta perspectiva. Se

releva la relación con los objetos y la experiencia que de allí emerge. Este método cuenta de cuatro pasos, que fueron llevados a cabo en esta investigación de la siguiente manera:

1. Se lee el texto completo para obtener un sentido general de toda la entrevista
2. La investigadora vuelve a analizar interpretativamente todo el texto, distinguiendo esta vez los fenómenos particulares que lo componen y con ello unidades de sentido.
3. Luego, a partir de cada unidad, define aquellos contenidos más relevantes que distingue en dichas unidades.
4. Se sintetizan todas las transformaciones de las unidades en enunciados consistentes que tengan en cuenta la experiencia de los participantes. Esto da cuenta de una estructura y puede ser expresado en niveles.

Las técnicas propuestas orientan el proceso. No obstante, se comprende que el texto resultante será una creación de la autora donde no será posible distinguir con claridad el análisis de la discusión, puesto que se propone a ambas como parte de un continuo en la producción de conocimiento, razón por la cual se optó por no escindirlas. La escritura es transformadora, y como tal, reúne voces múltiples, reflexiones, experiencias, significados, es parcial e incompleta. No lograremos acceder a lo puramente lingüístico o a lo puramente pre-lingüístico así como no encontraremos la poética divorciada de la narrativa y los sentidos apartados de los significados. Aparece todo junto y eso es parte de su belleza. Realizaremos esfuerzos de distinción, sí, pues debemos atender a las exigencias formales que nos plantea la academia científicista, y en ese intento muchas veces realizaremos elecciones arbitrarias, tanto o más que la decisión gramatical de usar la primera o la tercera persona en este texto, por ejemplo. A veces será compartido por quien lea, a veces no. Pido disculpas de antemano.

e) Aspectos éticos

En coherencia con la contribución ética que este estudio pretende hacer al ámbito de la salud mental, en tanto se aspira a que la VD pueda irse desmarcando de las prácticas de control social a las que se ancló en sus primeras propuestas, el método utilizado, a su vez, propone que la aproximación a los participantes se realice considerándolos como actores sociales activos. Esto implicó, en lo práctico, brindarles todas las condiciones para que pudieran dirimir, con la mayor libertad posible, si accedían a colaborar o no.

Para esta convocatoria sin condicionamientos, se les aclaró que la entrevista no consideraba pagos de ningún tipo, y que, de rehusarse a participar, eso no significaría detrimento alguno en el acceso al tratamiento de salud mental que mantenían en ese momento.

En dicho consentimiento informado (Ver Anexo N°2), se les ofreció la opción de acceder a los resultados de esta investigación, para lo cual se les dejó copia del documento, con el nombre y contacto de la investigadora. Se les aclaró, además, que los datos serían analizados en conjunto con los de todos los participantes, con el cuidado de no revelar sus datos personales ni ningún otro antecedente que permitiera identificarlos, para resguardar con ello su anonimato.

Como ya fue mencionado, se explicitó que la entrevista sería grabada en audio digital para su posterior transcripción, material que sería manejado de forma confidencial por la investigadora. Conjuntamente con ello, se les solicitó la obtención de algunas fotografías del espacio domiciliario, siempre que lo autorizaran expresamente, siendo ellos/as mismos/as quienes determinarían qué objetos y habitaciones podían ser registradas.

Por último, cabe mencionar que los consentimientos utilizados, en conjunto con el proyecto de tesis y el guion de entrevista, fueron revisados y aprobados formalmente por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia, pues el diseño se ajustaba a las normas de investigación en seres humanos y la razón de riesgo/beneficio fue estimada favorablemente (Ver Anexo N° 3).

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de resultados se realiza por medio de un proceso de codificación que fue distinguiendo ámbitos espontáneos de significación y sentido, considerando no sólo aspectos predefinidos en el guion, sino sobre todo aquellas áreas esenciales que fueron brotando a los ojos de la investigadora. Esto implicó una atención siempre presente a aquellos enunciados que en términos dialógicos y/o analógicos, sobresalían de manera particular, ya fuera por su contenido, rico y espeso en términos narrativos, porque marcaban un cambio en el clima emotivo de la conversación, porque enfatizaban una idea ya reiterada a lo largo de las entrevistas y por lo tanto que había adquirido fuerza, o por cualquier otro elemento que llamara la atención en su poder expresivo o en el nivel de implicación experiencial que conllevaba. La relación con las imágenes fue siempre relevante al hacer estas distinciones, pues son precisamente aquellas las que nos permiten un contacto más directo con la materialidad y la experiencia, lo que excede lo lingüístico, pero a su vez lo integra, en un permanente diálogo que apunta a hacer emerger precisamente los sentidos que actúan como puente entre ambos: significados y sensibilidad (Pakman, 2003; Nancy 2003). Es así como, dentro del análisis, aparecerán relatos textuales de los entrevistados, otros que son parte de los comentarios etnográficos de la investigadora (notas de campo, siempre interpretativas), y algunas fotografías que retratan aspectos materiales que fueron distinguidos y relevados por los participantes. Se va creando así el concepto de bricolage (Nelson et al, 1992 en Denzin y Lincoln, 1994), haciendo uso de todas las estrategias que puedan ser útiles a la hora de responder la pregunta de investigación planteada.

Dentro de los ámbitos generales de sentido, fue preciso ir reconociendo aspectos particulares, dados por la intención que cada fragmento enfatizaba. No olvidemos que una característica del sentido es justamente su capacidad de orientarnos en el mundo (Holzapfel, 2005), por lo que no debe perderse el acento y dirección particular que se le iba atribuyendo a los diversos aspectos que se fueron reconociendo. Eso nos permite no sólo quedarnos con grandes lagos de sensaciones (lo puramente experiencial), sino que darles un orden y organización (convirtiéndolos así en sentido).

Dichos ámbitos y sus categorías, que se van configurando como los sentidos principales emergidos en las entrevistas con los participantes, crean un escenario propicio para la articulación teórica, en una triangulación que incorpora a su vez la propia opinión, experiencia y perspectivas de la investigadora.

¿Por qué se opta por redactar el análisis y discusión conjuntamente y no en dos pasos consecutivos? Reiteramos lo declarado en el marco metodológico, cuando hablamos de la premisa presente a lo largo de toda esta investigación: no existen datos objetivos, sino que siempre estarán teñidos de la interpretación de quien los analiza y por lo tanto de su subjetividad, de su historia, sus experiencias y creencias. Se decide entonces integrarlos honestamente desde el primer momento, brindando oportunidad a la reflexión abierta de los diversos aspectos que cruzan el proceso investigativo.

En este camino, se distinguen 5 grandes ámbitos y sus respectivas categorías. El orden en su exposición responde a los objetivos planteados en este estudio, con el fin de facilitar la lectura y la comprensión, en una complejidad creciente que va integrando cada vez más elementos, que complementan, se conectan o en ocasiones se contradicen con los anteriores.

1. El/la usuario/a y su habitar

La primera dimensión a considerar es aquella que va evidenciando aspectos relativos a cómo el consultante expresa su modo particular de apropiarse de la casa y los espacios que allí habita. Siguiendo a Heidegger (1951), hablaríamos de todas aquellas esferas de sentido que retratan la cualidad indistinguible de ser y habitar, y por lo tanto de ser y estar, como dos aspectos que van siempre encadenados.

Esto queda en pleno manifiesto, toda vez que los/as usuarios/as muestran una relación de intimidad con su espacio domiciliario, distinguiendo específicamente dos hebras de sentido que se vinculan entre sí: la casa como un refugio y como un espacio de arraigo.



1.1 Casa refugio: Tanto las usuarias como los terapeutas entrevistados coinciden en la concepción de la casa como un espacio de seguridad y resguardo, pues con independencia de si en ese momento se sienten a gusto o no en una vivienda particular, la aspiración y por lo tanto el imaginario ideal será siempre llegar a alguna que les brinde dicha sensación de protección y comodidad. Esto queda de manifiesto en lo dicho por una usuaria respecto de un cambio reciente de casa “(...) y bueno, encontramos esto que es más pequeño, allá era más grande, pero es más acogedor, tengo más luz, me siento bien aquí... eh... o sea, el cambio emocional fue bueno” (Entrevista 2, p.4).

En la misma línea, otra usuaria describe su casa, también situándola comparativamente con otras experiencias menos placenteras, dando cuenta de la relevancia que adquiere la experiencia del espacio actual “(...) es mi lugar, o sea, es mi zona de confort. A diferencia... pero, ahora, porque en la otras casas que he vivido no era así, sino que yo evitaba llegar a la casa” (Entrevista 1, p.4). Y luego agrega, aludiendo a lo mismo “En cambio ahora que vivo sola con mi hermana, es mi lugar donde estoy tranquila, donde me siento bien, donde estoy con mis perritos y todo eso. (Nota de campo: sonrío mientras habla de esto, manifestando agrado y satisfacción)” (Entrevista 1, p. 4).

Pareciera ser, entonces, que la cualidad ideal de refugio estaría dada tanto por aspectos físicos concretos (ubicación, luminosidad, temperatura, diseño, por ejemplo) y también por condiciones de convivencia, enfatizando un aspecto relacional no menos relevante. Dicho aspecto se evidencia en esta frase: “(...) mi casa era como igual, mi zona, o sea... como mi zona de confort donde me sentía tranquila. Donde nadie me molestaba, no tenía que conversar con otras personas... eso” (Entrevista 1, p.6), aludiendo a un aspecto relacional, que en este caso, responde a la necesidad de evitación de contacto vincular.

Además, surgen matices dentro de la casa, pues se encuentra mayor o menor sensación de comodidad, dependiendo de qué habitación o espacio particular se esté habitando, lo que se evidencia en este diálogo entre terapeuta y consultante:

- Usuaría¹⁵: mira, yo en el invierno... yo no dentro aquí en el invierno, en este comedor.
- Terapeuta¹⁶: ya
- U: Me la paso en la cocina.
- T: ¿Por qué, es muy helado?
- U: Sí.
- T: Y en la cocina tiene el fuego también, tiene estufa a leña...
- U: Sí po, ahí tengo mi estufa y todo eso.
- T: Ya.
- U: Y aquí también hago fuego pero de vez en cuando, por la leña también. Mucho gasto, mucho gasto de leña. (Entrevista 3, p. 9).

Lo anterior sería un aspecto variable, dado también por factores externos y en este caso, estacionales, pues la usuaria asegura que en verano la misma habitación que evita en invierno, se convierte en la de mayor preferencia “(...) porque está más calentita aquí también (comedor). Porque en la tarde sí que hace calor allí adentro (cocina), le pega todo el sol en la tarde” (Entrevista 3, p. 11).

Dicha variabilidad entre los diversos espacios de la casa, nos ofrece un potencial interesante a la hora de realizar una VD, pues sería posible explorar cómo cada uno de ellos se expresa en términos de calidez, seguridad y cuidado, proponiendo incluso algún cambio o enfatizando la posibilidad del/la usuario/a de ir distinguiendo sensaciones más o menos placenteras para tomar decisiones sobre qué rincones preferir y cuáles evitar. Podemos aquí hacer un vínculo con la diferencia propuesta por De Certeau (2000) entre la definición de *espacio* y *lugar*. El primero sería evidentemente más asemejable a lo que estamos proponiendo, puesto que se define por su funcionamiento y los juegos que operan en él, a diferencia de la concepción de lugar, que conlleva una idea más fija, estable, dada únicamente

¹⁵ En adelante se abreviará como “U”

¹⁶ En adelante se abreviará como “T”

por aspectos estructurales. Si concebimos los diversos rincones de la casa como espacios y no como lugares, podremos comprenderlos en su diferencia subjetiva respecto de cómo cada integrante los habita, dejando a un lado las comprensiones regidas por parámetros ajenos a esa vivencia. Por ejemplo, no asumiremos que una habitación, por estar desordenada o sucia (concepción fija y estructural), es menos acogedora o segura que otra que no lo está, pues podrían haber aspectos ligados al juego y la relación particular con dicho espacio, que predominen en la experiencia de quién la habita.

Otro ejemplo de aquello es lo expresado por una usuaria respecto de cambios que ha ido experimentando en las necesidades de uso de los espacios de su casa

(...) quedaba yo... yo sola, y mi hermana. Y volví y dormíamos las dos en esa cama. Y después... o sea, al tiempo quisimos... le dije que quería adoptar un perrito y adoptamos a la (perra 1) y dormíamos acá las dos. Pero hubo un tiempo que... que no quería, quería estar sola no más, entonces arriba me sentía cómoda, tranquila. (Entrevista 1, p.7).

El terapeuta refuerza esta idea, señalando:

(...) es que hemos hablado como... hartas veces de eso, de la zona de confort. No sólo en la casa, que es como lo más concreto, sino que también como en lo simbólico, el cómo ir ampliando el área, cómo ir aprendiendo otras cosas, con otra gente, encontrando otras zonas de confort, por qué no. Entonces ha sido como un tema recurrente, lo de la zona de confort, al menos. Una metáfora que usamos. (Entrevista 1, p.9).

Lo interesante de dicha reflexión es que permite extender la comprensión de los diversos espacios en su particularidad funcional, no sólo en los márgenes de las paredes de la casa, sino que a otras zonas de juego donde pueda darse esa misma sensación de refugio y seguridad.

1.2 Arraigo: Una cualidad esencial en la relación que los/as usuarios/as establecen con su casa es el sentido de pertenencia que se ancla a ésta, pues las experiencias que se van provocando ahí son parte fundamental de lo que los define y constituye. Uno de los terapeutas da cuenta de esto cuando señala que:

(...) para mí al menos como lo de la apropiación de los espacios, eh... (usuaria) contándome cómo esto de que trasladarse acá iba a ser por un tiempo, que luego estaba planificando esto de Las Gaviotas, y en realidad como a enfocar en que cada espacio aunque sea de traslado provisorio, es de ella, es de su familia... por lo tanto tenía que hacerlo como que pertenezca a ella, darle un rol, como un rol identitario. (Entrevista 2, p.10).

Aquí se explicita el sentido que dicho terapeuta le atribuye a la relación de la usuaria con su casa, como un escenario que debe pertenecerle también en términos afectivos.

Si exploramos todavía con más detalle este enunciado, podemos suponer que la historia y subjetividad de esta usuaria y su familia son aspectos que teñirán cualquier espacio que habiten, por lo que sería relevante –pero sobre todo inevitable- que la casa adquiriera los colores y la vida que ella le otorgue. En otras palabras, no existiría *una casa* sino siempre *la casa de* alguien y el carácter que éste le dé al vivir en ella. Adquiere, por lo tanto, un sentido identitario, dado por la experiencia poética particular que brota en el vínculo entre habitante y el lugar que habita (Pakman, 2011). Es tan sencillo evidenciar esto. En mi experiencia personal, por ejemplo, basta con recorrer una población de casas donde todas son edificadas de la misma manera, pero donde se observa que ninguna es igual a la otra. Es posible ver en cada una un mundo radicalmente distinto, que sería algo así como su “sello” único. En mi barrio lo puedo constatar día a día, al comparar el color o barniz que cada vecino le da a su fachada, el auto estacionado afuera, el color de las cortinas o si éstas tienden a estar abiertas o cerradas, así como el cuidado del jardín, el largo del pasto, los adornos que cada uno decide poner afuera. Incluso si una casa suele estar habitada o deshabitada, con ruidos, perros o en cambio frecuentemente silenciosa. Para qué decir cuando nos detenemos a observar un edificio de departamentos. Los podemos ver todos iguales, como en serie, o percatarnos de las múltiples diferencias entre uno y otro, en la decoración de cada ventana o balcón, si observamos un gato, plantas o si escuchamos en alguno de ellos música de fiesta todos los fines de semana. Hasta nos podemos imaginar a los distintos vecinos en la medida que evidenciamos dichas diferencias.

Otra cita que tributa a este mismo componente identitario, pero que además agrega un nuevo elemento, que es la comprensión de la casa como un testigo del crecimiento y desarrollo familiar, es:

Sí. Bueno, mi casa... es mi hogar po (Nota de campo: disminuye el tono de la voz al decirlo, evidenciando emoción). Aquí crié todos mi... mis criaturas, dijo (risas), todos mis hijos. No nacieron aquí sí, pero llegaron todos chiquititos aquí po y ya, están todos casados... ya nadie vive aquí. Llegamos viviendo en una casita chiquitita que era de aquí hasta ahí no más. Pa allá fuimos agrandando de a poquito. (Entrevista 3, p.8).

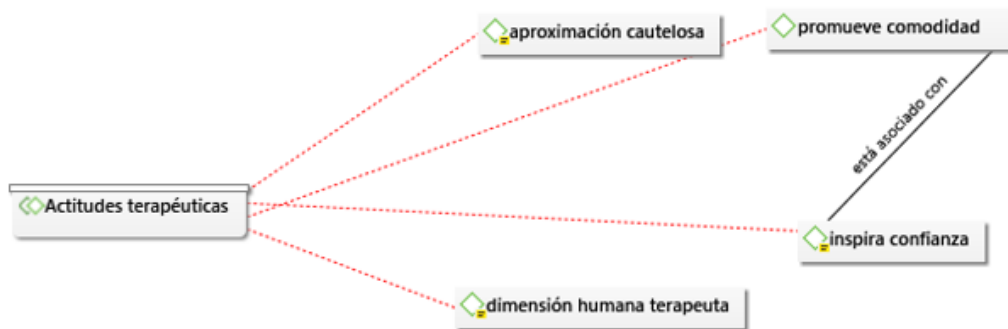
Más tarde agrega: “Sí po, yo le tengo harto cariño a mi casa. Yo... a veces dicen “¿por qué no te vas a alojar a otra parte? No. En mi casita no más” (Entrevista 3, p. 20). ¿Cómo no atribuirle a esta expresión un evidente carácter afectivo? La usuaria habla de un apego a su casa, que está dado por la historia y por la sensación de pertenencia antes mencionada, lo que la hace preferirla por sobre otros espacios. La relevancia dada a la pertenencia y lo preferente de la casa es señalado por un terapeuta, cuando habla de la decisión de retomar el proceso en el domicilio “(...) siento que era como parte también de ese retomar el vínculo, poder contactar a la (usuaria) en la casa, que es como el lugar donde ella está más arraigada, que es positivo pa ella, además” (Entrevista 1, p.8).

2. Actitudes terapéuticas

Hay un factor determinante en la realización de la VD, que dice relación con todas aquellas cualidades y habilidades del terapeuta en su dimensión personal. Éstas no serían actitudes que respondan a una teoría o metodología en particular, y por lo tanto, no es posible asociarlas a una esfera puramente técnica, sino más bien ética y si se quiere, política, pues albergan una aparente intención común: la colaboración activa de los/as usuarios/as, haciéndolos parte – y no sólo objeto- de la práctica psicoterapéutica. Es justamente esta diferencia, lo que permite que las VD aquí estudiadas, se distancien tanto de aquellas que inspiraron sus inicios, de la mano del trabajo social por ahí por la primera mitad del siglo XX (González, 2014), cuando se concebía al visitado como alguien que estaba siempre en una posición disminuida, pues se asumía que no eran capaces de resolver su vida.

Es importante mencionar que los conceptos abordados aquí están planteados siempre como aspectos deseables en los terapeutas que realizan una VD. Podemos desprender, entonces, que de no existir estas cualidades en la relación que el profesional establece, no se

darán tampoco las condiciones ideales para un escenario terapéutico, y por tanto, performativo.



2.1 Aproximación cautelosa: Es posible ver y escuchar en los participantes el énfasis que dan a la actitud de respeto del terapeuta a la hora de entrar en su mundo y explorarlo junto con el/la usuario/a. Destacan, sobre todo, que el estilo u objetivos del profesional no sea lo que se priorice, sino más bien la observación, cuidado y cautela por las formas y ritmos del dueño/a de casa.

Uno de los terapeutas lo describe muy claramente, cuando relata:

(...) al venir a la casa, uno viene como con ese respeto, con esa intriga, con esa cautela, de cómo será la casa, de cómo será el ambiente, la interacción, eh... ¿irá uno a molestar o no? Son como pensamientos que de repente uno tiene po, cuando viene a la casa. (usuaria), si bien yo sabía que no le iba a molestar, porque teníamos otra relación como de confianza, no era una persona nueva, eh... también uno viene con ese sen... como sentimiento, de respeto, de entrar, de sentarse, de observar. (Entrevista 1, p.10).

Pareciera ser un contexto en que el terapeuta pasa de ser el anfitrión, en el box, a ubicarse como un visitante que debe acomodarse a lo que el/la usuario/a vaya señalando como deseable dentro de su espacio. Otro terapeuta señala "(...) vine yo como profesional extraño a situarme en este espacio, claramente es muy significativo" (Entrevista 2, p.15). Y más tarde agrega "Quizás agradecerle a (usuaria), aunque lo he hecho varias veces ya, eh... como por

abrir a contar su propia historia, a adentrarse en terrenos que a veces igual pueden ser muy dolorosos” (Entrevista 2, p.17).

Respecto a esta apertura, podemos hacer una relación con el planteamiento teórico de Harlene Anderson (1999) cuando refiere a la metáfora de la terapeuta como una invitada en el diálogo con el consultante. Señala que somos visitantes en la vida de éstos, y como tales, debemos ser cuidadosos

Me considero una invitada que visita a los clientes por un breve momento, que participa en una pequeña porción de su vida y que flota dentro y fuera de las conversaciones continuas y cambiantes que ellos tienen con otros. Quiero ser una invitada tolerable. (p. 143).

Por supuesto Anderson no se refería con esto a las VD, sino al encuadre psicoterapéutico en box, pero podemos colgarnos de esta premisa ética para dar cuenta de la relevancia de ser invitados considerados, agradecidos, y no una especie de intrusos desatinados, que entran en una actitud dominante, avasalladora o indiscreta, tanto al espacio del otro, como a los contenidos que son parte de su vida.

En concordancia con lo anterior, los terapeutas entrevistados están lejos de hacer una planificación acuciosa de los objetivos o metodología a usar en la VD, al contrario de lo que proponen autores como Quiroz (1994), cuando habla de etapas sucesivas. Más bien llevan una posición de apertura hacia lo que el/la usuario/a quiera mostrar, o aquello que éste destaque como relevante. Lo que no quiere decir que sean profesionales poco activos, muy por el contrario, aprovechan los estímulos de la interacción para ir explorando áreas de sentido y significado: “(...) se ha sabido conjugar con mi estilo de hacer muchas preguntas, de... y de que ella misma pueda orientarse en lo que quiere hacer, no yo como terapeuta experto, sino... ella misma solamente dándole luces...” (Entrevista 2, p.3).

2.2 Promueve comodidad: Otro aspecto que aparece continuamente en la conversación con las usuarias entrevistadas, es la sensación grata y afable que encuentran en la relación con el terapeuta, lo que, podríamos hipotetizar, hace de los encuentros algo deseable para

ambos. Señalan “(...) es muy ameno conversar con él” (Entrevista 2, p.1) y otra, sobre lo mismo “¡Sí! Pa conversar es bien agradable” (Entrevista 3, p.1).

Lo anterior también se ve influido por el contexto físico en que se da la relación, lo que se traduce en cómo las usuarias se permiten recibir al terapeuta, con una actitud distinta a la que muestran cuando acuden a una institución de salud mental, por el relajamiento propio de estar en su casa. Lo destaca una entrevistada “O sea, creo que fue como más cómodo que estar en el box, porque estoy en mi casa, donde estoy siempre tranquila” (Entrevista 1, p.9). La misma entrevistada, al hablar de la primera visita que su terapeuta le hizo, recuerda “me sentía más cómoda, por ejemplo andaba con ropa más cómoda, eh... con chalitas... y... eso” (Entrevista 1, p.10).

En la conversación también podemos reconocer aspectos que se flexibilizan en esta actitud de confianza, pues al volverse compartida por los/as usuarios/as, que se encuentran en su hábitat, se dan las condiciones ideales para abordar temáticas íntimas o complejas que suelen ser esquivas en la psicoterapia de box “(...) si bien yo no sabía que... o sea, que iba a hablar de eso, pero como que se dio el espacio para... para hablar de cosas más profundas o de cosas que no hablo habitualmente en el box” (Entrevista 1, p.15).

Estamos hablando, entonces, de que esta actitud terapéutica, sumada al encuadre domiciliario, invita a los/as usuarios/as a un clima de informalidad que se manifiesta en aspectos verbales y analógicos.

No obstante, parece haber una contradicción en este ámbito, pues a su vez, el domicilio es un lugar frente al que el/la usuario/a siente un grado de responsabilidad mayor, lo que a ratos podría adquirir una cuota también de incomodidad y presión. Una usuaria menciona esto cuando dice “Pero igual era como “oh, viene a mi casa”, entonces uno igual se... se pone nerviosa, pero ansiosa, sí” (Entrevista 1, p.11). Este aspecto podría verse reforzado por la concepción tradicional que tiene la VD, más como una práctica de control social que como una oportunidad de aproximación terapéutica. Un ejemplo de esto es lo que señala Quiroz (1994) cuando habla de la importancia de mantener ocultas aquellas relativas al control. Podemos entender esta propuesta de Quiroz como una actitud contraria a la señalada aquí,

incluso como una intención perversa, pues se simula una fachada de aparente cercanía y comodidad, cuando en realidad existen objetivos normativos que no son declarados y que más tarde, si se develaran, podrían dañar seriamente el vínculo terapéutico.

2.3 Inspira Confianza: Directamente relacionado con lo anterior, aparece la confianza como una dimensión que el terapeuta procura mantener al acudir a la casa de los/as usuarios/as, permitiendo con ello que se establezcan condiciones propicias para encuentros seguros y resguardados. Una usuaria asegura “Mi relación con (terapeuta) ha sido muy buena, de mucha... tengo mucha confianza en él” (Entrevista 2, p.1). Y luego añade “tal vez porque... él... con él puedo conversar todo... eh, cosas que de repente no puedo compartir, a veces que son tan privadas, ni siquiera con mi familia, y las puedo compartir con él abiertamente” (Entrevista 2, p.2).

Dicha confianza se expresa a su vez en la interacción analógica, con miradas que denotan cercanía. Por ejemplo, una usuaria habla de esto con la investigadora, al mismo tiempo que mira al terapeuta, cariñosamente “(...) con él podía conversar abiertamente... mi estado de ánimo, cómo yo me sentía” (Entrevista 2, p. 9). Esta señal no verbal, da énfasis justamente a la confianza que ya se ha establecido en la relación. Otra manifestación de lo mismo es esta nota de campo, registrada al momento de ingresar a la casa, cuando terapeuta y usuaria dialogaban entre sí, como susurrándose cuestiones que la investigadora no alcanzaba a escuchar en detalle: “la usuaria lo actualiza sobre asuntos familiares cotidianos” (Entrevista 2, p.1).

El Programa Chile Crece Contigo (Ministerio de Salud, 2007), hace hincapié justamente en este ámbito de sentido para el encuentro domiciliario, pues precisa que los profesionales deben contar con habilidades entrenadas que los aproximen a los/as usuarios/as, entre las cuales destaca la confianza, para con ello adaptarse mejor a las necesidades de la familia. Quiroz (1994), a su vez, menciona este elemento en su Modelo Circular de la Visita Domiciliaria, no obstante, como se dijo anteriormente, promueve la fase social como una estrategia más al servicio de la intervención y no necesariamente como un aspecto genuino

de la relación terapéutica. Esto, a la larga, podría tributar más en contra que a favor de la confianza.

Para los entrevistados, en cambio, que la confianza sea honesta y no actuada, es un aspecto muy relevante, que marca la diferencia con respecto a su relación con otros actores del mundo social. Prueba de aquello es lo que refiere una entrevistada, que da cuenta también de señales analógicas valoradas por ella al momento de encontrarse con su terapeuta en el domicilio:

Los perritos siempre se dan cuenta como... de las personas, porque hay veces en que ella (perra 1) no ladra mucho, o sea, cuando están afuera los perritos, sí, pero cuando hay gente que se acerca y gente que no se dan no más, porque sienten, yo creo, cómo son las personas... entonces si está aprobado por la (perra 1)... (risas), entra a la casa. (Entrevista 1, p.12).

Así también, el interés que perciben los/as usuarios/as de parte de su terapeuta, por entrar en sus vidas y conocer a sus familias, es otro elemento que alimenta la confianza. Uno de los profesionales destaca lo siguiente:

Se me invitó en realidad a un lugar tan protegido para ella como sería su casa, en donde interactúan las personas que ella más quiere, donde están diariamente... todo lo que significa para ella su familia, que es como uno de los pilares por los que ella se encuentra en mayor bienestar... claramente es muy significativo, claramente después de eso se crea un lazo de confianza distinto. (Entrevista 2, p.15).

Una usuaria señala, en este mismo sentido:

(...) para mí es muy satisfactorio cuando él viene y todo eso porque... igual lo siento como parte de nosotros po. Llegamos a esa distancia, a esa confianza, que no es un... no es como estar en una consulta y que es un extrañío con el que conversamos un par de cosas, y chao. (Entrevista 2, p.15).

Luego agrega, “Ayuda bastante porque, eh... yo por eso con sus visitas adquirí más confianza, más cariño con él, más poder abiertamente conversar abiertamente las cosas con él...” (Entrevista 2, p.16).

Si, en cambio, los/as usuarios/as se encuentran con profesionales en los que evalúan una falta de interés y genuinidad, tienden a alejarse con suspicacia y a no instalar este clima de

cercanía del que se ha hablado. Es posible apreciar este contraste en el diálogo que se establece en una de las entrevistas, al referirse a un terapeuta ocupacional que visitó la casa de la usuaria en cuestión:

- U: Ya. Y después... fui otra vez allá, y no me dijo nada de qué cosa se trataba, nada po.
- T: Ya.... ¿Y si le damos la oportunidad al otro terapeuta que hay...?
- U: Si es mejor... y es más simpático (risas).
- T: O sea, usted tiene que juzgarlo, usted dirá.
- Investigadora¹⁷: Usted quiere que le cumplan...
- U: Claro porque él yo lo encontré que no cumplió lo que dijo po... no se acordó nunca más, del trabajo que iba a hacer... ahí quedó no más. (Entrevista 3, p.26).

Lo mismo ocurre en lo señalado por una usuaria, cuando reporta “Yo ya había tenido otras... como otras situaciones con psicólogo, pero esta ha sido la mejor. Donde me he sentido más cómoda y he sentido más confianza para hablar sobre mí” (Entrevista 1, p.3). En otra entrevista, un terapeuta también hace alusión a esto, cuando dice:

(...) ella tiene mi apoyo, de una forma distinta a un profesional que quiere cumplir simplemente las prestaciones que le obligan a hacer en un mes; no po, sino que puede estar clara de que yo me intereso por ella, y claramente eso le da oportunidades de apertura. (Entrevista 2, p.15).

Por último, tal como se insinúa en distintos momentos de las entrevistas, la confianza aparece como un aspecto que debe trabajarse, que requiere tiempo y consolidación, entendiéndola, al igual que la psicoterapia, como un proceso y no como un atributo únicamente del terapeuta o del consultante. Así lo describe un terapeuta:

(...) yo como que evalué un buen vínculo entre nosotros, de confianza, de poder contarnos cosas, y ha sido progresivo también po, ha sido bien progresivo. Al principio obviamente no

¹⁷ En adelante se abreviará como “I”

era tanto, no había tanta confianza... pero rápidamente se fue generando como esa confianza y ese vínculo positivo. (Entrevista 1, p.3).

En consecuencia, podemos considerar este ámbito de sentido mutuo, como un aspecto de suma relevancia para conducir la VD hacia un espacio de transformación psicoterapéutico, que la distancie de la mera intervención diagnóstica o evaluadora que le dio origen desde el trabajo social. Para ello, es perentorio entender que cualquiera de las definidas aquí como actitudes terapéuticas, cumplen con la condición de ser dimensiones construidas en relación y que, por lo tanto, no dependen únicamente de la formación del terapeuta ni de las condiciones que muestra el/la usuario/a, son más bien emergentes del vínculo, concepto del que se hablará más adelante.

2.4 Dimensión humana del terapeuta: Otro ámbito de sentido que se destaca en las entrevistas y que se asocia a la confianza ya mencionada, es la relevancia que se le otorga a que el terapeuta no sólo se muestre en términos técnicos, sino que deje asomar todo aquello que lo define como persona, más allá del puro rol profesional. Esto obliga, necesariamente, a desprenderse de la rigidez que supone el lugar de experto, para ubicarse en una posición más colaborativa, donde ambos puedan sentir el mismo grado de implicación en el proceso conjunto. Un terapeuta recalca esto: “(...) porque después de todo somos personas, y de hecho el vínculo ha sido una de las cosas que más nos ha servido a nosotros en el proceso po, el hecho de tenernos tanta confianza” (Entrevista 2, p.10). Y este mismo, también señala:

(...) es especial en el sentido de que realmente siento que fuera como, ya no desde lo terapéutico sino como persona, hemos tenido la oportunidad también de repente simplemente de sentarnos a conversar en una sesión de cualquier cosa al azar y yo de admirarla como mujer, admirarla como madre... admirarla como tía, admirarla como abuela... en realidad... de devolverle eso, de la admiración. (Entrevista 2, p.3).

Este acercamiento humano, da lugar a que el terapeuta pueda, inclusive, mostrar fragmentos de su historia, al estilo de autorrevelaciones, lo que tradicionalmente ha quedado vetado en la psicoterapia (Pizarro, 2005). Parece ser que el domicilio brinda una oportunidad de conectar con aspectos afectivos de la vida, cuestión que no deja ajeno al mismo profesional

en función de su propia historia. En este sentido, un terapeuta habla de aquello que le inspira el contacto con la usuaria y su familia “Como le he hablado a (usuaria) hartas veces también, como de... nostalgia un poco incluso, no sé si nostalgia... eh, con respecto a ver que su familia es tan unida... me parece maravilloso, admirable eso, como de que incluso organicen los espacios para estar juntos, me parece muy lindo. Y me veo reflejado así como en mí. (Nota de campo: se escucha emoción en el terapeuta al mencionar aspectos familiares de unión y cercanía, con un tono de voz más suave y entrecortado)” (Entrevista 2, p.12). Y luego explica “(...) de lo nostálgico que mencionaba previamente... recordando instancias de familia extensa... así como “mi familia era muy unida” etcétera, esa sensación rica, media primitiva... así, de cobijo, ha sido maravilloso” (Entrevista 2, p.17). A lo mismo apunta un diálogo entre otro terapeuta y la usuaria:

- T: Siempre me llamó la atención la entrada. Las plantas, el jardín, los olores. Me evoca mucho las plantas, la huerta que tenía mi abuela.
- U: Ya...
- T: Creo que alguna vez se lo mencioné a la señora (usuaria), sí. Sí, sí.
- U: Sí. (Entrevista 3, p.19).

En este fragmento es posible distinguir cómo los espacios y materialidades de la casa, pueden provocar una evocación automática de aspectos experienciales del mismo terapeuta, lo que sin duda excede la palabra y se instala de inmediato en un registro distinto, de sentido. Luego, abrirlo con los/as usuarios/as es una decisión que en este caso, ha contribuido al lazo de confianza que ya hemos mencionado.

Y al mismo tiempo, se impulsa a que los propios usuarios estén atentos a reconocer necesidades en los profesionales, que en el box suelen no ser tomadas en cuenta, por la aparente posición de control en que éstos se muestran, que no deja entrever aspectos de su fragilidad. Podemos ver retratado aquello en lo que destaca un terapeuta, al señalar cómo la usuaria expresa preocupación hacia él cuando llega a hacer la visita “Se brindan por ejemplo preguntas desde ya fuera del rol terapéutico, por ejemplo, “oh te costó llegar” o, “oye, ¿tienes calor? ¿Quieres agua? ¿Quieres esto?” En realidad, claramente se dan circunstancias más cotidianas...” (Entrevista 2, p.16). Otro terapeuta habla de esto mismo en tono anecdótico al

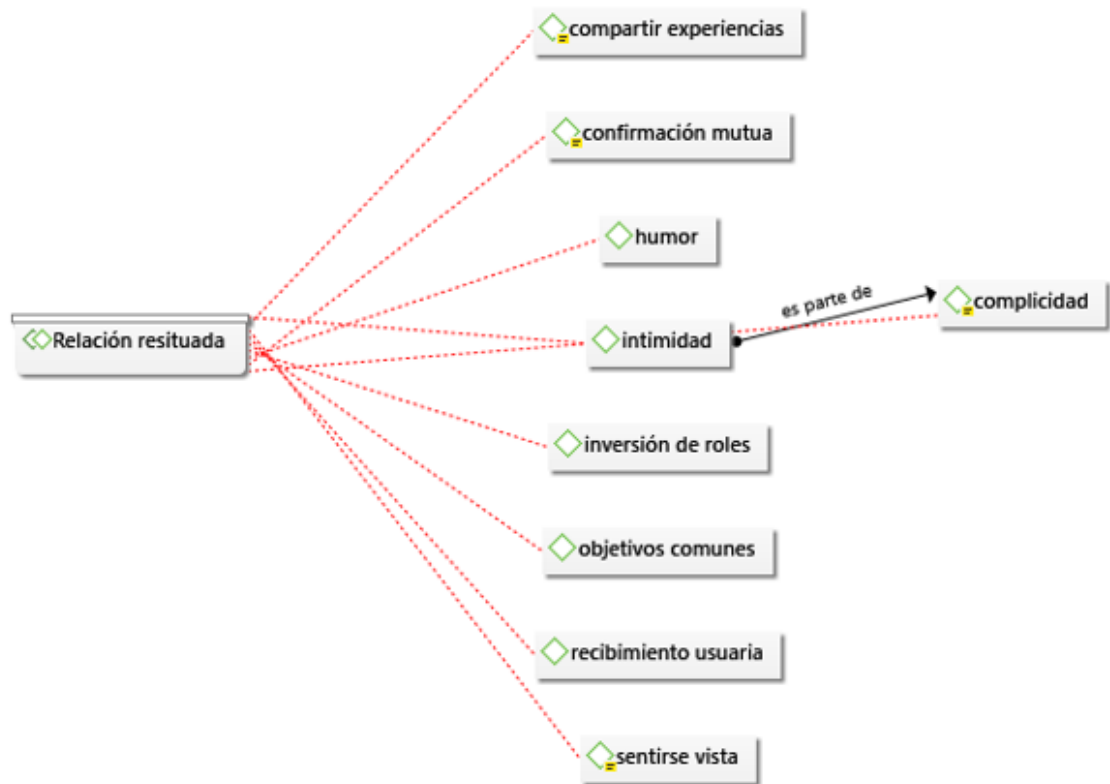
relatar la primera VD que hizo a una usuaria “Porque primero me perdí (risas). Descubrí que era muy lejos, llovía mucho ese día te acordái? Llovía un montón, y yo andaba dando vueltas por acá po (risas). Como “aló, ¿(usuaria)? ¿Dónde es?” y después llegué...” (Entrevista 1, p.9).

Podríamos relacionar el sentido que se le da a la dimensión humana, con un aspecto epistemológico que ha ido transformando el rol terapéutico, desde uno distante, objetivo y neutral en las visiones más tradicionales, a otro posmoderno impulsado por la cibernética de segundo orden, que considera activamente el lugar que ocupa el profesional y por lo tanto el observador, en la relación. Esto supone que la relación con el/la usuario/a y su familia involucra siempre un acto interpretativo, donde el terapeuta no puede sino poner en juego sus propias premisas, creencias, su pertenencia cultural, de género, etc. (Henríquez y Rodríguez, 2011). Los/as psicólogos/as entrevistados parecen estar conscientes de esto último, por lo que no tienen mayor problema en explicitarlo abiertamente con los/as usuarios/as, sin temor a perder alguna ansiada objetividad. Podríamos verlo en cuestiones más sutiles que aparecen constantemente en las conversaciones que esta investigadora ha presenciado, como por ejemplo en esta frase breve que antecede una opinión “Desde mi punto de vista yo creo que...” (Entrevista 1, p.1) o también “Para mí fue bien distinto al menos...” (Entrevista 1, p.9) ¿Por qué considerar que esta posición de abierta subjetividad puede ser relevante? Pues sin duda es un aspecto que se ve en cada uno de los terapeutas entrevistados, lo que nos hace pensar que las impresiones e hipótesis que éstos plantean a sus usuarios, son entendidas como meras propuestas y no como una verdad única acerca de la realidad del otro. Quizás sea un aspecto que también ha contribuido con la cercanía vincular, pues en términos ético-políticos se alienta a que los/as usuarios/as se involucren activamente en los procesos, pudiendo mostrar concordancias y discrepancias con el profesional en un ambiente de mayor libertad y menor peso subyugador del saber/poder que nos plantea Foucault (2002).

3. Relación re-situada

Como se adelantó anteriormente, nos topamos en las entrevistas con otro componente relevante, que remite a la oportunidad que ofrece la VD por su capacidad de transformar y fortalecer el vínculo terapéutico. Hay una serie de hebras que se van tejiendo en ese sentido, todas ellas necesarias e interdependientes, en una contribución directa a que aparezcan recursos relacionales diversos. No olvidemos lo propuesto por Opazo (2001, en Arredondo y Salinas, 2005) respecto del peso que debe otorgarse a la alianza, al potenciar la fuerza del cambio terapéutico a partir de un clima de seguridad, apertura y cooperación mutua. No obstante, ni éste ni otros autores logran dar cuenta de aspectos extraterapéuticos que influyen en que este vínculo de complementariedad se dé. A lo sumo se mencionan cuestiones relativas a la historia personal de consultante y psicólogo, como un factor que puede beneficiar o no la relación entre ambos (Arredondo y Salinas, 2005).

En la bibliografía que se ha revisado, quedan excluidos de toda consideración aquellos elementos contextuales que podrían influir en el vínculo, por lo que será precisamente eso lo que profundizaremos en este apartado, esto es, ¿cómo interviene el espacio domiciliario en la relación terapéutica?



3.1 Recibimiento del/la usuario/a: Partamos por el principio. Ese momento en que la VD inicia, de la mano de un/a consultante que abre las puertas de su casa y cuya manera particular de hacerlo, dará señales significativas para valorar cómo se irá construyendo el vínculo entre ambos. A diferencia del box, es el/la usuario/a quien guía y define las reglas, respecto de los espacios que abre, la ubicación que propone para la conversación, así como a quiénes incluye en ésta. Es posible evidenciarlo en una nota de campo “Nos disponemos a tomar asiento en los sillones, guiados por la dueña de casa. Ella usa el sofá más grande y terapeuta e investigadora en los sillones que se encuentran al frente” (Entrevista 3, p.1). Respecto de las reglas de convivencia en su hogar, las usuarias tienden a priorizar por una presencia personal informal, lo que ya da luces del tipo de interacción que proponen al psicólogo que las visita. Pareciera ser que, de entrada, le hacen saber que la conversación podrá darse en un ambiente más distendido que el que predomina en el contexto institucional. En una nota de campo puede apreciarse aquello “La usuaria está vestida con ropa suelta, cómoda, y pantuflas” (Entrevista1, p.1). Así también, en otra entrevista, se registra “(...) la usuaria sale a recibirnos al portón que antecede a su casa. Vestida con ropa cómoda y

zapatillas” (Entrevista 2, p.1). Por otro lado, en las distintas entrevistas las usuarias dan señales de a quiénes y cómo incorporarán a los integrantes de su casa. Esto incluso puede trascender a la familia, como es el caso de una consultante, que desde el ingreso prioriza la participación de sus mascotas, las que incluso entran a la casa y se sitúan junto a los entrevistados. Con ello, se deja entrever que deben ser considerados como miembros protagonistas del sistema familiar, lo que nunca se habría contemplado en un encuadre de box. La nota de campo describe “La usuaria sale a abrirnos el portón, con sus dos perros, que saltan y juegan con nosotros. Ingresamos al living-comedor...” (Entrevista 1, p.1).

Predomina un estilo acogedor, propio de quien se encuentra en una posición de anfitrión. Las usuarias entrevistadas procuran hacer sentir cómodos a sus terapeutas, atendiendo a detalles que respondan justamente a la *dimensión humana* de la que ya se ha hablado, pues se anteceden a necesidades que los profesionales puedan tener luego de haberse trasladado hasta sus casas. Esto se manifiesta verbalmente por un terapeuta “Y en el caso de la misma (usuaria) fue muy cómodo. Fui, como siempre, (usuaria) con un vaso de bebida recibiéndonos...” (Entrevista 2, p.9). Otro terapeuta señala algo similar “(...) acá es su casa, o sea, ella es la que me dice dónde me puedo sentar, es la que ofrece el té, es la que trae el agua, es la que se mueve, ¿cierto? Es distinta la relación” (Entrevista 1, p.10).

Sirve también traer la siguiente imagen, que retrata precisamente el cuidado de la usuaria por recibirnos, en la misma entrevista, con un vaso de jugo helado, atendiendo al día de calor en el que fuimos a visitarla:



(Entrevista 2, Imagen N° 1)

Por último, podríamos hipotetizar que dicha actitud de hospitalidad no se encuentra del todo ajena a un componente de género, pues todas las usuarias entrevistadas eran, coincidentemente, mujeres. No olvidemos que lo femenino está asociado, en nuestra cultura, a aspectos relativos al cuidado y al despliegue de funciones domésticas, como atender, alimentar o abrigar a los demás (Saldaña, 2018; Larrañaga et al, 2009; Ospina y Soto, 2001).

3.2 Inversión de roles: También como un aspecto complementario a la *dimensión humana del terapeuta* y al mismo tiempo, como una consecuencia de que sea el/la usuario/a quien se encuentra en posición de anfitrión, podemos dar cuenta de la relevancia que adquiere, sobre todo en la jerarquía propia de la terapia tradicional, que la VD invierta los roles, para con ello horizontalizar los procesos que allí se desarrollan. Un terapeuta asegura:

(...) una relación mucho más cotidiana y horizontal en realidad, y que para mí ha sido muy fructífera, no solamente con (usuaria) sino en la mayoría de los casos que llevo. No le tengo miedo como a perder este rol jerárquico invisible como del experto y el paciente (Nota de campo: tono irónico al hablar de estos roles). (Entrevista 2, p.10).

Esto mismo lo distingue una usuaria, al referir cómo la casa ha permitido una convivencia distinta entre el psicólogo y ella:

(...) como dije, o sea... el separar eh... distancia entre un profesional y yo, entonces hay otro... hay... se... hay... se unió un lazo que como digo, que al tratar de yo como paciente a profesional, que él está más cercano de mí. (Entrevista 2, p15).

Los terapeutas se sorprenden al ver que los/as usuarios/as se movilizan, volviéndose más activos y menos obedientes que en el centro de salud donde se solían suceder los encuentros. Uno de ellos asegura:

(...) eso me pasa de distinto con el box, porque el box o el (Centro de Salud Mental) es como... nuestro espacio po, como que nosotros encuadramos, como que de cierta forma nosotros la llevamos, porque estamos ahí, somos como los dueños de casa. (Entrevista 1, p.10).

Y luego profundiza:

Porque siento que aquí, ella la lleva po. Allá, de cierta forma... ella es más pasiva, en el (Centro de Salud Mental) (...) Acá no po. No me había dado cuenta de eso nunca. Creo que también es el poder que tienen las visitas po, de ver al usuario, a las personas en una dinámica distinta a la que la vemos siempre. (Entrevista 1, p.10).

El control, entonces, empieza a ejercerse cada vez más por los/as usuarios/as y cada vez menos por los profesionales.

Y como se mencionó anteriormente, al hablar de la actitud terapéutica de *promueve comodidad*, es posible distinguir que la responsabilidad del/la usuario/a se vuelve mayor al posicionarse como dueño de casa. Una usuaria define esto aludiendo a aspectos que el terapeuta suele controlar y que al recibirlo en su casa, es ella quien los empieza a asumir “(...) veía la hora... esas cosas así (risas)” (Entrevista 1, p.11), lo que supone una cuota de inquietud y ansiedad adicional. Agrega más tarde otra preocupación “Claro, que esté ordenado (risas). Que las perritas no hagan tanto desorden, cosas así” (Entrevista 1, p.11).

Podemos volver a remitir a los orígenes del trabajo social, en los tiempos de Mary Richmond, pues esta autora destacaba justamente el valor de la VD como una oportunidad para que la jerarquía cambiara y fueran las familias las que asumieran la posición de anfitriones, a diferencia de lo que ocurre en la dinámica de despacho (González Calvo, 2003).

Entendemos, de aquí, que hay aspectos vinculares que no podrían darse si la psicoterapia ocurre sólo en la institución de salud, por lo que la visita abre todo un mundo de posibilidades relacionales. Incluso, podríamos avanzar un peldaño más y mencionar la acción micropolítica que este intercambio de roles conllevaría, al promover la conciencia en los/as consultantes de su propio poder como actores sociales, y no como meros receptores de la acción terapéutica (Pakman, 2006).

3.3 Íntima complicidad: Un área de sentido que aparece constantemente en las entrevistas es la proximidad que psicólogos/as y usuarios/as van logrando con los encuentros domiciliarios. Es posible notarlo en varios registros distintos, algunos muy explícitos y otros que operan a través de señales más sutiles, propias de la interacción. Algo que sin duda facilita el reconocimiento de aquello, es la presencia de la propia investigadora, pues al ser una figura ajena a la relación terapéutica, deja en evidencia aquello que es propio y único de dicho vínculo, y por lo tanto, aunque se esfuerce, no compartirá, pues no ha participado de los códigos y juegos de lenguaje que han ido construyendo en conjunto el terapeuta y consultante.

Hay señales que, desde el inicio, se logran ver en la comunicación que establecen ambos, dando cuenta de la complicidad y cercanía que se ha consolidado. Algunas notas de campo lo retratan así, como por ejemplo cuando llegamos a la casa de una usuaria: “Saluda cariñosamente al terapeuta” (Entrevista 2, p.1), y luego se agrega: “Nos lleva hasta su casa, mientras conversa animadamente con el terapeuta” (Entrevista 2, p.1). En esta entrevista, así como en otras, abundan los diálogos en que terapeuta y usuaria se miran, precisan temas en común o pasajes de la vida familiar, abstrayéndose de la entrevista y de la investigadora. En estos intercambios, los terapeutas se disponen en una actitud de curiosidad, respondiendo animadamente y mostrando conocimiento de cada uno de los detalles que las usuarias mencionan.

Una de ellas explicita aquello, cuando refiere “(...) una cierta complicidad que yo puedo contarle cosas muy íntimas y él me puede orientar” (Entrevista 2, p.1). Más tarde profundiza en esta idea:

(...) eso me hace sentir muy bien porque él sabe tantas cosas que me han pasado, que hemos podido comentar los dos, hemos podido analizar... en situaciones muy malas que he tenido yo, él ha estado conmigo, y siento que él me entiende mucho (Nota de campo: cuando dice esto sonrío y mira al terapeuta), o sea... a pesar de que él es joven, él me contiene y esas son las cosas que a mí me ayudan po. (Entrevista 2, p.2).

Además, reconoce el potencial terapéutico que dicha complicidad conlleva, pues resulta ser un aspecto que contribuye al alivio del sufrimiento/malestar “(...) puedo decirle todo sin guardarme nada, y eso me alivia mucho, o sea, en las consultas que yo tengo con él, me alivian mucho, salgo muy bien de cada consulta que tengo con él” (Entrevista 2, p.2). Se provoca una atmósfera de intimidad que acerca afectivamente a terapeuta y consultante, lo que podemos asegurar, es un elemento crucial que también se asocia con la confianza de la que ya se ha hablado anteriormente. En las notas de campo también queda registro de dicha intimidad: “Se miran mutuamente, provocándose un espacio de intimidad entre ambos. Yo contemplo el diálogo” (Entrevista 2, p.17). Otro registro etnográfico, en la misma línea, dice: “Ingresamos al living, donde terapeuta y usuaria intercambian palabras asociadas a la familia, poniéndose al día. El terapeuta me presenta y la usuaria, en un primer momento, no se dirige a mí sino sólo al terapeuta” (Entrevista 3, p.1). Más tarde, se dan situaciones similares, como en este diálogo en que hablan de la conmemoración de la muerte del esposo de la usuaria:

- T: ¿Y ahí van a estar todos los hijos?
- U: Eh, sí. Sí...
- T: ¿Y el hijo de Punta Arenas viene igual?
- U: Eh... no sé si irá a venir, porque no... no me ha dicho. Porque él llega en enero, en enero va a llegar
- T: ¿Va a venir?

(Nota de campo: inician un diálogo breve en que el terapeuta da cuenta de conocimiento e interés en la familia de la usuaria. Se miran). (Entrevista 3, p.4).

Hay algunas explicaciones que los involucrados logran hacerse para comprender cómo es que la intimidad se ve fortalecida en el espacio domiciliario. Un terapeuta señala:

De intimidad. Sí. De conocer el mundo de la (usuaria). Porque allá (en la institución de salud mental) es como que uno se trata de aproximar al mundo de ella. Si bien ella está allá y va con su mundo siempre, con lo simbólico de su mundo, con su significado, no sé... con sus historias, eh... acá es como que es el escenario donde todo pasa po. Entonces yo creo que esa es la intimidad que es muy distinta, desde lo físico, lo concreto. (Entrevista 1, p11).

Y otra usuaria alude a lo mismo, cuando da cuenta de la pausa que significa en su rutina la VD del terapeuta, como si con ello refrescara su cotidianeidad:

Que venga para acá es ameno, o sea, de hecho yo, de ayer cuando me enviaste el mensaje de que venías, yo ya dejo todo así de lado, ya porque (terapeuta) me va a venir a ver y vamos a conversar y todo eso para mí... es muy satisfactorio, me siento muy bien. (Entrevista 2, p16).

No es casual que esto opere con mayor fuerza dentro de la casa, porque como asegura Bachelard (1965) al hablar del hogar, es su condición de refugio primario lo que brinda protección y resguardo, generando las condiciones de recogimiento para provocar contextos de intimidad, que en ningún otro espacio podrían lograrse. Esto no sería exclusivo de la especie humana, sino de todas aquellas que anidan y que por lo tanto, provocan una diferencia espacial entre el mundo y ellos. Este elemento entraría en contradicción directa con lo que propone la psicoterapia tradicional, al mantener un setting en box bajo el supuesto de que ese sería el escenario ideal para la conversación y el cambio. No olvidemos lo que asegura Frank (1988) al respecto, al justificar el ritual terapéutico de la consulta por ser un espacio necesario para brindar seguridad y confidencialidad al consultante. En lo visto en este estudio, al menos, parece ser que existen otros espacios con las mismas – o mejores – condiciones.

Además, el contacto con un entorno que está plagado de sentidos, relativos, por ejemplo, a los vínculos afectivos que el consultante mantiene en su casa, es algo crucial, pues le permite también al terapeuta ingresar y relacionarse directamente con ello, haciéndose parte de la experiencia común. Uno de los profesionales describe, por ejemplo, el valor que tuvo la experiencia de cercanía con las mascotas de la usuaria, lo que no involucró palabras, sino sólo gestos de proximidad:

(...) a mí igual me llamaron la atención ellos po. Sí, la (perra 1)... el (perro 2), la primera visita, que era chiquitito, entonces estuvimos como hartito haciéndole cariño, lo tuve cargado, me acuerdo. Eh... estuvimos ahí, que es como el sillón de la (perra 1). (Entrevista 1, p.12).

También en una nota de campo se describe: “Entrevistada y terapeuta interactúan con los perros, con comodidad, él silbándole a los perros y ella buscando galletas para que la hermana les dé” (Entrevista 1, p.1). El mismo profesional señala, mientras se dirige a la usuaria:

(...) creo que esa intimidad que tu mencionabas de verdad se siente acá... se nota que... que es tu lugar, que lo quieres... hartito. Que lo cuidas. Y... por lo mismo es que se agradece más todavía el poder estar acá y compartirlo. (Entrevista 1, p16).

Así como para la investigadora su posición de tercera foránea a la relación fue un aspecto relevante que le permitió encontrar signos de intimidad y complicidad entre los actores entrevistados, así mismo parece que los involucrados pudieron distinguirlo mejor al tener a esta figura ajena presente. Un terapeuta habla de ello al final de la entrevista, cuando muestra coincidencias entre las vivencias de él y la usuaria, que hasta el momento no había notado:

(...) me llamó la atención que a los dos nos hizo sentido, porque yo pensaba que había sido como a mí no más... pero ella igual lo recordaba, mucho; eh... significativo, porque como que sustenta aún más allá la confianza y el vínculo de nosotros. Porque como que... tú presencia, por ejemplo, (investigadora), en este momento, a pesar de ser como externa al proceso de nosotros, no fue para nada invasiva porque yo creo que mutuamente nos sentimos seguros, por lo tanto cualquier presencia se correlaciona a nuestro vínculo. (Entrevista 2, p.17).

En la proxémica también es posible distinguir esta complicidad, que acerca la relación terapéutica, distanciando otras figuras. La misma investigadora lo refleja a los entrevistados, cuando les comenta: “hasta en cómo nos ubicamos en la mesa (risas), se nota la relación de ustedes... de manera súper instantánea se sentaron los dos frente a frente” (Entrevista 1, p.15).

Otro terapeuta, expresa lo mismo de manera no explícita, toda vez que cuando percibe que la usuaria no entiende las preguntas de la investigadora, él ágilmente hace el esfuerzo por

traducirlas, en palabras o formas que sean más cercanas a la usuaria. Un ejemplo de ello es esta pregunta, ya replanteada: T: “¿Y en la cocina cómo se siente?”, a lo que sigue esta nota de campo:

Es habitual que el terapeuta reformule las preguntas, ayudando a la usuaria a profundizar en los contenidos que como investigadora voy explorando, operando como puente dialógico. Es posible atribuirlo a la confianza y cercanía entre ambos y a que el terapeuta conoce el mejor modo de llegar a ella, entrando en juegos de lenguaje comunes. (Entrevista 3, p.9).

Lo anterior da cuenta de un esfuerzo protector, que también parece ser parte del sentido que orienta la construcción de una complicidad mutua. A su vez dicha lealtad se expresa recíprocamente, en el trato de la usuaria hacia el terapeuta, por ejemplo intentando corregir alguna información que él desconoce, susurrándolo para que la investigadora no note el error:

- U: No nos vinimos del campo... (Nota de campo: “disminuye el tono de la voz, como intentando que sólo el terapeuta escuche la aclaración que hace”)
- T: ¿No se vino del campo?
- U: No, nosotros vivíamos allí arriba en Lourdes, un poco más arriba. (Entrevista 3, p.17).

3.4 Objetivos comunes: Es fundamental esta dimensión vincular, pues como se menciona en el marco teórico de esta investigación, para entender el concepto de sentido es necesario considerar que éste es relacional, por una parte, y por otra, nos orienta siempre en alguna dirección (Holzapfel, 2005). Esta condición se cumple a cabalidad en la relación que establecen terapeutas y consultantes, pues consensuan objetivos comunes, que guían las acciones del proceso que establecen, tanto en el box como en el domicilio, estimulando con ello la implicación de ambos.

Un terapeuta refiere a esto cuando asegura “(...) que estamos como... como remando pal mismo lado, por así decirlo. Como que estamos tratando de llegar a algo po, a un objetivo como concreto también” (Entrevista 1, p.4), a lo que adhiere otro terapeuta: “desde el primer momento nació una forma de visualizar las cosas en conjunto, co-construida (Nota de campo: se miran y asienten, con gestos de calidez y cariño)” (Entrevista 2, p.1). Aquí puede

apreciarse que el mundo afectivo que se crea en el vínculo, contribuye a generar las condiciones para la construcción de este foco compartido. Otro terapeuta refuerza aquello, asegurando además que es necesario hacer uso de la alianza para estar revalidando permanentemente que dichas metas comunes se mantengan o si en cambio es necesario modificarlas:

(...) una alianza por así decirlo pa poder llegar como a los mismos objetivos. Como que no nos ha costado plantearnos objetivos en común, hemos ido como construyendo eh... objetivos en conjunto, he tratado siempre de preguntarle si le parecen esos objetivos, si estamos bien así, si estamos avanzando... si le sirve lo que hacemos en el fondo; porque creo que eso es nuestra guía po. Como la retroalimentación que uno necesita también en el proceso. (Entrevista 1, p.3).

Es muy relevante esto último, pues en la definición de las VD desde distintos modelos revisados, se considera al profesional como quien delimita unilateralmente los objetivos de la intervención, ubicados muchas veces en aspectos puramente evaluativos (González Calvo, 2003; Quiroz, 1994; Campanini y Luppi, 1991), siendo escasas las propuestas dirigidas a una posibilidad colaborativa a la hora de establecerlos. Por ejemplo, el Programa Chile Crece Contigo (2009), al estar orientado a la primera infancia, delimita de antemano el motivo de consulta a trabajar¹⁸, lo que restringe las opciones a acordar con los/as usuarios/as, contribuyendo a generalizar las problemáticas en vez de particularizarlas.

En las entrevistas, en cambio, aparecen objetivos que están sujetos a modificaciones a lo largo del proceso, lo que se va encadenando en un análisis conjunto, donde un plan de trabajo va llevando a otros, en la medida que aparecen aspectos que se relacionan con el motivo de consulta inicial. Un terapeuta lo describe así “(...) y luego empezamos a amplificar esa necesidad a otras áreas también, de las relaciones, de su misma historia de vida” (Entrevista 2, p.2). En este transcurso flexible, parece que en ocasiones también se hace necesario

¹⁸ Para mayor detalle de dicho motivo de consulta, dirigirse al Marco Teórico de la presente investigación, pág. 23.

priorizar, distinguiendo lo fundamental de lo secundario. Apunta a ello otro psicólogo, cuando señala:

Irnos enfocando más en algunas cosas que otras, hemos como... tratado de ir identificando como ciertos patrones también que hay en la apreciación de la realidad; como que constantemente, algo que hemos conversado, que cuando usted se siente mal de repente suele quedarse callada. (Entrevista 3, p.5).

3.5 Compartir experiencias: Partir advirtiendo que esta zona de sentido está directamente vinculada con la *dimensión humana del terapeuta* y la *inversión de roles*, ambas ya ampliamente definidas en esta discusión. ¿Qué tienen en común? Principalmente que operan con el mismo patrón: el tránsito hacia una mayor horizontalidad, como una ruta natural en que estos terapeutas se embarcan con sus usuarios, cuando incluyen las visitas en el proceso psicoterapéutico.

Ahora, lo particular en este caso es la aparente espontaneidad que brinda el espacio domiciliario, lo que parece propiciar que terapeuta y consultante sientan mayor libertad para compartir experiencias personales, cotidianas, a veces anecdóticas, que no tienen necesariamente relación ni con el motivo de consulta ni con los objetivos. Queda de manifiesto en esta cita:

Me encanta en realidad el hecho de trasladarme del contexto de box, cerrado... no adornado, están bastante como... fome (risas) los box del (Centro de Salud Mental), frente a una casa en la que el... como trato personalizado eh... incluso se hablan cosas ajenas al contexto terapéutico en sí po. (Entrevista 2, p.10).

Aquí se aprecian las dos manifestaciones de un mismo elemento, uno implícito y el otro explícito: el terapeuta parte comentando cómo se siente él al cambiar de locación, aludiendo a aspectos estéticos y de trato que le son relevantes y que lo hacen sentir mejor. Da cuenta de su experiencia pero sin declararlo abiertamente aún. Y luego agrega que es posible hablar de cuestiones distintas a lo estrictamente terapéutico, lo que puede entenderse como un modo

de otorgar un significado evidente a lo que antes muestra sólo descriptivamente: la experiencia.

La posibilidad de ambos de hacer esto mismo, se puede desprender también de este diálogo:

- U: Como no tengo cable, entonces, obligado a ver eso
- T: Por lo menos ahora hay más canales sí ¿ah? Antes habían... el 13 y el 7 no más po
- U: Sí po ahora hay... no pero aquí se ven tres
- T: ¿Ah, sí?
- U: Sí
- I: Se ven tres no más...
- U: Eh... el Mega y el Chilevisión... el nacional... ese
- I: ¿El 13?
- U: Sí, el 13
- I: ¿Y el TVN no se ve?
- U: Sí, pero se ve mal
- (...)
- T: ¿Y por qué? ¿La antena está mala?
- U: Están todas quebradas las antenas
- T: Chuta ¿Y nunca ha tirado antenas pa fuera?
- U: No. Mi marido antes tiraba pero ahí en la tele de la cocina. Pero (...). (Entrevista 3, p.12).

Este es un ejemplo de cómo la conversación muchas veces se vuelve circunstancial, permitiendo, sin mayor apuro, que eso también pueda desplegarse en la conversación. De hecho, diálogos como éste toman varios minutos durante las entrevistas. En el contexto institucional, en cambio, los tiempos y las temáticas suelen estar más estructuradas y dirigidas a materias especificadas, muchas veces de antemano, cuestión que ya será profundizada más adelante¹⁹, cuando se hable de cómo se manifiestan las prácticas institucionales de box, versus la exploración que se da en la VD. Una usuaria da cuenta de esta posibilidad que

¹⁹ Cuando se haga referencia al sentido de *exploración*, en esta misma discusión.

ambos dan, cuando dice “Sipo, claro, porque yo lo escucho a él y él me escucha a mí, mis cosas que ahí compartimos (risas)” (Entrevista 3, p.6).

Otro ejemplo de estas conversaciones circunstanciales que parecen cobrar sentido para los participantes, es esta nota de campo: “Conversamos informalmente (usuaria, terapeuta e investigadora) acerca de nuestras experiencias personales con nuestras mascotas, frente a lo que la entrevistada muestra un gran interés, aconsejando al respecto desde su experiencia” (Entrevista 1, p.1). Frente a este entusiasmo que muestra la usuaria cuando se adentra en la conversación, cabría preguntarse ¿será entonces que esta oportunidad para compartir experiencias tiene un valor terapéutico? ¿Será que por ello el terapeuta intenciona que esto ocurra, otorgándole un valor? ¿O acaso el sólo hecho de estar en el territorio del otro hace que sea más considerado y condescendiente con los temas en que la consultante muestra interés? Con los elementos que contamos, no es posible aventurarse a dar una respuesta certera. Pero sí podría hipotetizarse, al menos, que existe un sentido dado a permitir que la práctica de comentarios y conversaciones espontaneos y cotidianos, tengan un espacio abierto dentro de la VD. Tal vez sea posible aludir, inclusive, a un componente poético en este acto, pues, según Pakman (2011), éste aparece al “traer a la presencia y producir mundos”, lo que, sin tener aparejado un significado claro, opera generativamente. Podría pensarse, entonces, que dichos eventos poéticos tienen más alternativa de ocurrir si terapeuta y usuario brindan espacio a una variedad de experiencias que no necesariamente han pasado por cedazos de simbolización claros o evidentes, pero que sí abrazan sentidos que pueden ser ricos y movilizadores.

3.6 Sentirse vista: Esta zona de sentido hace alusión al impacto que tiene para las usuarias que el terapeuta les dedique atención y se interese por lo que ellas comunican y por sus vidas, lo que en definitiva genera la sensación en ellas de ser importantes para el otro. Si bien esto último se relaciona abiertamente con el sentido de *inspira confianza*, referido en el apartado anterior, el énfasis que aparece aquí está situado en el vínculo y todavía más en la respuesta emocional que esto conlleva para las consultantes, al sentirse advertidas en su propio lugar de pertenencia: la casa.

Una de ellas da muestras de esto cuando decide, ya terminada la entrevista, enviar un correo electrónico a la investigadora para enfatizar un aspecto que se le había escapado en la conversación presencial, lo que, podríamos asumir, convierte al contenido del mensaje en algo relevante de comunicar. Allí puntualiza lo siguiente:

(...) la importancia de una visita ya que cuando uno va al (Centro de Salud Mental) a los cubículos es un paciente más... uno siente que no es tan importante o por lo menos mi caso que tengo el autoestima bajo. Sentir que soy uno más. Pero el que vayan a la casa a visitar, sientes que sí importas... que van hasta el hogar de uno, donde uno se desarrolla normalmente. Y valora esa visita, ya que se dan el trabajo de ir hasta la casa. (Correo electrónico anexo a entrevista 1).

Aparentemente, el gesto de esfuerzo que implica el traslado, sería, en sí mismo, un acto de consideración que le permite sentirse valorada de manera personal y particular, lo que, en cambio, no se alcanzaría en la sesión de box. Otra usuaria alude a lo mismo, cuando señala “Cuando he tenido crisis, por ejemplo, él siempre está presente; me siento apoyada, me siento confiada con él. Siento que no estoy sola, que tengo a alguien a quien puedo acudir. Y... realmente me he sentido muy bien” (Entrevista 2, p.2). Y luego agrega “También fue grato que él como psicólogo que podía entenderme más a mí (...) así también me podía ayudar mejor, conocernos mejor, conocer mi situación, conocer mis espacios y todo eso” (Entrevista 2, p.9). Se refleja, también aquí, que ese acercamiento comprensivo resulta todavía más apreciado cuando ocurre en el escenario domiciliario. En “sus espacios”, como ella misma lo cataloga.

Lo anterior no puede sino remitirnos a un aspecto ético significativo, relacionado con la abierta intención de alteridad con que operarían estos terapeutas (Rubilar, 2013), pues al visitar a sus consultantes y ocuparse de visualizarlos en sus particularidades, atienden a las diferencias que cada uno de ellos muestra en la relación con sus contextos de pertenencia, interesados por ver aquello que los hace distintos, y por lo tanto, validándolos en su condición de otro.

Bien vale mencionar que este *sentirse vista* no sólo se asocia a un componente psico-social, sino a otros aspectos también relacionados con el bienestar subjetivo. Por ejemplo, en

las entrevistas asoma un interés por las condiciones biomédicas de las usuarias, dando cuenta con ello de la perspectiva integral con la que se abordaría al ser humano. Podemos verlo en este diálogo:

- T: ¿Y cómo se ha sentido, a propósito?
- U: Oh, ayer me dolió, pero... ¡uhhh!
- T: ¿Sí...? Pero yo la veo movilizándose mejor que la semana que vinimos anteriormente
- U: No, sí po, ahora ya... de primera... no podía ni. (Entrevista 3, p.23).

A esta introducción le sigue un extenso diálogo en torno a las características de una operación reciente, las explicaciones del médico especialista, los años de recuperación y las diversas posibilidades de tratamiento posterior. Se agrega esta nota de campo: “la usuaria se dirige al terapeuta, explicándole detalles de su operación, lo que denota que cree que al terapeuta le importan” (Entrevista 3, p.24).

En definitiva, lo orientador de este sentido es la visibilización de los/as consultantes de manera amplia, siempre considerándolos en sus diversos ámbitos de participación y desarrollo. Un terapeuta lo declara así: “que puede estar clara de que yo me intereso por ella, y claramente eso le da oportunidades de apertura” (Entrevista 2, p.16). Habría, sin duda, un aspecto vincular que se refuerza con ello. Otro terapeuta señala:

Nos vamos a seguir viendo, nos vamos a seguir acompañando de acuerdo a las necesidades que vaya teniendo usted. Yo creo que esto de psicoterapéutico ya va teniendo eh... menos, y va teniendo más de compañía, de un acompañamiento y de una vinculación... que creo que no siempre está enfocado en lo estrictamente terapéutico. Es como más... más apoyo, más conversación, más reírse... como eso. Sí. (Entrevista 3, p.26).

3.7 Humor: un elemento común a todas las entrevistas realizadas, es la presencia de las risas como un ingrediente siempre presente, sobre todo en la interacción entre terapeuta y consultante. En la transcripción y en las notas de campo se evidencia constantemente. Por ejemplo, en este diálogo, en que se divierten al evidenciar la relevancia que el terapeuta le da en las VD a la comodidad de los nuevos muebles de la usuaria:

- U: Los sillones (risas). ¡Siempre me dice los sillones! (risas).
- T: (risa fuerte) ¡Están buenos los sillones po! (Entrevista 3, p.20).

O en la conversación de otra usuaria con su terapeuta, en que el foco de la risa es que la usuaria fue cambiando sus planes de vacaciones: “(...) estuvimos dos semanas en la playa” (Nota de campo: risas entusiastas del terapeuta) (Entrevista 2, p.13).

También se ve como un componente que es parte de las connotaciones o reflejos que el terapeuta hace a su usuaria y que parece cumplir la función de normalizar y de destacar otras habilidades:

A pesar de que (usuaria) no es una persona... ya sabemos po, que hable mucho, ¿cierto? (risas) o... eh... no sé, como muy buena para hablar (...) ha sido algo como que ella también ha ido conociendo... más introvertida, esa es la palabra. Pero sin embargo como que no me aburro de conversar con ella, porque siempre hay cosas nuevas que explorar, y dentro de eso también es súper sencilla po. Es sencilla, es cercana. (Entrevista 1, p.4).

Podemos ver, con ello, que el sentido del humor no se asocia a algún ámbito específico de la relación, ni menos se restringe a alguna temática en particular, sino que ocurre transversalmente en el vínculo entre ambos, al servicio de lo que podrían ser intenciones diversas. Esto podría asociarse a que se ha establecido, en la relación terapéutica de la VD, como uno más de los *juegos de lenguaje* (Wittgenstein, 1999). Y al mismo tiempo, puede ser, más allá del lenguaje, un emergente experiencial en el que ambos están implicados activamente, otorgándoles valor. Un elemento más de lo que Bateson (1979, en Bianciardi, 1993) llamaría *premisas lógico emotivas*, pues no nos es posible identificar con claridad qué nos hace responder desde la risa. Más bien es un aspecto que excede nuestra conciencia, que se asocia a aspectos personales, relacionales y hasta culturales y, por lo tanto, no alcanzaríamos a dar cuenta de todos los significados que son parte de ésta.

Ahora bien, sí podemos encontrar, como orientación clara que el terapeuta le da a la función del humor, la contribución al proceso psicoterapéutico, al permitir reformulaciones de vivencias complejas que son parte del problema trabajado. Un terapeuta señala:

Sí, y yo diría que lo que distingue este espacio (...) yo encuentro que son sesiones como con cariño y también con sentido del humor, así como... como a veces utilizando el sentido del humor como una herramienta también terapéutica (...) a veces nos reímos al final, de algunas cosas que son medias trágicas. Nos reímos no más, y habrá que buscar por otro lado. (Entrevista 3, p.8).

Y además, se conseguiría reforzar la alianza terapéutica, lo que también contribuye a que desde ahí se sustente su sentido. Se ve en lo señalado aquí por el terapeuta “hemos incorporado con el paso del tiempo y en la medida en que se va dando más confianza, como otras estrategias pa sostener el vínculo, como el sentido del humor, de repente...” (Entrevista 3, p. 5).

Esta connotación terapéutica dada al humor, es mencionada por algunos autores, como Olson (1976, en Quezada y Gianino, 2015), quien asegura que éste favorece la relación terapéutica, pues demostraría aceptación y respeto al consultante, al mismo tiempo que le brinda una nueva perspectiva sobre sus problemas, brindándole una mayor sensación de control.

Cabría preguntarse si éste es un elemento que aparece de manera distinta en la casa que en el box, pues no es algo que se explicita del todo y tampoco nos es posible compararlo en la observación, dado que las entrevistas se desarrollaron siempre en el domicilio.

3.8 Confirmación mutua: Otra cuestión que se ha evidenciado en la relación que se da en la VD son aquellos gestos, señales o palabras que ambos orientan al otro como una manera de retroalimentarse y validarse. En esta coordinación pareciera que se fueran ensamblando, lo que se nota con fuerza en presencia de la investigadora, pues en la medida que uno de ellos habla, el otro confirma su versión asintiendo, diciendo que sí o complementando, de manera que quede aún más claro que es una versión compartida por ambos. Se puede ilustrar con un fragmento de un diálogo, en que el terapeuta me va contando parte de los significados que le han dado a la historia familiar de la consultante, mientras ésta confirma, verbalmente, lo dicho:

- T: Como en cuanto a los lazos...
- U: Sí
- T: ...y relaciones entre ustedes...
- U: Sí...
- T: El hecho de poder estar como en un basural y seguirían siendo igual de...
- U: Sí...
- T: ...de unidos si... Sin embargo también esto como de cambiar de casa ha sido como proyecto en común...
- U: Sí, en común
- (...) (Entrevista 2, p.6).

También en este breve diálogo de otra entrevista:

- T: Algo así como dos meses...
- U: Dos meses, sí. (Entrevista 1, p.2).

A lo que sigue esta nota de campo, que da cuenta de aspectos analógicos relevantes en dicho acto reforzador “Se miran durante este diálogo. El terapeuta va buscando visualmente la confirmación de lo que dice desde la usuaria, quien asiente permanentemente” (Entrevista 1, p.1).

Además, de lo anterior puede desprenderse que el contexto que promueve el terapeuta de *inspira confianza*, descrito anteriormente, genera condiciones para que cada uno se sientan representado desde la voz del otro, lo que a su vez se relaciona con la *íntima complicidad* que existe entre ambos y que ya fue mencionada. Así como las usuarias suelen permitir que los terapeutas hablen de ellas y sus historias, confirmando lo dicho, los terapeutas también parecen brindar el espacio para que sean ellas quienes den cuenta de cuestiones respecto del proceso, lo que deja en evidencia lo recíproco de esta confirmación. Se puede ver aquello en la siguiente nota de campo, luego de que la investigadora hiciera una pregunta sobre el proceso “El terapeuta mira atentamente a la usuaria, dejando espacio a que sea ella quien inicie la conversación” (Entrevista 2, p.1). Lo mismo ocurre al cierre de otra entrevista, cuando el terapeuta le ofrece la palabra a la usuaria: “Señora (usuaria), no sé, ¿usted? (Nota de campo: le brinda espacio a usuaria para que se exprese)” (Entrevista 3, p.27).

Se da una dinámica complementaria entre terapeuta y usuarios/as, donde ambos aportan a las conversaciones, existiendo apertura a los comentarios del otro y haciéndolos propios “Nos dimos cuenta que en realidad, desde nuestra relación, desde el primer momento nació una forma de visualizar las cosas en conjunto, co-construida (Nota de campo: se miran y asienten, con gestos de calidez y cariño)” (Entrevista 2, p.2).

Además, la confirmación mutua también implica que reafirmen las capacidades, logros y aspectos valiosos de cada cual, como elementos que han contribuido con el proceso, usándolo como refuerzo positivo pero también en un evidente tono de agradecimiento. Una usuaria refiere:

Analizo las cosas de otro punto de vista también, porque él me hace ver las cosas de diferentes maneras, las situaciones. Y eso me deja bien, me deja tranquila, me hace sentir más segura... y que se lo agradezco mucho a (terapeuta), porque su apoyo ha sido pero... ¡buenísimo! (Entrevista 2, p.2).

Más tarde, el terapeuta señala “(...) siento que tu compromiso como con mi trabajo ha sido maravilloso, y claramente por eso mismo te ha dado tan buenos resultados, porque te has comprometido (...)” (Entrevista 2, p.17). Lo que se relaciona con algo que ya había dicho:

(...) el sobreponerse a muchas cosas en su vida, me hicieron admirarla y tener como la obligación desde mí, como de devolverle eso, de que ella se diera cuenta de todo lo que ha hecho por su propia familia, y que se empiece a sujetar de eso para que posteriormente estas crisis no se den más. (Entrevista 2, p.2).

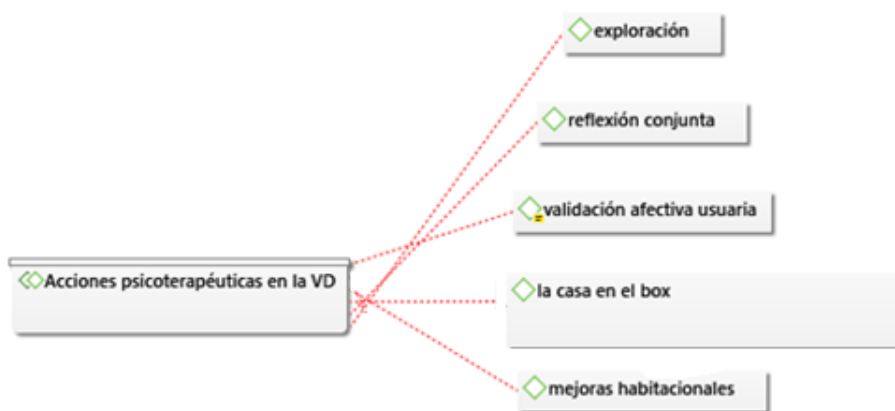
Esta reafirmación mutua, no obstante la ganancia que conlleva para estrechar el vínculo terapéutico, podría conducir o confundirse con una aproximación algo simbiótica entre ambos, que no de mayor espacio a la diferencia. Habría que estar alerta en este sentido, pues lograr un acercamiento desde la *alteridad*, como una condición ética esperable, también implicaría que terapeuta y consultante se vean y reconozcan en su condición de diferentes, evitando la fusión o el sacrificio de uno sobre otro (Rubilar, 2013). Confirmarse no necesariamente significa que esto no esté ocurriendo, pero cabría preguntarse si existen

también otros momentos donde sea posible diferir, sin que ello se viva como un atentado a la relación.

4. Acciones Psicoterapéuticas en la VD

Si bien ya se han puesto en discusión varios elementos que parecen tributar a un énfasis psicoterapéutico de las visitas presenciadas, nos detendremos en detalle en esta línea de sentidos, al ser algo que abiertamente contribuiría al proceso de reflexión y cambio que podría intencionarse con este tipo de intervenciones. No olvidemos que, por mucho tiempo, las VD persiguieron fines estrictamente evaluativos o instructivos, lo que las circunscribía en un ámbito de control social más que de transformación colaborativa (González Calvo, 2003; Aylwin y Solar, 2002), siendo algo que recién ha empezado a cambiar en las últimas décadas (González Calvo, 2013; Quiroz, 1994).

Entenderemos lo psicoterapéutico como todas aquellas acciones que se realizan en función directa con la resolución del motivo de consulta y de los *objetivos comunes* que consultante y psicólogo acuerden. Por supuesto, nos referimos a cómo esto ocurre en el escenario de la VD y no en otros espacios potencialmente generativos.



4.1 Exploración: Hay una oportunidad que los terapeutas suelen aprovechar a la hora de iniciar una VD y es justamente la alternativa que da el espacio habitacional y todo lo que

existe ahí, para poner en juego su curiosidad, utilizando los estímulos como pretexto para interrogarse sobre todo aquello que es relevante para el/la usuario/a. Un terapeuta lo manifiesta así, comparándolo con lo que ocurre en un box clínico:

No sé si uno tiene configurado qué, pero, por ejemplo en la llegada a un box psicoterapéutico, eh... cómo está hoy día, cómo está el ánimo... preguntar al tiro sobre componentes, por ejemplo, psicopatológicos; y el contexto de una visita domiciliaria preguntar sobre, oh, ¿y ese cuadro que está ahí? ¿Y esa foto? Oh, ¡qué lindo esto....! (Entrevista 2, p.10).

Otro terapeuta señala:

Sí po. Siempre es más... o sea, no sé si más enriquecedor pero complementa o amplía la información que uno puede obtener la visita domiciliaria. Es súper importante conocer el hogar de la persona, ¿hm?, e imaginarse cómo vive el día a día la persona, eso es súper enriquecedor. (Entrevista 3, p.16).

Podría vincularse esta intención terapéutica con lo que plantea Heidegger (1951) con la noción de *técnica*, pues en la VD se apela a que aparezca el otro en el presente, lejos de la neutralidad del box, donde si bien se puede hablar igualmente del espacio domiciliario y familiar, al no estar encarnado, aparece sólo como una mera abstracción. Una usuaria da cuenta de esta diferencia cuando afirma “Claro, aquí se ven las mandalas, allá (en el box) no (risas). Siempre me dice, tantas mandalas que tengo ahí.... Y tengo en la cocina, tengo en mi dormitorio...” (Entrevista 3, p.15). Se refiere con ello a la oportunidad que encuentra el terapeuta para explorar intereses de ella (hacer mandalas, en este caso), lo que en el box pasaría desapercibido.

Se abre una dimensión que permite la emergencia de nuevas temáticas y contenidos que, suponemos, no habrían surgido en la institución de salud mental. En este diálogo podemos verlo:

- T: Hm, no sé si por las visitas en sí mismo. Eh... pero se han abierto temas acá po
- U: Sí...
- T: Temas importantes

- U: Hm, hm
- T: ... acá en la casa que no se habían abierto en el box. Eh... y eso nos ha dado algunos giros también po, de hacia dónde vamos, de los avances.... Eso yo creo que ha sido importante. (Entrevista 1, p.14).

La casa sería, a su vez, un lugar que inspira al movimiento, para ir abriendo nuevos dominios de existencia del/la usuario/a además de los ya explorados en el setting habitual, accediendo con ello a las relaciones que en esos diversos dominios se establecen. Así lo sugiere un terapeuta, cuando dice:

Creo que la casa es como el primer espacio que se abrió para ir abriendo otros espacios, ir explorando otros contextos. Para darle también como un giro a las sesiones, al tiempo que hemos pasado, y hacerlo más dinámico aún po. Que no sea un espacio sólo de box, sino que también sea un espacio de vincular con otros como con la misma (perra 1) o por qué no con la (hermana melliza), o con otras personas significativas. (Entrevista 1, p.15).

En la misma línea se produce este diálogo, en que se explicita cómo en la casa han aparecido temas familiares, de salud y de participación comunitaria:

- I: Y eso significó entonces que, además de hablar de la pena que usted estaba pasando, pudieran hablar de otras cosas ¿no?
- T: Sí, sí
- U: Hablábamos de los hijos, cómo se portan los hijos, todo...
- T: De los paseos también...
- U: ¡De los paseos! ¡Este año me perdí todos los paseos! (risas)
- T: (risas) De la operación, que la estaba esperando. (Entrevista 3, p.23).

4.2 Reflexión conjunta: Si bien se relaciona directamente al sentido de *exploración* recién expuesto y también podría asociarse con varias categorías propuestas en el ámbito anteriormente denominado *relación re-situada*, toda vez que considera también un componente vincular central, el énfasis particular de esta categoría resulta interesante de mencionar por separado.

Esta zona de sentido implica, sin duda, un “nosotros”, como punto de partida. Es esa la condición característica para que ocurra un encuentro co-construido, lo que, como ya se ha dicho, es muy importante para estos terapeutas. Pero además, hay un elemento adicional y no menor, que es que de dicho vínculo nazca la oportunidad de generar un análisis reflexivo en que ambos, terapeuta y consultante, se hagan parte. Ese parece ser el acto terapéutico esencial dado a partir del vínculo.

Dicho análisis conjunto aparece en palabras de una usuaria, cuando evidencia cómo la conversación ha permitido re-mirar las prácticas que estaban ancladas a su problemática:

(...) igual me ha hecho ver cosas que a lo mejor yo en un momento como que las ignoré con, con... con tantas cosas, con tantos problemas, como que me fui decayendo ya, ya... eh, no veía más cosas, o sea, no analizaba esas cosas que hemos analizado con (terapeuta)... que parte de hecho de toda mi vida yo siempre fui así de una línea, seguir adelante, adelante, adelante, pero llegó un momento en que yo colapsé y como que perdí todo eso, o sea... no quería nada, lo único que hacía era dormir. (Entrevista 2, p.3-4).

Un terapeuta, en este mismo sentido, señala “(...) tratado de ir identificando como ciertos patrones (...) como que constantemente, algo que hemos conversado, que cuando usted se siente mal de repente suele quedarse callada...” (Entrevista 3, p.5).

Podemos encontrar claras coincidencias entre este análisis reflexivo y las propuestas recientes de González Calvo (2013), quien invita a establecer un modelo comprensivo en la VD, que ponga al usuario y su familia como eje central, en una relación de igualdad con ellos, haciéndolos partícipes de las acciones terapéuticas desde sus propios conocimientos y habilidades y no desde la imposición de un diagnóstico único que emane del saber profesional. Se destaca dicho saber en la siguiente cita: “Y con el tiempo nos hemos dado cuenta de que sí po, de que... no solamente desde lo externo como lo familiar, sino que ella tiene muchos recursos internos sobre los cuales agarrarse” (Entrevista 2, p.3).

4.3 Validación afectiva: Parte del abordaje común que muestran los terapeutas ante las problemáticas de sus usuarios y por tanto, al motivo de consulta que éstos plantean, es la

consideración y legitimación del sufrimiento, del mundo afectivo y de las necesidades que son relevantes para ellos en la resolución de los mismos.

Un claro ejemplo de ello son los relatos de los mismos terapeutas, pues aun cuando en las entrevistas no se les pregunta directamente por las áreas de sufrimiento de las usuarias, éstos tienden a dar cuenta de ellas, connotando cómo las VD han dado espacio a la expresión de dicho malestar. Uno de ellos refiere “En ese momento específicamente lo que dolía mucho a (usuaria) era un duelo por un tío, por (nombre de tío) (...)” (Entrevista 2, p.2).

Vale aquí mencionar la relación con el cuidado que propone Beder (1988, en Aylwin y Solar, 2002) a la hora de realizar una VD, para apuntar a una *aproximación sensible* a las familias. Este aspecto también es referido en los lineamientos propuestos por el Programa Chile Crece Contigo (2009), cuando se afirma que las VDI deben ser dirigidas de modo proactivo y sensible. No obstante, no queda del todo claro cómo es que esa sensibilidad se expresa en la intervención psicoterapéutica propiamente tal. Sí se habla de establecer una relación de confianza que esté atenta a las posibles resistencias familiares, pero no se ahonda en prácticas concretas asociadas a tal aspiración.

De las entrevistas sí se podrían desprender algunas prácticas relacionadas a cómo la sensibilidad al mundo afectivo del otro se ve palpada en la realización de las VD. La primera podría ser el acto mismo de visitar la casa, pues supone la comprensión de que allí se dan aspectos encarnados de dicha afectividad. Se puede apreciar esto en el diálogo siguiente entre investigadora y usuaria:

- I: O sea, si te entiendo bien, corrígeme si me equivoco, (usuaria), ¿también era relevante para ti mostrar eso que estaba ocurriendo a (terapeuta), más que sólo la conversación en el (Centro de Salud Mental), también en tu propio lugar?
- U: Eh, sí, por... me sentí bien porque sentí que él estaba en mi espacio y me podía entender mejor de... lo que yo estaba pasando ahí en ese momento, cómo me sentía yo. (Nota de campo: baja el volumen de la voz, denotando emoción en lo que recuerda) (Entrevista 2, p.9).

Con esta cita desprendemos que terapeuta y usuaria presumen que podría alcanzarse una mejor comprensión del sufrimiento cuando se accede también a los contextos específicos con que aquel está asociado. En este caso particular, por ejemplo, el duelo del que se habla ocurre después de un largo cuidado del familiar enfermo en el domicilio de la usuaria, por lo que las vivencias de pérdida eran parte del espacio que el terapeuta se disponía a visitar.

El contraste de dicho acercamiento sensible sería el ejemplo que se da en esta otra entrevista, que da cuenta de las consecuencias que tuvo para una usuaria que su anterior terapeuta no considerara la relevancia afectiva que revestía su casa, alentándola a abandonarla, como si en ese acto el dolor que ella sentía se fuera a aliviar. Queda manifiesto en este diálogo:

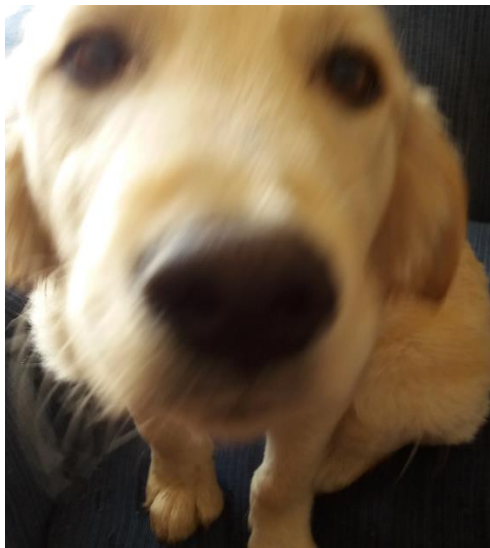
- T: De hecho una de las cosas que yo recuerdo de cuando... de las primeras sesiones de la señora (usuaria), me decía que el psicólogo anterior que la había visto le decía que se salga de la casa, que se cambie de la casa.
- U: Sí. Don (terapeuta anterior), el del consultorio fue ese. Y yo estuve dos años con él po.
- T: Entonces le decía que...
- U: Ahí sí que salía mal yo
- T: Ya...
- U: Me las lloraba todas, hasta aquí que llegaba a la casa” (risas). “Borre todo, saque las fotos, venda la casa, vaya y cómprese una casa más chica en otra parte” (risas).
- T: Faltaba que le decía, le dijera que queme la casa no más (risas).
- U: ¡Claro! (risas) “¡Sí! “Borre todo eso”, me decía.
- T: Sí, una de las cosas que...
- U: Entonces yo después no fui más po. (Entrevista 3, p. 21).

La validación de la que hablamos incorpora, además del sufrimiento, otros aspectos afectivos referidos a los vínculos significativos de los/as usuarios/as. Al interesarse por ellos,

el terapeuta le comunica al usuario/a su disposición a incluirlos activamente en el proceso psicoterapéutico. Como cuando un terapeuta señala:

(...) y parte de la visita, importante, fue como el vínculo con ellos (perros) po. Como el “oye, ¿y este cuántos meses tiene?” De dónde vino, la historia de él, cómo llegó, cómo lo conoció... de poder hacerle cariño... de vincularse también con ellos, porque son importantes pa la (usuaria) po. Yo creo que eso igual me llamó harto la atención, y es distinto a todas las otras visitas a las que he ido donde las mascotas no están o no son importantes. Tan importantes. (Entrevista 1, p.13).

Esta inclusión al proceso, entonces, no sólo supone un aspecto lingüístico puesto en la conversación sino acciones analógicas que también forman parte de dicho mensaje. Hacer cariño y dedicarle tiempo a las mascotas, en este caso, implica engrosar el sentido de validación dando señales concretas, palpables.



(Entrevista 1, imagen N° 1)

Con esta imagen se palpa todavía más la relevancia otorgada a dichos vínculos afectivos, pues la misma VD genera condiciones para que las mascotas estén siempre presentes, lo que, pareciera ser, provoca un contexto de calma que es beneficioso para que la usuaria se sienta segura en la conversación. Esta fotografía es tomada a sugerencia de la misma, cuando se le pregunta acerca de cuáles aspectos presentes en la entrevista, destaca como relevantes para ella. Es posible, incluso, detenerse a ver la manera en que su mascota se acerca a la

investigadora al momento de capturar esta foto, lo que podría hablar de una aproximación cariñosa que responde a una historia y a un contexto de vinculaciones previas.

El llamado entonces, se orienta precisamente a eso. A la posibilidad de que los terapeutas estén siempre permeables a incluir los vínculos afectivos significativos como parte del abordaje terapéutico, de manera que éste se adapte al mundo particular de los/as usuarios/as. A diferencia de conceptualizaciones standard, venidas de modelos psicoterapéuticos específicos, y que aunque útiles, están estructurados en función de generalidades.

4.4 La casa en el box: Es de todo interés comprender cómo es que usuario/a y terapeuta aprovechan el potencial de la información que podría brindar la casa, pero en la conversación que acontece en el box. Esto ocurre todavía con un caudal más intenso cuando ya se ha realizado una VD, pues la casa deja de ser una pura fantasía en la cabeza del terapeuta, tomando la forma de cualidades concretas que son producto de la escena que ambos han visitado juntos.

Este rol enriquecedor de la visita es precisamente lo que insinúa un terapeuta, cuando asegura:

(...) es súper enriquecedor, porque por ejemplo, ya a mí ya me da el panorama po, cuando la señora (usuaria) me dice “no, hoy día me quedé acostada”, o de repente, no sé... “hoy día estive todo el día en mi casa”, y yo me la imagino todo el día en su casa po y en la casa que es esta casa, o sea, en los espacios que tiene y todo (...) cuando me dice “me quedé dormida en el sillón”, yo me la imaginaba en el sillón durmiendo, y decía “esos sillones que tenía antes a lo mejor eran medios incómodos, habrá despertado media torcida la señora (usuaria)”. Pero ahora si se queda dormida en estos sillones sé que durmió bien po, porque son re cómodos. Pero sí po, uno se va imaginado a la persona en su espacio, en su contexto. (Entrevista 3, p.16).

No olvidemos lo que señala Heidegger (1951) cuando propone el “ser” y el “habitar” como sinónimos, lo que quiere decir que no sólo el ser se expresa en la manera en que el sujeto habita, sino que también cuando lo vemos – estar siendo- en cualquier espacio, andará trayendo a cuestras su habitar. Son aspectos que van siempre de la mano y que no es posible

disociar. Pues bien, esta premisa pareciera ser algo que los terapeutas consideran también a la hora de estar con su consultante en el encuadre tradicional de la institución, pues no pierden de vista que también ahí es posible sondear aquellos sistemas en los que el consultante participa, aun cuando no se esté accediendo directamente a ellos en ese momento. La VD ya les ha permitido compartir el espacio domiciliario, por lo que éste ya no sólo le pertenece al consultante, sino también a ellos, pues lo han experimentado directamente.

Ahora bien, no sería justo afirmar que el espacio domiciliario aparece recién después de haber realizado una VD. Esto sería, a lo menos, impreciso, pues aparentemente los terapeutas lo integran incluso previamente a hacer una aproximación presencial a la casa. Uno de los psicólogos lo relata así: “(...) de hecho una vez tenemos una entrevista vincular con la (usuaria), y hablamos como desde la primera entrevista dónde estaba viviendo, cómo había sido este proceso de cambiarse de casa. Me acuerdo que hablamos de las actividades que hace (usuaria) y era como importante la casa” (Entrevista 1, p. 6). Podríamos hipotetizar que, el puro hecho de que estemos entrevistando profesionales que realizan visitas como parte de su praxis, es una condición de posibilidad para que la escena domiciliaria se haga parte de los aspectos que éstos consideran a la hora de aproximarse a la vida de un consultante.

4.5 Mejoras habitacionales: Otro aspecto que los terapeutas incluyen en la psicoterapia que realizan en las visitas al domicilio, es la consideración a los aspectos estructurales que contribuyen –o no- con la resolución de la problemática abordada.

Esto escapa a la psicoterapia tradicional, que suele contemplar únicamente asuntos relativos a lo psicológico, como si fuera algo desconectado de lo contextual, cuestión que recién comienza a cambiar con los aportes realizados desde el trabajo social (Gonzalez, 2006; Quiroz, 1994), pero que se han mantenido todavía muy circunscritos a dicha disciplina, como si sólo sus representantes pudieran poner atención a aspectos materiales concretos de tales contextos cotidianos.

Un ejemplo de la diferencia constatada en los terapeutas entrevistados, que sí atienden activamente a las características habitacionales, es lo señalado en este diálogo, en que se explicitan las variables que influían en que la usuaria se sintiera mal en su casa:

- T: Sí, sí. Yo creo que en una primera instancia igual alguna vez vinimos en invierno, creo; y una de las cosas que conversábamos en la sesión anterior, la visita anterior que hicimos, es que ahora no hay olor a humedad, porque en el invierno hay olor a humedad...
- U: Había mucho olor a humedad... (Entrevista 3, p17).

Una usuaria, señala, en el mismo sentido: “porque cuando vivíamos en los departamentos (Nota de campo: se refiere a los departamentos tipo block de viviendas sociales, donde residió por varios años) era como todo muy oscuro” (Entrevista 2, p.4).

Además de esta atención, los terapeutas se movilizan todavía un paso más allá, intencionando que parte de lo terapéutico sea justamente contribuir a las soluciones de aquellos aspectos de malestar estructurales y/o funcionales. Dicha labor puede incluir la coordinación con otros profesionales, para gestionar fondos o mejoras financiadas públicamente. Se puede ver en el diálogo entre terapeuta y usuaria:

- T: (...) detectamos que habían algunas necesidades de reparación de la casa y de ahí gestionamos a través de la (trabajadora social) que es la asistente social, que es la... con quien igual ha tenido buen vínculo la señora (usuaria), y al final salieron materiales para arreglar la casa, porque había unas goteras...
- U: Sí po, arreglaron el techo. Arreglaron, cambiaron el techo de la casa. (Entrevista 3, p. 13-14).

En otras ocasiones, sin embargo, estas mejoras pueden no incluir a un tercero sino que son resueltas a partir de acciones que se acuerdan en el mismo espacio entre terapeuta y consultante. En este diálogo queda en evidencia, por ejemplo, la voluntad del psicólogo de disponerse él mismo en función de la resolución de la dificultad en cuestión, considerando que la usuaria ha reportado que una de sus principales distracciones/pasatiempos es ver televisión.

- U: Están todas quebradas las antenas
- T: Chuta ¿Y nunca ha tirado antenas pa fuera?
- U: No. Mi marido antes tiraba pero ahí en la tele de la cocina. Pero...
- I: Pero en la cocina se ven más canales, ¿o no?
- U: Eh... no, los... iguales
- T: Ah... podemos ahí un día hacer un invento con las antenas. (Entrevista 3, p.13).

A lo que sigue la siguiente nota de campo: “El terapeuta muestra un abierto interés por mejorar la calidad de vida de la usuaria” (Entrevista 3, p.13). Podría hipotetizarse, a su vez, que esta disposición se asocia a un aspecto cultural que podría estar influyendo en el tipo de vínculo que se ha generado entre ambos. Esto, en consideración a los roles de género y en este caso a una tarea que suele estar asociado a lo masculino, como la reparación de la vivienda. Sería imaginable, desde ahí, que el terapeuta en su condición de hombre, ofrece apoyo en labores que solía asumir el marido fallecido, en un intento por amortiguar algunas de las pérdidas funcionales que su rol conllevaba.

Si bien sería válido cuestionar acciones como ésta, por el riesgo de conducir a una relación de dependencia asistencialista, no nos detendremos a analizarlo aquí, sino más bien la rescataremos como una intención abierta que apunta a la resolución de las diversas problemáticas psicosociales de los/as usuarios/as, incluyendo aquellas relacionadas con su espacio doméstico.

Un ejemplo de aquello es lo que menciona la misma usuaria en cuestión, al explicarle a la investigadora porqué el terapeuta le refuerza permanentemente que haya decidido cambiar sus sillones por otros más confortables:

- U: Los sillones (risas). ¡Siempre me dice los sillones! (risas).
- T: (risa fuerte) ¡Están buenos los sillones po!
- U: Es que yo tenía otros sillones más chicos aquí po (risas). Y como tuve una arrendataria que estuvo como 4 meses, entonces se iba ella (...) ya po le dije “¿y a cuánto vende?” “\$80.000 pesos”, “ah ya po, yo se los compro”, le dije. ¡Y de ahí que están los sillones aquí! (risas). (Entrevista 3, p.20).



(Entrevista 3, imagen N° 1)

Esto da cuenta de que el fin no se vuelve puramente asistencial, sino que se enfoca en la mejora de los espacios y las dinámicas que los/as usuarios/as establecen en ellos. Prueba de eso es que, con los nuevos sillones (que se ven en la imagen), la usuaria recibe a sus visitas en el living, tal como ocurrió el día de la entrevista. Lo mismo ocurre en el siguiente ejemplo, cuando se habla de otras mejoras que la usuaria ha gestionado directamente:

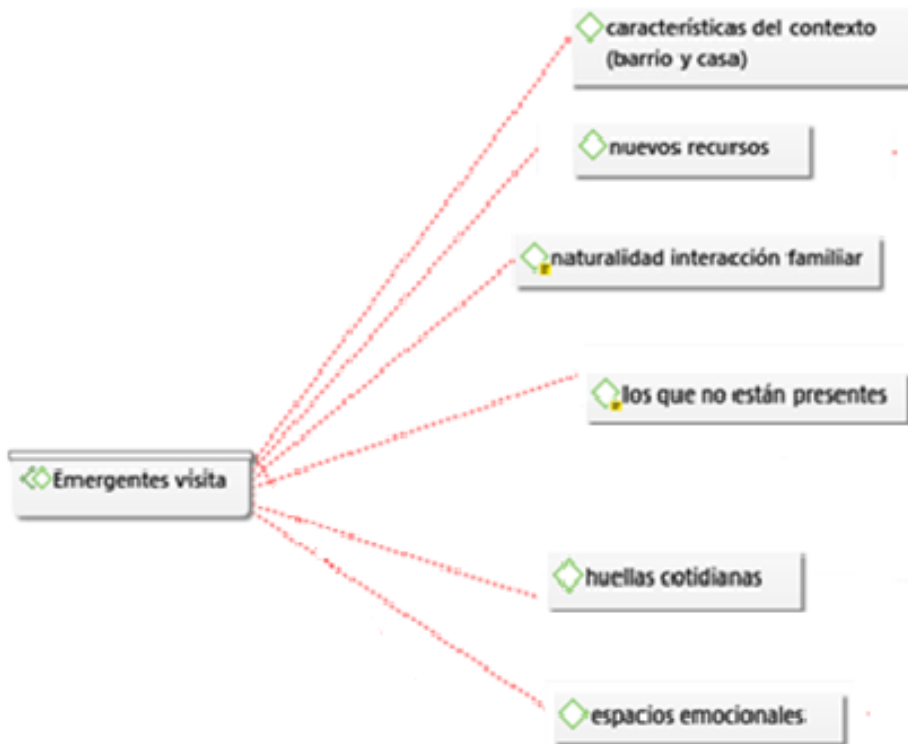
- U: (risas) No, ahí tuve que pagar el maestro
- T: (risas) Tuvo que pagar un maestro. Pero sirvió sí
- U: Sí...
- T: Sí po, y es algo importante para una ciudad como Valdivia. (Entrevista 3, p.14).

En ninguna de estas dos situaciones existe una acción asistencial de parte del terapeuta que contribuyera al cambio favorable, pero de todas maneras se vuelve un aspecto que tiene cabida en la conversación, en tanto ha implicado un mayor bienestar para la usuaria. Ahí radica precisamente la intención terapéutica. No olvidemos, en este sentido, lo planteado por Heidegger (1951) al hablar de *construir* como la posibilidad de cuidar y de resguardar el crecimiento. Siendo así, la psicoterapia que considera reparaciones a la vivienda y por lo tanto, acciones de construcción, conllevaría una finalidad también de cuidado.

5. Emergentes de la VD

Cabe subrayar a esta última dimensión como una especialmente relevante, dado que nos permite dar énfasis a todo lo ya revisado en esta discusión, realizando particularmente aquellas hebras de sentido que son resultado exclusivo de la realización de la VD y que por lo tanto, no aparecerían con tal fuerza en ningún otro espacio psicoterapéutico. Por lo mismo, vale recordar que Nancy (2003) entiende el sentido como un emergente que ocurre siempre en relación (con otro cuerpo). Entonces, podemos asumir que estos sentidos en relación a la casa, al estar sujetos a permanente movimiento, no pueden sino ser interpelados con la llegada del terapeuta a la casa, lo que conlleva una nueva oportunidad de cambio. La psicoterapia, en consecuencia, tiene la ocasión aquí de acceder a un mundo de sentidos que no estaban disponibles antes en el encuadre del box, generando un diálogo con otros significados y experiencias que puedan aparecer en la VD y con ello, transformarlos.

Holzapfel (2005) denominaría a estos sentidos como aquellos cargadas de *fuentes icónicas*, pues son el resultado de la vinculación con significantes, lugares y objetos que representan algo para los/as usuarios/as. En la casa ocurre esto con particular fuerza, provocando la emergencia permanente de sentidos, que se van amplificando a través del tiempo.



5.1 Características del contexto: Partiremos mencionando un área de sentido que precisamente es aquella menos advertida en las VD estudiadas, esto es, la relación entre usuario/a y contexto comunitario. Pareciera ser que, aunque es evidente la conexión con el barrio y entorno social donde se habita, esta dimensión es muy poco explorada por los terapeutas entrevistados. No obstante, merece ser mencionada igualmente, pues la investigadora hace múltiples observaciones al respecto, lo que hace de esta dimensión contextual algo que valdría la pena profundizar en próximas oportunidades de estudio.

Respecto de los aspectos del entorno, particularmente del barrio donde están situadas las casas visitadas, se abordan elementos que tienen que ver con las dinámicas que allí operan y que podrían eventualmente distinguir a una y otra casa, según su ubicación territorial. Es posible verlo en esta nota de campo:

(...) se encuentra en una calle transitada de Valdivia. Alrededor hay locales comerciales, un gimnasio y locomoción. Es común en barrios como ese, que se arrienden cabañas al interior de casas o uno de los pisos esté adaptado como vivienda independiente. (Entrevista 2, p.1).

De hecho, esta observación previa luego se asocia directamente con las condiciones habitacionales de la usuaria en cuestión, pues más tarde se describe lo siguiente: “Subimos por una escalera, pues vive en el segundo piso” (Entrevista 2, p.1), lo cual confirma que ésta vive en una casa que comparte sus instalaciones para dos familias, que co-habitan, cada una con una entrada independiente, pero con un patio y acceso común. Cabría entonces preguntarse acerca de las dinámicas que se dan entre ellas, no obstante, es un elemento que no aparece en la entrevista, con lo que podríamos asumir, no ha sido un área de sentido profundizada en la psicoterapia.

Lo mismo ocurre en otra observación etnográfica realizada por la investigadora: “En la entrada de la casa, que se encuentra en un barrio residencial, hay flores y plantas” (Entrevista 3, p.1), señalando aspectos del entorno directo que podrían tener, eventualmente, alguna relevancia para quienes allí viven. También aquí, el ecosistema donde está inserta la usuaria pasa desapercibido en la conversación terapéutica y no podríamos dilucidar si esto tiene que ver con que hay aspectos de sentido que quedan implícitos en el diálogo, pero que igualmente operan, o si abiertamente esta es una dimensión que no es contemplada de ninguna manera.

Relevante mencionar aquí una de las propuestas teóricas principales vinculadas con las VD, esto es, el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987), que considera a la persona siempre en relación con los diversos sistemas a los que pertenece. Es más, de la mano con las guías de evaluación que se han creado desde el trabajo social, es posible encontrar iniciativas metodológicas que exploran precisamente la relación entre la familia y su espacio directo, por medio del uso de ecomapas y cuadros de redes (Aylwin y Solar, 2002). No obstante, parecen ser elementos que no son utilizados en las conversaciones psicoterapéuticas a las que aludimos aquí, manteniéndose como aspectos subvalorados. ¿Será que esto pasa a ser parte de lo que el psicólogo clínico considera como fuera de su área de expertiz? Sería interesante reflexionar respecto de los roles y cuáles son aquellos significados que rodean a

cada disciplina y que delimitan los sentidos que son susceptibles de emerger en la intervención de cada una de ellas.

No obstante lo anterior, es posible identificar algunos guiños que sugieren que dichos aspectos contextuales tienden a ir siendo abiertos, aunque tímidamente, en estas VD. Un ejemplo de esto es lo que refiere un terapeuta, al explicar las razones por las que la usuaria y su familia habían decidido dejar una casa en la que vivieron “Que igual se fueron de ahí por ser un lugar como... que (usuaria) consideraba riesgoso en cuanto a cómo se iban a desarrollar sus hijos (...) por los factores que podrían haber alrededor” (Entrevista 2, p.7), con lo que se insinúa, puede haber un sentido de protección en la decisión de mudarse. También asoma, con mayor sutileza, algo de este componente ecológico cuando otro terapeuta señala “y una de las cosas que conversábamos en la sesión anterior, la visita anterior que hicimos, es que ahora no hay olor a humedad, porque en el invierno hay olor a humedad...” (Entrevista 3, p.17).

Con esto hace mención a aspectos estructurales de la vivienda que se ven influidos por factores climáticos del territorio. Lo que más tarde queda en evidencia, cuando agrega:

Y la señora (usuaria) me explicaba también que históricamente esto aquí abajo se llena de agua, históricamente, porque estamos cerca del río... y me contaba, y eso también dio pie a que me hable un poco de la historia de cómo construyó su casa y todo, de cuando se vino del campo. (Entrevista 3, p.17).

Asimismo, en esta cita se declara la intención de ir abordando, a futuro, aspectos relativos al entorno comunitario y posibles redes que no estaban siendo consideradas en las conversaciones terapéuticas del domicilio:

Y hay otros espacios, y ahora que hablábamos también y yo creo que después lo vamos a conversar y acordar... se me ocurrieron muchas cosas cuando hablamos de esto. Cosas que hacer, espacios que conocer, gente que invitar... lugares que al igual que tu casa te provocan tranquilidad y felicidad po, y que muchas veces invisibilizamos, incluso dentro de la misma terapia, y que son buenos de explorar (...) por ejemplo el espacio del básquetbol, por ejemplo espacios con gente querida, el espacio del parque cuando sacai a pasear a la (perra 1) o al (perro 2). Son espacios que te provocan sentimientos muy distintos y re potentes, y que te

hacen bien po, y que hay que potenciar y explorar harto. Se me ocurrieron algunas cosas (risas). (Entrevista 1, p.16).

Aquí lo contextual adquiere un potencial sentido de *exploración*, que se asocia a las acciones terapéuticas ya expuestas, y que podrían extender la curiosidad a otros lugares de pertenencia y refugio, afuera de los márgenes domiciliarios. Con ello, se podría apuntar a lo que Seamon (2013) define como *lugares hacia afuera*, comprendiendo todo ese universo externo que permite satisfacer necesidades internas, creando, así, relaciones socio-comunitarias.

Cabe reflexionar nuevamente acerca de por qué lo contextual no aparece con más fuerza en las entrevistas. ¿Será que el estilo colaborativo y no evaluativo al que se ha hecho mención, lleva a los terapeutas a no intencionar la relación con el entorno a menos que surja como una inquietud manifestada por los propios consultantes? Si así fuera, podríamos pensar que quizás el mismo usuario, o no le pone mayor atención a esta dimensión de su vida, o cree que al terapeuta no le interesa, restringiendo lo que le cuenta a lo estrictamente “psicológico”, desde una concepción individual-aislada y no relacional-ambiental, como estamos planteando aquí.

5.2 Nuevos recursos:

Uno de los emergentes más relevantes de la VD es sin duda aquella área de fortaleza en los/as usuarios/as, que pudieran pasar desapercibidas o derechamente no aparecer en la conversación del box. Esto, pues al estar centrado en problemáticas, el diálogo terapéutico tradicional tiende a explorar aquellas esferas de la vida de la persona que se ven teñidas por el malestar (Gergen y McNamee, 2000). Cuando se concurre a la casa, en cambio, es posible acceder in situ a habilidades individuales, relacionales y comunitarias que, aun no estando necesariamente vinculadas con el motivo de consulta, pudieran convertirse en un potencial recurso para su resolución.

Aquello queda de manifiesto en lo expresado por un terapeuta, cuando dice:

(...) en terapia tiende a enfocarse en los problemas po. Es como muy inevitable y es difícil de desmarcarse de eso, pero creo que el venir a la casa nos abre también a las soluciones po. A lo que ha ido funcionando, a lo que te ayuda, a lo que te hace feliz, a lo que te hace sentirte tranquila. Y eso también me hace como... como no sé po, como despertar de cierta forma dentro del mismo proceso, de decir, el rumbo tiene que ser como pa allá po, tiene que ser pa allá porque pa allá está el potencial pa allá están los recursos. (Entrevista 1, p. 15).

La sensación en box, parece ser en cambio, mucho más acotada, restringida y dirigida a temáticas específicas, lo que no da mayor lugar a que aparezcan, espontáneamente, otras variables con igual o mayor relevancia, pero que al no estar presentes de manera material, no se vuelven disponibles para generar nuevas conversaciones distintas a la del problema. Se evidencia en este diálogo:

- U: Eh... como que uno, ya, en la casa conversa con la persona. Y allá... allá era como más cortita la conversa, porque ahí, cómo está, cómo se ha sentido, y aquí uno puede conversar, como dicen, de las plantas, de la casa... de los sillones (risas).
(...)
- T: Sí, como que el ancho de banda es más en la visita
- U: Sí po, sí
- I: Y entiendo también que han surgido habilidades tuyas que no se veían tanto cuando se juntaban allá, como por ejemplo su habilidad con las plantas, este arte de las mandalas... como que fueron apareciendo otras habilidades y otros recursos tuyos
- U: Sí, bueno, las plantas... las plantas siempre han estado ahí po. Antes era mi marido el encargado de las plantas (...). (Entrevista 3, p. 21-22)



(Entrevista 3, imagen N° 2)



(Entrevista 3, imagen N° 3)

Estas imágenes de los mandalas en el living y las yerbas plantadas a la entrada de la casa, muestran cuánta visibilidad adquieren estos recursos en la VD, pues son aspectos que no es necesario indagar, sino que están ahí, presentes en la experiencia directa, estimulando la curiosidad del terapeuta. La usuaria hace alusión precisamente a la importancia que han cobrado estas habilidades de jardinería y tejido para el profesional, señalando: “Claro, aquí se ven las mandalas, allá no (risas). Siempre me dice (el terapeuta), tantas mandalas que tengo ahí... Y tengo en la cocina, tengo en mi dormitorio...” (Entrevista 3, p.14).

Así también, surgen otras habilidades relacionadas con las interacciones dentro de la casa o con conductas que se despliegan ahí y que no son visibles en la consulta en box. Algunos ejemplos de ello, son:

(...) creo que yo me imaginaba como un lugar como... más tranquilo, como quieto, pero llegué acá y fue como que era muy movido po, como que la (perra 1) le daba mucha vida, tu relación con ella también me sorprendió; si bien sabía de esta cercanía, tampoco la había visto como... en vivo po. (Entrevista 1, p.9)

Y luego agrega

Allá, de cierta forma... ella es más pasiva, en el (Centro de Salud Mental). Acá no po, acá es su casa, o sea, ella es la que me dice dónde me puedo sentar, es la que ofrece el té, es la que trae el agua, es la que se mueve. (Entrevista 1, p.10).

El terapeuta constata, al ver las acciones de la usuaria en su casa, que es capaz de desenvolverse de modo activo, a diferencia de lo que había presenciado en box. Esta diferencia en el comportamiento de uno u otro contexto, abre espacio a un sentido de *exploración* con consecuencias terapéuticas significativas.

La oportunidad para adentrarse en nuevos recursos de los/as usuarios/as, contrasta abiertamente con las VD que se hacían inicialmente en Chile desde el trabajo social, pues, como plantea González (2014), el modelo asistencialista que las inspiraba, partía del supuesto que los visitados se encontraban disminuidos, por lo que era el terapeuta el que tenía que dar instrucciones que les permitieran resolver sus problemas. Desde ese concepto, difícilmente

se habría pensado en que los/as usuarios/as ya contaban con fortalezas que podían facilitar dicha resolución.

Estos terapeutas, en cambio, dan espacio a que estas habilidades se muestren y se conviertan en aliadas en la terapia. Sería un supuesto mucho más cercano a lo que propone Quiroz (1994) más tarde, esto es, que la familia es un sistema adaptativo donde siempre es posible encontrar recursos.

En esa línea, cabe mencionar lo que cuenta una usuaria al connotar cómo logra interactuar con sus nietos, pese a la enfermedad física que padece “(...) entonces incluso ando tan bien que no tengo dolores, puedo hasta correr con ellos, jugar y no me duele el cuerpo, así que eso emocionalmente me ayuda mucho” (Entrevista 2, p. 13). Aquí se puede ver que en la casa hay acceso a esas dinámicas cotidianas y domésticas que alivian el sufrimiento y que son susceptibles de ser recogidas en la conversación. Uno de los terapeutas lo resume así “Creo que también es el poder que tienen las visitas po, de ver al usuario, a las personas en una dinámica distinta a la que la vemos siempre” (Entrevista 1, p.10). Volvamos a mencionar, en este sentido, la investigación realizada en Canadá el año 2005, que menciona entre los factores de eficacia de la VD, el énfasis dado a las fortalezas y aspectos positivos individuales y familiares (Chile Crece Contigo, 2009).

La conversación orientada a los recursos, además, potencia la acción micropolítica de la terapia (Pakman, 2011), pues permite que la persona se haga más consciente de su propio poder como actor social.

5.3 Naturalidad Interacción familiar: Otro emergente valioso de la VD es la oportunidad que brinda para que terapeuta y consultante accedan a las dinámicas familiares cotidianas, lo que no sólo aparece en la conversación, como podría darse también en el box, sino que es posible vivenciarlo directamente en la misma instancia de la visita.

Si bien en algunos centros de salud mental que incorporan el modelo familiar, se incluye la terapia familiar como una alternativa de intervención, en el box las relaciones se enmarcan en un contexto artificial, donde quien dirige la conversación – el terapeuta- va delineando las

temáticas, tiempos y la participación de los miembros del sistema. En la casa, en cambio, aun cuando el terapeuta no inste a que los familiares se integren al diálogo, se dan interacciones naturales que propician que esto suceda, lo que se convierte en un aspecto relevante para decidir qué y cómo incluirlo a la conversación.

En esta cita se aprecia cómo uno de los terapeutas va abriendo el diálogo familiar en la medida que se fueron incluyendo, espontáneamente, los diversos integrantes:

Estuvimos sentados en esta misma mesa, (...) luego llegó (nieta), y se sentó allá atrás... y ahí establecí conexiones, en mi cabeza (...) entonces (hijo) sentado aquí, (hija) sentada ahí, yo sentado ahí, la (nieta) sentada ahí, y fue como... cómo este espacio tan pequeño en realidad da como para que la unión familiar, que es uno de los factores protectores que siento que hay en (usuaria) , eh... se dé po, en realidad, como que todos puedan estar sentados y que todos tengan la posibilidad de (...) sentarse, verse las caras (...) porque (nieta), a pesar de estar pegada al computador todo el rato igual estaba aquí sentada, entonces... no en su pieza, no afuera, etcétera... eso me llamó la atención a mí, que organizaban el espacio como para estar juntos. (Entrevista 2, p. 11).

Este es un ejemplo de incorporación directa de la familia en la conversación, lo que podría dar luces del interés que ésta tiene en el proceso terapéutico que está llevando la usuaria. Por ello, resulta un aspecto tan considerado por el profesional, quien parece verlo como una oportunidad de relacionarse con ellos y de que ellos mismos se vinculen entre sí.

Ahora, no siempre la interacción familiar deriva en una participación directa en la VD. En ocasiones, aunque el foco esté puesto en los/as usuarios/as durante la entrevista, aparecen y desaparecen otros habitantes de la casa que, en dicho tránsito, dan espacio a experiencias que pueden ser recogidas en la terapia.

Puede verse este tipo de interacción en lo señalado en una nota de campo, registrada cuando la usuaria conversa, mientras la hermana entra y sale, luego de llegar recientemente a la casa. “Entra hermana melliza con los perros, que estaban afuera. Todos nos dirigimos a ella, saludamos” (Entrevista 1, p. 1). Al rato, al hablar de aquello que la hace sentir cómoda en la casa, agrega “Hm, primero, los perritos, que nunca antes había tenido mascota y desde el 2015 que tenemos mascotas. (Nota de campo: entra la hermana nuevamente a la casa) Y

el hecho de vivir con ella (hermana), porque ella es la persona más importante para mí” (Entrevista 1, p.5). De ahí que sea posible asumir que la presencia de otros miembros de la familia no es un asunto que genere indiferencia, sino que moldeará las interacciones que se den en el diálogo terapéutico. Vuelve a ser un aspecto palpable y ya no una pura abstracción, como en el box.

Aylwin y Solar (2002) refieren, en este mismo sentido, que la VD es una oportunidad para evaluar una serie de aspectos entre familia y espacio, entre ellos, las pautas relacionales, las fuentes de conflicto, los sistemas de bienestar, la estructura y organización, la jerarquía, roles, reglas y límites y la interacción entre amor, cuidado y afecto. Esto último parece ser especialmente trascendental para los terapeutas entrevistados, pues más que hacer descripciones “minuchianas” y por tanto estructurales del funcionamiento del sistema, reparan, junto a los/as usuarios/as, en los vínculos de apego, apoyo y cercanía que encuentran en su hogar, lo que es evidente en las dos citas ya expuestas.

Es a dichos lazos amorosos y de cuidado a lo que lleva la atención uno de los terapeutas, cuando refiere a aspectos concretos, de la distribución de los muebles de la casa, que para él expresan la relevancia que le otorga la usuaria a la unión familiar “(...) a pesar de ser un lugar relativamente pequeño (...) como mencioné anteriormente, el hecho de que (usuaria) organizara el espacio como para estar todos juntos, eh, como para que estén todos sentados (...)” (Entrevista 2, p. 11 y 14). La usuaria hacía alusión a esto mismo, cuando asegura:

Entonces, sí... y es acogedor, porque no siempre estamos todos aquí... estamos unidos. Siempre tenemos la costumbre de que comemos todos juntos.... Si los chicos están trabajando y tienen turno tarde, nosotros con la (nieta) los esperamos, comemos con ellos. (Entrevista 2, p.12).

Un amplio sofá junto a una mesa de comedor, que están ubicados en un espacio estrecho pero que da lugar a todos los miembros de la familia, es parte de lo que ambos, terapeuta y consultante, destacan como el componente concreto de dicho esfuerzo de cohesión familiar, lo que muestra que la estructuración de los espacios no es una cuestión azarosa. El terapeuta lo menciona: “Si ese sillón que es el gigante, eh... entonces eso a mí al menos me llamó la atención (...) como de pensar de que su familia es muy unida” (Entrevista 2, p.11).

Es posible verlo en esta imagen, que ambos coinciden en que sean registradas para dar cuenta de cómo un espacio reducido puede volverse amplio cuando el interés está puesto en que muchos entren en él, dando lugar a toda la familia nuclear y extensa:



(Entrevista 2, imagen N° 1)

Este espíritu de unión familiar, donde el espacio no supone mayores limitaciones, sigue estando presente en otra entrevista, cuando la usuaria señala “Ahí se ocupa toda la casa (...) Si vienen muchos almorzamos todos aquí. ¡Falta mesa! (risas)”.

Ahora bien, en este tránsito de otros familiares hay un cuidado implícito por prestar atención a las señales que éstos o los/as usuarios/as manifiestan de cuándo y cómo incluirse en la VD. Es el caso de la misma situación de entrevista que realiza esta investigadora, en que si bien se siente la presencia de otros en la casa, no se fuerza que sean incorporados al diálogo. En una de ellas se puede ver la siguiente nota de campo “El hombre presente en la casa, se mueve de un lado a otro, preparándose para salir” (Entrevista 3, p. 1). Luego, usuaria y terapeuta explican que se trata de su ex yerno, allegado temporal en la casa, luego de haberse separado de la hija. Sigue esta nota de campo: “El ex yerno se despide “hasta luego”, la usuaria no le pone mayor atención, pero se despide. También lo hacemos terapeuta e investigadora. Se va y continuamos...” (Entrevista 3, p. 5). Con ello, es posible constatar el nexo que existe entre este sentido y el ya abordado anteriormente: la *aproximación cautelosa del terapeuta*, pues sabido es por él de quién se trata la tercera persona presente en el hogar,

ya lo ha explorado, y al parecer también ha entendido y respetado las señales no verbales que la usuaria le ha dado de no querer hacerlo parte de los encuentros entre ellos. Se estaría priorizando aquí por seguir una línea similar a la que propone el Programa Chile Crece Contigo (2009), cuando menciona la relevancia de atender a posibles resistencias de la familia por exponer algunos aspectos de su intimidad.

Otro ejemplo de aquello se da en el inicio de otra de las entrevistas, en que la nieta de la usuaria se encuentra en otro espacio de la casa, manteniéndose aislada del lugar donde se desarrolla la conversación. El terapeuta, si bien la conoce, pues se ha incorporado en algunas VD anteriores, la saluda sin presionar ningún tipo de inclusión: “En el estacionamiento nos encontramos con un auto con las puertas entreabiertas, donde una de sus nietas, adolescente, escucha música con alguien más. Nos saludan. Subimos por una escalera (...)” (Entrevista 2, p. 1).

Por último, vale señalar que la interacción familiar no necesariamente incluye sólo a personas miembros de la familia. Aunque decir esto parezca una contradicción, no lo es, pues como ya ha asomado en esta discusión, existen también otras figuras que pueden adquirir relevancia, como las mascotas. Esto podría ser algo que pase desapercibido en el box, dado que a la hora de preguntar por la familia o hacer un genograma, es fácil omitir aquellos que, siendo ajenos al grupo familiar, generan vínculos cotidianos con los/as consultantes, como las mascotas – aunque podríamos igualmente pensar en vecinos, amigos, empleados de la casa, etc. –. Un terapeuta lo describe:

Eh... de cómo de repente estábamos haciendo la entrevista, en la visita pasada, al menos, y la (perra 1) estaba acá durmiendo, como que ella se adaptaba a la presencia de uno también... y la primera vez no po, estaba como encima, y gritaba, saltaba, corría como ahora (risas). Sí. Entonces eso fue como bien dinámico y fue rico eso, que es un escenario distinto al que uno la ve siempre. (Entrevista 1, p.9).

5.4 Los que no están presentes: Este emergente de sentido está directamente relacionado con el anterior, pues hay vínculos familiares que no acontecen al momento de realizar la VD, pero que sin embargo se insinúan en el mismo espacio domiciliario o en la conversación que allí se despliega. Porque al advertir a los presentes también es más probable preguntarse por aquellos que, siendo parte de ese hogar, no lo están. Estos “no presentes” provocan abierta curiosidad en el terapeuta, pues surgen presentificados a través del relato, de los espacios, los objetos y las imágenes, haciéndose reales, como si estuvieran ahí.

Una consultante da cuenta de ello cuando procura mencionar a todos los miembros de su familia nuclear, muchos de quienes el terapeuta ya ha tenido ocasión de entrevistar en la VD:

Sí, eh... (hijo) está durmiendo porque trabajó turno de noche. Y (hija) anda haciendo las compras (...) él es mi hijo que nos ayuda con la construcción y todo. Y él se va a trabajar por temporada y ahora me dijo, mamita, ya yo me voy a ir y vamos a empezar a hacer la casa. (Entrevista 2, p.5).

Y no se conforma sólo con eso, pues abre todavía más la presencia de otros que ya no son parte de su núcleo, pero que aun así se mantienen afectivamente vivos en su espacio:

(...) esa pared es muy especial para mí. Porque están las personas que no conviven sin embargo a diario conmigo, eh... son personas muy queridas, porque mis otros hijos están a diario conmigo, y ellos como que han estado más lejos, porque el de abajo con el bebé, ese es el (hijo), es mi hijo que se va a Coyhaique. Sí po, y ellos súper bien (...) está con el viejito pascuero. Y ese, el de arriba está yo con mi nietecito el mayor, el varón, cuando era chiquitito que tiene once años, ahora, sí. Y el guagüito de arriba, es el hijo de mi prima, que es mi ahijado, el (sobrino nieto). Sí, y que igual ha pasado hartos momentos conmigo, y de hecho ayer los fui a ver porque estaban en el campo y ayer los fui a ver y está tan rico. (Entrevista 2, p.13).

Esto se vuelve compartido por el terapeuta, generando un sentido común, lo que se evidencia explícitamente al decir “(...) y ahora me hace más sentido lo de la pared, pensando de que extendió más aún este sillón gigante que está acá atrás, hasta lo más simbólico po” (Entrevista 2, p.14).

En otra entrevista ocurre algo similar, pero esta vez son los muebles de la casa los que dan cabida a la mención de otros miembros de la familia que habitan ocasionalmente la casa, haciéndose parte del espacio vincular más cercano de la usuaria, quien a diferencia de la anterior, vive sola: “Y las otras también, porque también hay camas ahí pa cuando llegan alojados, pa cuando llegan los nietos a alojar...” (Entrevista 3, p.9). Luego van apareciendo otros también en esta cita, protagonizada por una silla, que evoca la presencia de un hermano que la visita a menudo: “Mi hermano que viene del campo, tengo un hermano que vive en el campo, se sienta aquí en la silla y luego va a estar durmiendo. Se sienta y... (Nota de campo: usuaria imita el sonido de un ronquido. Reímos)” (Entrevista 3, p. 11).

Siguiendo la lógica de que otras figuras, que no son parte de la familia o que no son siquiera humanas, pueden ser igualmente relevantes, cabe mencionar que, dentro de las pocas imágenes en la pared de la casa de una usuaria, aparece la del perro de su hermano, mostrándolo como alguien que se hace presente pese a no vivir en la misma casa. Esto da cuenta, a su vez, de un sentido compartido en la familia en torno a las mascotas y el lugar afectivo que se les atribuye “es del perrito de mi hermano, que es un San Bernardo (...) o sea, lo tiene en una parcela, entonces tiene harto espacio. Pero el perro vive dentro” (risas) (Entrevista 1, p. 13).



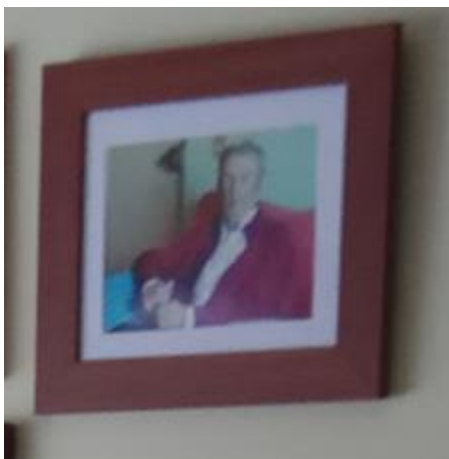
(Entrevista 1, imagen N° 2)

Como se ve en esta foto, es un dibujo que inclusive se ha enmarcado, lo que le otorga un carácter importante y no sólo anecdótico a dicha figura en la presencia familiar.

Podemos hacer un enlace entre estos diversos modos en que se expresa la presencia de otros en la casa, aún con la paradoja de no estar presentes- en carne y hueso-, con la noción de *espacios de juego*. Esto, pues al entrar a la casa de alguien, nos disponemos a ver ahí las diversas formas de funcionamiento (De Certeau, 2000), lo que nos da luces de las interacciones al interior de la familia y por lo tanto, la manera particular en que sus miembros habitan, sin la necesidad siquiera de estar allí en ese momento. Con dicho concepto nos aproximamos, a su vez, a un nuevo sentido que será tratado más adelante: *espacios emocionales*, por el carácter que adquieren algunas zonas de la casa al estar cargados de afectividad.

Ahora, hay otros no presentes que, no siendo parte de los juegos familiares actuales, sí son parte fundamental de la historia vincular de los/as usuarios/as. Es el caso de aquellos que han fallecido, pero que se mantienen activos experiencial y afectivamente. Se van levantando objetos sentidos que dan cuenta de su presencia, como un espíritu que los mantiene palpitantes en la cotidianeidad. Vale mencionar a una usuaria, que ha hecho parte al terapeuta del contacto con dichos objetos, al evidenciarse con ellos fragmentos del duelo de su tío, que no estaba resuelto al momento de iniciar la psicoterapia:

Porque yo estaba como... eh... con tanto dolor, que yo miraba esa foto y lloraba, lloraba, lloraba... entonces, era una negación total... o sea, que él no se había ido, entonces no podía aceptar eso, y (terapeuta) me ayudó en ese proceso, a poder entender... a poder apreciar el tiempo que él estuvo con nosotros y que en algún momento tenía que partir y poder despedirme por, por... de él y ahora eso, eh... yo lo veo todos los días, y viejito, todos los días, entonces... pero ya no es con ese dolor, esa desesperación (...) entonces eso me ayudó bastante. (Entrevista 2, p. 11).



(Entrevista 2, imagen N° 2)

Vemos entonces como, un mismo objeto, en este caso una fotografía, va cambiando en el tiempo el sentido que comporta para la usuaria, de acuerdo a los procesos que ésta va viviendo en su historia y también en la terapia. Inicialmente, las VD hacían aparecer esa imagen como un evento poético único y poderoso, que conllevaba un alto nivel de implicación emocional para el terapeuta y la usuaria. Esto es lo que Pakman (2011) asegura que no tiene relación con lo cognoscible, sino que acontece como testimonio de un pasado de relaciones, excediendo los significados que se han construido en torno a ellas. Actualmente, en cambio, la usuaria logra reconocer que la imagen la afecta de una manera más tolerable, disminuyendo el protagonismo en los encuentros con el terapeuta. Cambian con ello sus narrativas al respecto, lo que no es sino consecuencia de que la experiencia se ha modificado.

Si bien González Calvo (2003) ya nos advertía sobre la oportunidad que brinda la VD para aproximarse a cómo los duelos operan en los diálogos familiares, no logra dar cuenta de los alcances experienciales y cómo pueden presentarse de otras formas, en la textura que nos ofrecen los objetos y las imágenes al interior de la casa. Es precisamente esta aproximación fenomenológica la que se señala con otro objeto destacado en una entrevista, cuando la usuaria hace mención a la huerta que su marido cultivaba, a las antenas de televisión que él arreglaba o a un pino de navidad que él le habría comprado a una de sus hijas, siendo parte todavía de las tradiciones navideñas que ella atesora. Sobre esto último, señala: “Ese

chiquitito me lo compró mi marido una vez que andábamos en el centro” (Entrevista 3, p. 16), lo que permite conectar lo que ella ya había mencionado al respecto: “Y que hoy día se cumplen 6 años mi marido que falleció” (Entrevista 3, p. 1). El terapeuta, a su vez, ya había mostrado conocimiento e interés al respecto, cuando relata de otras imágenes que han permitido palpar dicha pérdida: “Dentro de las primeras sesiones igual hablamos de las fotos. Usted me estuvo mostrando quiénes eran las personas de las fotos. También la foto de su marido que está allá...” (Entrevista 3, p. 15). Con todo esto se logra comprender cómo es que un pequeño pino de navidad ocupa un lugar central dentro del living, a diferencia de otro más grande que se encuentra apartado en un rincón, pese a haber sido armado por la hija.



(Entrevista 3, imagen N° 4)

Podría hipotetizarse que la usuaria, al situar dicho objeto justo junto al puesto que ella suele usar en el sillón, le otorga una gran relevancia, independiente de su tamaño o su bondad estética, lo que habla del vínculo con su esposo y el sentido que éste sigue provocando en su vida. Siguiendo la idea de poética, recordemos que Bachelard (1965) nos habla del poder que la experiencia de la casa provoca en nosotros, pues los objetos que allí existen hablan por sí mismos, al tener la capacidad de evocarnos recuerdos múltiples de nuestra historia personal

y familiar. Esto contradice abiertamente lo que proponía Richmond (s/f en González Calvo, 2003) cuando recomendaba no hacer preguntas que pudieran ser contestadas con la pura observación, pues en este caso podría haberse asumido una supremacía del árbol grande y luminoso frente al otro, y no es sino en el sentido que la usuaria va otorgándole al pequeño, que podemos ir comprendiendo el lugar primordial que éste ocupa para ella.

5.5 Huellas Cotidianas:

Un área de sentido que no es explícito, sino que se muestra como telón de fondo durante las VD, son todas aquellas marcas que van quedando en el espacio, acerca del modo cotidiano en que los/as usuarios/as y sus familias lo habitan. Como puede verse, esto tiene una íntima relación con el concepto de *espacios de juego*, antes mencionado, en tanto son precisamente los elementos presentes allí los que hablan por sí solos de las dinámicas que ocurren dentro de la casa.

Por ejemplo, son visibles algunos rituales diarios, asociados a los horarios de comida, y aunque no se habla de ellos directamente, son parte de la experiencia compartida, pues se perciben aromas, temperaturas, sonidos y elementos, que dan cuenta de una preparación para ese momento de encuentro familiar. En una de las casas, donde precisamente había quedado en evidencia la relevancia de unir a la familia en torno a la mesa²⁰, se describe lo siguiente en una nota de campo: “(...) la cocina, donde tiene (la usuaria) algo en una olla. Es el horario previo al almuerzo” (Entrevista 2, p. 1). También se puede ver lo mismo en otra entrevista, cuando la investigadora registra: “Nos recibe la usuaria, quien se encuentra cocinando. Hay un hombre presente en la casa, pero no nos lo presenta. Tampoco nos saluda”. Aquí, en cambio, parece que el ritual del almuerzo, aun viviéndolo sola, es relevante de mantener para ella (pues ni el yerno ni los profesionales se quedarán a comer) (Entrevista 3, p.1). Y más tarde, cuando nos refiere la relevancia que para ella tiene pasar tiempo en la cocina, da cuenta que cocinar es un rito que ha mantenido y que co-existe con otros, como ver televisión, lo

²⁰ Para mayor detalle al respecto, revisar *naturalidad de la interacción familiar*, ya tratada anteriormente en este apartado.

que es parte de una rutina ya adquirida “(sobre qué hace en la cocina) Eh... hacer mi comida (risas) Mirar la novela. (...) telenovelas y cosas así, las veo toda la tarde” (Entrevista 3, p. 11).

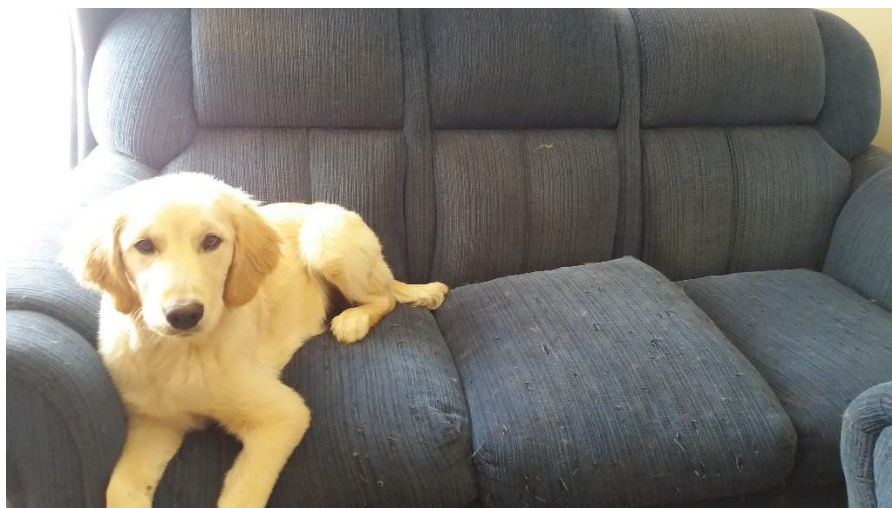
Acerca de los rituales, es inagotable la oportunidad que la casa da para mostrarlos, siendo en cambio un aspecto invisible en la conversación de box, pues aunque sean explorados, es posible que no aparezcan aquellos que, al haberse vuelto un hábito, se hacen inaccesibles a la conciencia de los mismos usuarios. González Calvo (2003) nos hace poner atención a esta oportunidad, señalando que la VD nos permite explorar la interacción entre familia y espacio, y, particularmente sobre los rituales, asegura que contribuyen a la comunicación y estabilidad interna. Podemos entender que dichos ritos, aunque sutiles, nos muestran que hay aspectos que los/as usuarios/as mantienen por el sentido que le han atribuido en sus vidas, y que si los conservan aún en períodos de abierta dificultad, significa que hay algunas certezas cotidianas que han logrado perpetuar a pesar de ello.

Así también ocurre con otras dinámicas, que aunque no tengan el carácter de ritual, están igualmente dejando una huella en el espacio, lo que da cuenta de su sentido para la familia. Podríamos mencionar nuevamente la relación que mantiene una usuaria con sus mascotas, esta vez para señalar que, aunque no se hubiera verbalizado nada de aquello en la entrevista, habría sido posible apreciar huellas directas en los muebles y diversos elementos que nos hablarían igualmente de dicho vínculo y su protagonismo en la vida familiar. Es visible en esta nota de campo inicial:

Ingresamos al living-comedor, que tiene un par de sillones y una mesa grande, sobre la cual se encuentran algunos papeles, una bolsa de galletas para perro y una correa de paseo. En las paredes algunas marcas de los perros, lo mismo que en los sillones. (Entrevista 1, p. 1).

Se aprecia, inmediatamente, que las mascotas tienen un rol preponderante, pues sus marcas son visibles por todas partes, incluso su comida (galletas), están sobre una mesa de comedor que tradicionalmente suele ser exclusiva para el alimento de las personas que habitan una casa.

La usuaria explica algo de esto más adelante: “(...) de hecho por ejemplo las paredes están todas así cafés porque es la altura de la (perra 1). Entonces pasa (...) a ensuciar. Ahí está todo...” (Entrevista 1, p. 14). Se evidencia a su vez en esta imagen, obtenida al final de la entrevista, donde se aprecian los sillones con marcas de los rasguños de los animales, dejando claro que ese es precisamente parte del territorio que éstos consideran propio.



(Entrevista 1, imagen N°3)

Es evidente la relación entre estas señales del ambiente dentro de la casa y la concepción de *habitar* que nos plantea Heidegger (1951), pues la manera en que existimos junto a las cosas y cómo las disponemos, está directamente asociada con nuestro modo de apropiarnos de ellas. Por lo tanto, nuestro modo de estar es nuestro modo de ser, pues persona y espacio son, para él, dos aspectos de algo indivisible. Con ello, no podemos sino suponer que los terapeutas estarán siempre atentos a aquellas marcas de la casa que pueden ser claves en la comprensión, no sólo de cómo habitan sus consultantes, sino de lo que ellos son. Ahora, es necesario mencionar que en el caso de estos profesionales, la observación no implica un rol policiaco, de control, como hubiera sido propuesto con la noción de VD que operaba en el siglo pasado y que todavía puede tener un lugar en algunas instituciones del Estado (González, 2014). Es un rol que, muy por el contrario, va de la mano con los mismos sentidos ya descritos cuando abordamos las *actitudes terapéuticas* identificadas en este estudio, esto

es, cautela, confianza y humanidad, lo que nos muestra una intención ética de respeto y consideración por el otro.

5.6 Espacios emocionales: Los diversos espacios de la casa también tienen la capacidad de hablarnos de sentidos únicos. Cuando los terapeutas entran al espacio domiciliario, lejos de asumir cómo opera cada sector de la casa, van haciendo el trabajo de *exploración* mencionado anteriormente, lo que permite que la esencia poética pueda hacerse presente y abrir oportunidades de conversación.

Así surgen diversas referencias al respecto. Una usuaria, al hablar del espacio en el que estamos ubicados (living-comedor), devela: “(...) porque aquí me siento cómoda... tejo, veo televisión (...) éste es mi lugar favorito” (Entrevista 2, p. 4). Luego, muestra el enorme contraste con el lugar en el que vivían hasta hace poco:

(...) a pesar de que es chico el espacio, es acogedor, porque cuando vivíamos en los departamentos (Nota de campo: se refiere a los departamentos tipo block, viviendas sociales, donde vivió por varios años) era como todo muy oscuro, como que yo pasé todo mi proceso, todos los años enferma, encerrada ahí, porque pasé años encerrada sin salir; y como que me deprimía más, miraba hacia afuera por la ventana, y me deprimía, todo como más oscuro, entonces con (hijo) tomamos la decisión de salir de ahí. Y bueno, encontramos esto que es más pequeño, allá era más grande, pero es más acogedor, tengo más luz, me siento bien aquí... eh... o sea, el cambio emocional fue bueno. (Entrevista 2, p. 4).

Más tarde la usuaria se abre a hacer distinciones que permiten comprender, no sólo el carácter físico de la falta o presencia de luminosidad y de cómo esto impactaba en su ánimo, sino otros componentes que pudo comprender en el proceso terapéutico, asociados a las experiencias emocionales acontecidas en la vivienda anterior, que determinaban cómo ella se estaba sintiendo:

(...) y analizamos todo eso, con (terapeuta) conversamos todo eso y yo le comenté que yo me sentía mal ahí, por lo mismo, porque después que mi tío se fue (fallece) y yo tenía muchos recuerdos, o sea, no quería salir al otro departamento, en el otro departamento

vivía mi mamá. Entonces ya cuando falleció mi tío yo ya no quería más estar ahí. (Entrevista 2, p. 8).

Parece ser, entonces, que estos sentidos, si bien no son definidos en el lenguaje sino en la experiencia directa con los espacios, sí hay narrativas que, al aflorar en la conversación terapéutica de la VD, van ampliando su comprensión, tanto para el terapeuta como para el mismo/a usuario/a. Ya nos habló de ello González Calvo (2013), al referir a la idea de *narrativa espacial*, como aquella que proviene de la misma familia y que nos otorga significados ciertos, de primera fuente, respecto de las interpretaciones posibles.

Otro ejemplo de cómo se van configurando estos relatos espaciales, es lo que señala otra usuaria, que si bien había mencionado la cocina como una de sus áreas favoritas, no es hasta que dichos contenidos se abordan con detalle en la conversación terapéutica, que aparecen contenidos emocionales complejos, que podrían haber pasado desapercibidos: “(...) la cocina, que más me lo llevo en la cocina que aquí en el comedor...” (Entrevista 3, p. 9). Al explorar, se conecta afectivamente, explicando: “Hmmm. En la cocina me espera más tristeza que... otro poco” (Entrevista 3, p. 9). El terapeuta continúa abriendo dicha hebra de sentido, con lo que se da este diálogo:

- U: Porque ahí en la cocina estaba siempre mi marido. Si salía, él estaba ahí esperándome (Nota de campo: Disminuye considerablemente el tono de la voz)
- T: Ya
- U: Tomábamos once y se iba a echarle agua a la tetera, porque pueden venir visitas. Aunque no llegaba nadie pero él estaba... (risas).
- T: Ya, como que eso le evoca más el recuerdo
- U: Claro, sí. (Entrevista 3, p. 9).

Si bien esto parece ser parte de la exploración terapéutica ya señalada, no es lo único que se considera, pues los profesionales entrevistados no sólo se quedan con lo que se dice sobre los espacios, sino que incluyen aquellas comprensiones que provienen del contacto con su propia experiencia al concurrir en ellos. Esto se insinúa en lo que dice uno de los terapeutas entrevistados:

(...) también como para mirar cosas que uno siempre ve en un contexto de visita es como la iluminación de la propia casa, la sensación que me brinda así como... de guata casi (...) como ensimismarse, así, en su territorio (...) y vivenciarlo con ella para sentarme como desde su misma posición, y desde ahí mirar cómo se siente (usuaria) y entender un poco, eh... las cosas que hablábamos en contexto de box, cómo se configuraban en su realidad. (Entrevista 2, p. 8 y 10).

Con esto, cabe deducir que el abordaje terapéutico de los espacios no sólo persigue el objetivo de considerar las vivencias históricas y relacionales que cargan de emoción las zonas de la casa, sino también rescatar aquellos cambios que se han producido en dicha respuesta emocional. Esto, pues un espacio que antes generaba afectos displacenteros, puede hoy provocar bienestar, o viceversa. Se palpa aquello en la descripción de una usuaria:

(...) en realidad mis lugares preferidos son esa pieza y la de arriba (...) a pesar de que, por ejemplo, en la pieza de arriba lloré mucho y eso, me gusta estar cuando... por ejemplo ahora cuando sale el sol y me acuesto y sien... o sea, abro la ventana para que llegue el sol (...) me da como más alegría. (Entrevista 1, p.7).

Por ello es que el modo particular de habitar es lo que define al espacio, tal como aseguraría Heidegger (1951) y De Certeau (2000). Si el modo de habitarlo cambia, también cambiará el sentido que allí se despliega. Además, la misma premisa sirve para comprender que no es sólo el carácter estructural de una habitación la que delimita su sentido. Si bien, por ejemplo, un dormitorio se usa estructuralmente como un lugar para dormir - con una cama especialmente destinada para ello- , puede ser también un espacio elegido para llorar o disfrutar del sol, tal como señala la usuaria antes citada. Lo mismo podríamos pensar de un comedor, una cocina, etc. Estamos perdidos si los consideramos exclusivamente como espacios para comer y cocinar, pues toda una potencial riqueza emocional quedaría excluida.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Para generar una reflexión acerca de lo discutido hasta ahora, cabe volver sobre los objetivos que guiaron esta investigación, pues son precisamente aquellos a los que hemos estado respondiendo, al triangular la información surgida en las entrevistas, la teoría y las comprensiones de la propia investigadora.

En dicho ejercicio, consideramos, primero, aquellos modos singulares de habitar los espacios domiciliarios que son rastreables en las VD estudiadas, pues es precisamente esa área de sentidos la que logra encontrarse con sólo llegar a las casas de los entrevistados/as. En esta relación usuario/a – casa, destaca la condición de seguridad y resguardo que brinda esta última en tanto *refugio*, situándose como la principal zona de confort y anidación para los/as consultantes. Esta experiencia estaría asociada a aspectos físicos concretos y otros que tienen que ver con la convivencia de sus habitantes, lo que nos remite a la subjetividad que es planteada por De Certeau (2000) al hablar del modo particular de darle forma a nuestros espacios, según cómo sea su funcionamiento. Así también, el *arraigo*, estaría dado por el sentido de pertenencia y el carácter identitario que esta casa brinda a los/as usuarios/as, considerándola como parte esencial de su historia y, por lo tanto, de aquello que los define. Como plantea Heidegger (1951), somos en tanto habitamos.

Dicho sentido de *arraigo*, pareciera no ser exclusivo de nuestra cultura, sino un aspecto compartido por el ser humano, pues como ya se ha dicho en estas páginas, una característica esencial de la antropología es precisamente el estudio de la casa como una puerta de entrada a la comprensión de épocas, etnias, comunidades, e inclusive de las diferencias de clase. Podemos conocer las costumbres de un pueblo sólo volviendo al lugar que habitaron y la materialidad que se conserva a través de los años (González Calvo, 2013).

Así también, ha sido posible la distinción de aquellos sentidos que adquiere la relación terapéutica cuando se traslada a un espacio domiciliario. En esta vinculación re-situada, la VD es entendida en su potencial transformador. Desde el *recibimiento del/la usuario/a* en adelante, se inauguran experiencias que moldean el modo como venía dándose la relación en el box, pues el consultante pasa a ser quien define las reglas de la interacción, convirtiéndose

en un anfitrión que delimita el dónde, cómo y cuándo (ritmos) de lo que allí ocurre. Esto se traduce, a su vez, en un sentido de *inversión de roles*, con el correspondiente acto micro-político que todo aquello conlleva (Pakman, 2006), al comprender a los/as usuarios/as como agentes activos de su propia realidad y ya no como receptores pasivos de las intervenciones.

En concordancia con este cambio en la relación terapéutica, se construye un escenario de *íntima complicidad*, que queda develada por completo al introducirse un tercero en la relación: la investigadora. La sensación de estar ajena en muchos fragmentos de la interacción, da lugar a que ésta note, en la proxémica, en el tono del habla, en los gestos, etc, señales de la estrechez vincular que se ha ido dando entre terapeuta y consultante. Así también, la posibilidad de generar *objetivos comunes*, *compartir experiencias* y *humor*, son sentidos que contribuyen en esta alianza, avanzando hacia una mayor horizontalidad. Hablamos, en definitiva, de usuarios/as que, al *sentirse vistos/as*, y por lo tanto, recibir atención e interés genuinos de parte del terapeuta cuando éste decide trasladarse a su casa y sumergirse en su mundo, responden favorablemente, aportando a su vez a una relación de reciprocidad, lo que genera una constante *confirmación mutua* entre ambos.

Estos dos últimos sentidos, la confirmación y la condición de ser visto/a, son aspectos muy relevantes en términos éticos, pues dan pie a la validación de la diferencia que se expresa cuando accedemos a los lugares de pertenencia de nuestros/as usuarios/as, lo que contribuye a que puedan ser legitimados en su *alteridad* (Rubilar, 2013). Incluso se trasciende lo puramente “psico” en el marco de lo terapéutico, pues los profesionales entrevistados manifiestan un abierto interés por atender a aspectos socio-biológicos que comúnmente eran dejados en manos de otras disciplinas vinculadas a la salud mental.

Conviene adentrarnos en otro de los objetivos planteados, que dice relación justamente con esto último, el proceso psicoterapéutico y las implicancias que tiene la experiencia de la VD en su desarrollo. En esto, es posible distinguir dos dimensiones de sentido, una referida a las actitudes terapéuticas que contribuyen con dicho proceso y otra que da cuenta de las acciones concretas que son desplegadas y que, a su vez, tributan a lo terapéutico. Son ambas muy relevantes, pues, como ha sido ampliamente expuesto en esta tesis, son escasas las

propuestas de VD que exceden el objetivo evaluativo y de control social, para posicionarse desde una vereda terapéutica y por lo tanto, orientada a reflexión y cambio.

Respecto del primer punto, podemos mencionar que se trata de todas aquellas cualidades y habilidades terapéuticas, que no responden directamente a la adscripción a modelos teóricos determinados, sino a un posicionamiento ético-político. Se trata de características personales, incluso valóricas del terapeuta y no aquellas asociadas a su despliegue técnico. Cabe advertir, no obstante, que los sentidos rastreados aquí no son una condición exclusiva de los profesionales, sino que son producto de un espacio relacional co-construido con los/as consultantes. Uno de ellos es la *aproximación cautelosa*, que supone un carácter respetuoso al entrar en el mundo del otro, cuestión que es coherente con las propuestas de Anderson (1999) cuando acude a la metáfora del terapeuta como un huésped en la vida de los/as consultantes.

Conectado con esto mismo, podemos distinguir otros dos aspectos sumamente complementarios: *promover comodidad e inspirar confianza*, pues se sirven de un escenario informal que admite mayor espontaneidad – la casa –, para provocar encuentros seguros y honestos, donde el consultante pueda expresarse con un rango más amplio de libertad. Esto mismo genera las condiciones para que el/la psicólogo/a se muestre en su *dimensión humana*, pues se inspiran acercamientos terapéuticos que involucran su propia historia de experiencias. Podría interpretarse aquello como una declaración epistemológica abierta, situándose desde una segunda cibernética (Henriquez y Rodríguez, 2011), que considera al observador como parte del sistema observado y no como un agente objetivo que interviene en la realidad de los sujetos. En el box, en cambio, se suele inhibir la oportunidad de que el terapeuta muestre sus concepciones y experiencias en el mundo, puesto que su rol se posiciona desde una actitud de control y dominio de lo que allí sucede.

En relación a las acciones terapéuticas desplegadas en la VD, destacaremos la *exploración* como una práctica transversal y del todo relevante, al acercarse a la concepción de *técnica* que propone Heidegger (1951), pues se insta a que el consultante aparezca en el presente, conectado a su cotidianidad de manera orgánica, lo que lo aleja de inmediato de la neutralidad que supone el box de atención. Dicha exploración genera a su vez la trama

propicia para que se dé un sentido de *reflexión conjunta*, donde el “nosotros” es el punto de partida de lo terapéutico, con el/la usuario/a y su familia como eje central de las conversaciones que se van desplegando. Conjuntamente, surge la *validación afectiva* como otra acción legitimadora, pues se otorga espacio a la expresión del sufrimiento, los afectos y las necesidades desde una aproximación siempre sensible. En esto, se incorpora la consideración de los contextos, vínculos y actos analógicos, pues para acceder al mundo sensible es fundamental acudir a todas las formas de expresión de las que dispongamos. Un elemento que fue del todo inesperado son las *mejoras habitacionales*, pues da cuenta de una hebra de sentido que escapa a la labor que comúnmente se asocia a lo psicoterapéutico. Es ese justamente su valor, pues habla de un movimiento que permitiría a los psicólogos ir más allá de lo “psico”, interesándose por elementos concretos y materiales de la habitabilidad, que podrían contribuir, directa o indirectamente, a la resolución del motivo de consulta. Por último, aparece *la casa en el box* como un ejercicio continuo que el terapeuta despliega al servicio de la terapia, toda vez que trae la experiencia de la VD como un aporte enriquecedor para la labor que realiza en el box. Esto supone la comprensión heideggeriana de que el habitar no puede dissociarse del ser, por lo que el consultante, al ser en el box, está trayendo también a cuestas su modo de habitar otros espacios de su vida, incluyendo por supuesto el domiciliario.

Ahora bien, esta investigación permitió además dar cuenta de otro ámbito de sentidos que no fue contemplado en los objetivos trazados originalmente. Es interesante detenerse en este resultado inesperado, pues nos muestra todos aquellos emergentes de la VD, que contribuyen a un enorme alcance psicoterapéutico y que son exclusivos del escenario domiciliario. Es decir, no pueden sino darse allí. Aquí es posible contar las *características del contexto*, como un ámbito todavía poco explorado, pues pareciera que la curiosidad de los terapeutas se sitúa más en lo que Seamon (2013) llama “lugares hacia adentro”, es decir, la intimidad de la casa, que a los “lugares hacia afuera” y por lo tanto todo aquel mundo contextual que rodea el domicilio y que contribuye a satisfacer necesidades internas. Si se hiciera mayor hincapié en el entorno social y territorial, las VD podrían ampliarse inclusive a otros espacios, como la escuela, una plaza, el trabajo, las instituciones, es decir, todo aquello que colaborativamente

con el/la usuario/a surja como un potencial escenario de experiencias y nuevos significados que enriquezcan el trabajo terapéutico, aproximándose a propuestas comunitarias y ecológicas que hablan extensamente de su valor (Martínez, 2006; Bronfenbrenner, 1987).

Otros sentidos que brotan como emergentes de la VD son los *nuevos recursos* del consultante y su familia, el acceso a la *naturalidad de la interacción familiar* e incluso a *los que no están presentes* pero se mantienen vivos en la cotidianeidad de los usuarios/as. En este último se da espacio de abrir áreas vinculadas con el malestar, por ejemplo asociadas con duelos y pérdidas vinculares, desde una aproximación fenomenológica y no puramente lingüística, como podría darse en el box. Además, se encuentra el sentido de *huellas cotidianas*, esto es, todas aquellas marcas no verbales que evidencian el modo particular de funcionar en el espacio domiciliario y que son expresión de los “espacios de juego” (De Certeau, 2000). Con ello se da cabida, por ejemplo, a rituales plagados de sentido que se han hecho parte de las dinámicas estables de la familia, otorgándoles dirección en sus vidas. Los *espacios emocionales*, por su parte, nos hablan de aquellas áreas del hogar que se van cargando de afectividad, lo que da luces interesantes para el desarrollo de la psicoterapia, pues permite explorar cómo siente el consultante cada rincón de la casa, en términos de la calidez, seguridad y cuidado que le brinda, para con ello proponer posibles cambios en los espacios que se eligen diariamente, en función de las sensaciones placenteras o displacenteras que éstos provocan.

Todos los contenidos expuestos detalladamente en la discusión, nos permiten dar respuesta cabal al problema de esta investigación, pues con ello se logra dar cuenta de los significados, experiencias y orientaciones que conlleva la VD para terapeutas y consultantes, componentes que, al articularse, permiten dar cuerpo a los sentidos asociados a la misma. Estos elementos, además, son puestos en juego siempre en relación - con la casa, con objetos, con espacios, con personas, con entornos y con la materialidad per sé -, cualidad también del todo relevante a la hora de pensar en la dimensión del sentido, que es, por definición, relacional (Pakman, 2011; Holzapfel, 2005; Nancy, 2003). En esta dimensión destaca, sobre todo, el ambiente de intimidad, proximidad y distensión que brinda el domicilio, cualidades que aportan a re-definir la relación terapéutica. Además, los múltiples estímulos concretos

que sólo el hogar nos muestra, regalan oportunidades terapéuticas que se reflejan en las acciones, actitudes y recursos que se despliegan en este nuevo escenario, ampliando y complejizando el mundo de significados que predominan en el box. Son nuevas aproximaciones que, desde la sensibilidad, contribuyen a que la saturación que se da en el contenido de lo narrado, pueda ser perturbada y desafiada, levantando otras hebras – de sentido- que se hacen parte en el tejido psicoterapéutico.

En lo que refiere a los alcances que estos resultados aportan a la psicología, es posible aseverar que permiten abrir todo un mundo que trasciende lo “psi” para dejar espacio a otras esferas, contextuales, sociales y territoriales, que suelen quedar apartadas a la hora de aproximarnos al sufrimiento humano, pues la tendencia moderna ha sido siempre la individualización de las problemáticas (Gergen y Warhus, 2006). Así también, y específicamente a lo que refiere a la VD, son múltiples las posibilidades psicoterapéuticas que se abren con este estudio, dejando pavimentado un camino que puede conducir a propuestas o modelos teóricos más concretos orientados no sólo al registro conversacional, sino que a toda dimensión experiencial y extralingüística que aporte sentido a dicha praxis. Esto, pues ha quedado claro que la casa no es puramente simbolizable, sino que en el contacto directo con las cosas, como propone Bachelard (1951), surge un emergente poético abierto a la sensibilidad y a las texturas particulares que allí se despliegan, cualidad que se pierde cuando el foco está situado en la pura abstracción.

Esta propuesta, más cercana a la fenomenología, podría convivir armoniosamente con las narrativas que son propias de los modelos sistémico-relacionales que le han dado forma a la VD en los últimos años (González Calvo, 2013; Quiroz, 1994). Para que ello ocurra, no obstante, la invitación a los terapeutas tendría que ser adentrarse de lleno en la esfera del sentir, pues el diálogo queda corto a la hora de intentar acceder a mundos donde la excripción que propone Nancy (2000, en Pakman, 2014) es la que nos permite palpar la realidad vívida de donde provienen los sentidos. Esta aproximación, de producirse, generaría cambios radicales a lo que se viene concibiendo tradicionalmente en psicología clínica, pues amalgamaría la fenomenología con la atención a la dimensión contextual y relacional de la sistémica, cuestiones que, históricamente han corrido por afluentes distintos.

Además, se dan alcances relevantes en términos ético-políticos, pues los sentidos aquí distinguibles dan cuenta de esfuerzos ascendentes por generar vínculos y condiciones terapéuticas cada vez más colaborativas, donde sea posible situar a los/as consultantes como actores siempre conscientes de su rol activo y transformador en la relación con su entorno habitacional, territorial y comunitario. Evidenciar su forma de habitar el mundo, en definitiva. Ojalá esto significara, a la larga, relaciones donde los sujetos nos subyugemos cada vez menos al saber/poder que portan las instituciones y las disciplinas profesionalizantes (Foucault, 2006), dando cabida a acciones de resistencia como las VD que proponemos, al poner el acento en el conocimiento y los recursos que desde las propias personas y comunidades se pueda ir construyendo para la comprensión y resolución de sus problemáticas.

Estas prácticas micropolíticas, de acudir a los espacios de pertenencia de las personas con las que trabajamos, podrían ir alimentando acercamientos desde la alteridad, con el reconocimiento y validación de la diversidad humana, y desnutrirían todos aquellos lineamientos del aparato público, que por el contrario, tributan a un afán de gubernamentalidad que generaliza y cierra opciones a la expresión de la particularidad.

Cabe mencionar, en paralelo, que esta investigación no ha estado exenta de algunas dificultades, pues no fue fácil acceder a los participantes ni tampoco a una diversidad suficientemente amplia de aquellos. Esto, por componentes normativos relacionados con la institucionalidad en salud mental pública, pero además, porque no fue posible acceder a terapeutas y usuarios/as de ambos géneros, quedando reducida la muestra a psicólogos hombres y usuarias mujeres. Esto podría conllevar un sesgo de género no menor, lo que si bien intentó someterse a análisis a lo largo de la discusión, no será posible dar cuenta de todas las dimensiones que podrían estar operando de modo invisible.

Así también, hay muchos aspectos de sentido que en la discusión aparecen como exclusivos del encuadre de la VD y que contrastan con el setting de box. Si bien es un hallazgo importante, que emerge de las distinciones en función del relato y las experiencias compartidas por terapeutas y consultantes, lo que en sí mismo tiene un valor legítimo, existe la limitación de que el escenario escogido para realizar las entrevistas fue sólo el domiciliario, por lo que no nos es posible hacer comparaciones observables entre uno y otro encuadre.

Podría darse, por lo tanto, que algunas de las cualidades que aquí se describen como propias de la VD, sean aspectos transversales a la terapia o a la relación terapéutica y no aspectos exclusivos de la intervención domiciliaria.

Con todo, resultaría interesante continuar con aproximaciones sucesivas a la VD desde otros planteamientos metodológicos, como el etnográfico- por su acento en los contextos-, pues permitirían ir nutriendo y diversificando los resultados de esta investigación, introduciendo factores que muestren particularidades de otros/as participantes, de otras franjas territoriales, culturales y por lo tanto, experienciales.

Además, cabría preguntarse acerca de aquellas dimensiones de sentido que aquí aparecieron algo escuetas, como la relación con el entorno y redes comunitarias próximas al domicilio, así como aquellas relativas al diálogo que se establece entre las sesiones de VD y las sesiones en box, lo que, aunque se exploró en las entrevistas, parece ser un aspecto poco visualizado por los mismos participantes, quedando ambos encuadres más bien desconectados entre sí.

Ir abriendo nuevas hebras de sentido contribuiría a lo que esta tesis expone en su esencia, que es la dimensión poética que surge en el contacto directo con la materialidad, lo que resulta ser un campo inagotable de texturas, siempre en movimiento y cambio. Nada queda dicho del todo aquí, nada de lo expuesto es definitivo. Más bien el ejercicio parece consistir en lo que propone la misma Harlene Anderson, cuando señala, a propósito de la “infinitud de lo no dicho” de Gadamer (1975, en Anderson, 1999, p.166), que:

Toda comunicación porta sentidos inexpresos y posibles interpretaciones nuevas.
Toda acción comunicativa es un recurso infinito de nuevas expresiones y significados.
Por lo tanto, el sujeto y el contenido de todo discurso (...) están abiertos a un cambio evolutivo en su sentido. (p.166).

REFERENCIAS

- Aguirre, J., y Jaramillo, L. (2012). Aportes del método fenomenológico a la Investigación Educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 8(2), 51-74.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En K. Gergen, y S. McNamee (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-49). Barcelona, España: Paidós.
- Andréu, J. (2000). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Fundación Centro Estudios Andaluces*, 10(2), 1-34. Recuperado de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Arredondo, M., y Salinas, P. (2005). *Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs)* (Memoria para optar al Título Profesional de Psicólogo). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Aylwin, N., y Solar, M. (2002). *Trabajo social familiar*. Santiago, Chile: Universidad Católica.
- Bachelard, G. (1965). *La poética del espacio*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Berger, P., y Luckman, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bertrando, P., y Toffaneti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Bianciardi, M. (1993). El observador ciego: hacia una teoría del sujeto. *Psicoterapia y Familia*, 4(2), 1-8.
- Botella, L., Pacheco, M., y Herrero, O. (1999). Pensamiento posmoderno constructivo y psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, (37), 5-28.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
- 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*, (2), 1-11.
- Calventus, J. (2008). *Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/23596509/calventus2008>
- Campanini, A., y Luppi, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico: una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. Barcelona, España: Paidós.
- Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano*. D.F., México: Universidad Iberoamericana.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo?. En E. Balbier, y G. Deleuze (Eds.), *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Barcelona, España: Gedisa.
- Denzin, N. (2001). The reflexive interview and a performative social science. *Qualitative Research*, 1(1), 23-46.

- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). Introduction: entering the field of qualitative research. En N. K. Denzin, y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-17). California, EE.UU.: Sage.
- Flyvbjerg, B. (2004). Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso. *Revista Español de Investigaciones Sociológicas*, (106), 33-62. Recuperado de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_106_041167998142322.pdf
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: curso en College de France (1977-1978)*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2013). *Historia de la sexualidad I*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno.
- Frank, J. (1988). *Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K., y Warhus, L. (2006). La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias. En K. Gergen (Ed.), *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K., y McNamee, S. (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. En R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.), *The construction of disorder*, (pp. 333-350). Washington, EE.UU: American Psychological Association.
- González, M. (2014). Inside home: la visita domiciliaria de trabajo social como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940. *Ammentu Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo*, (4), 37-49.

- González Calvo, V. (2003). La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, (61), 63-86.
- González Calvo, V. (2009). Reflejo de las relaciones familiares en el espacio doméstico. *Revista Familias Siglo XXI*, (3), 75-77.
- González Calvo, V. (2013). Cambios familiares contemporáneos: el reflejo de las relaciones familiares en el espacio doméstico y su conocimiento a través de la visita domiciliaria en el trabajo social. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, 10, 150-178. Recuperado de <http://www.revistatsudec.cl/category/volumen10>
- González Rey, F. L. (2000). *Investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos*. D.F., México: International Thomson.
- Heidegger, M. (1951). *Construir, habitar, pensar*. Recuperado de <http://www.farq.edu.uy/estetica-diseno-ii/files/2013/05/Heidegger-Construir-Habitar-Pensar1.pdf>
- Heidegger, M. (1988). *El ser y el tiempo*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Henríquez, A., y Rodríguez, P. (2011). *Ampliando los márgenes de la salud mental pública: abordajes de un contexto psicoterapéutico institucionalizado de salud mental desde una postura constructorista social* (Memoria para optar al Título Profesional de Psicólogo). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Hernández, R. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación (1ª Ed.)*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, (7), 19-39.

- Larrañaga, I., Valderrama, M., Martín, U., Begiristain, A., Bacigalupe, A., y Arregi, B. (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 27(1), 50-55.
- Martín-Crespo, M., y Salamanca, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, (27), 1-4. Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.org/>
- Martínez, V. (2006). El enfoque comunitario: el desafío de incorporar a la comunidad en los problemas sociales. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Merlinsky, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado. *Cinta Moebio*, 27, 27-33. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/27/merlinsky.pdf>
- Mieles, M., Tonon, G., y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, (74), 195-225. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79125420009>
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. D.F., México: Gedisa.
- Ministerio de Salud. (2001). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2007). *Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, una revisión sistemática de la literatura*. Santiago, Chile: Medwave.
- Ministerio de Salud. (2008). *Orientaciones técnicas visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud. (2009). *Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica depresión en personas de 15 años o más*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan nacional de salud mental*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Minoletti, A., y Zaccaria, A. (2005). Programa nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 346-358.
- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en la posmodernidad: perspectivas desde el construccionismo social. *Revista Psykhe*, 12(1), 3-15.
- Morales, R. (2011). *Poder, subjetividad y psicoterapia: alcances y consideraciones desde la analítica foucaultiana hacia una política de la resistencia* (Tesis de magíster). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Moreno, S. (2014). La Entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista de Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studio*. 20(1), 71-76.
- Ospina, D., y Soto, C. (2001). Entre el rito y la rutina: el rol de cuidadora en las mujeres de Medellín. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(2), 58-65.
- Pakman, M. (2006). *Poética y micropolítica, diseñando conversaciones terapéuticas*. Entrevista por Alicia Moreno. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/pakman.htm>

- Pakman, M. (2014). *Texturas de la imaginación: más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico*. Barcelona, España: Gedisa.
- Pakman, M. (2009). *Palabras que permanecen, palabras por venir: micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Pizarro, C. (2005). ¿Cuánto compartir con un paciente?: las intervenciones de autorrevelación del terapeuta. *Terapia Psicológica*, 23(1), 5-13.
- Quezada, J., y Gianino, L. (2015). El sentido del humor: más allá de la risa. *Revista Consensus*, 20(1), 83-98.
- Quiroz, M. (1994). *La visita domiciliaria: estrategia interventiva del modelo tradicional del servicio social de caso*. Concepción, Chile: Universidad de Concepción.
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Aljibe.
- Rubilar, G. (2013). *Imágenes de alteridad: reflexiones y aportes para el trabajo social en contextos de pobreza y exclusión*. Santiago, Chile: Universidad Católica.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá, Colombia: ARFO.
- Seamon, D. (2013). Place attachment and phenomenology: the synergistic. En L. C. Manzo, y P. Devine-Wright (Eds.), *Place attachment: advances in theory, methods and applications* (pp. 11-22). New York, EE.UU: Routledge.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., y Prata G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(1), 73-85.

Stake, R. (1994). Qualitative case studies. En Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (Eds.), *The sage handbook of qualitative research* (pp. 443-466). Thousand Oaks, EE.UU.: Sage.

Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: una opción para el/la profesional de enfermería. *Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101.

White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.

Watzlawick, P. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Herder.

Wittgenstein, L. (1999). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona, España: Altaya.

ANEXOS

Anexo N° 1

GUIÓN ENTREVISTA

CONSIGNA

Buenos días/tardes. Como saben, soy psicóloga y estoy realizando un estudio cuyo propósito es conocer los sentidos y significados que tiene el encuentro entre terapeuta y usuario/a en las visitas domiciliarias que se realizan dentro de un proceso psicoterapéutico.

Me gustaría que conversemos sobre algunas cosas respecto de eso y que me cuenten de sus experiencias. La información que proporcionen es confidencial y sólo será usada para fines del estudio. Como les había dicho, voy a grabar la conversación porque después la vamos a transcribir para poder analizarla. Además, al ser voluntaria, si cualquiera de los dos quiere detener la entrevista en cualquier momento, puede hacerlo y detenemos la grabación.

Por último, me gustaría aclarar que no hay respuestas correctas o erróneas, mejores o peores, ni tampoco lo que digan perjudicará el proceso que han estado llevando ambos. Sólo es una conversación para aportar a la investigación en estos temas y para eso queremos conocer sus experiencias.

I.- Aspectos generales de la relación terapéutica

* Explorar los elementos personales y vinculares que han sido característicos del proceso terapéutico. ¿Qué podrían decirme de la relación terapéutica y de cada uno en ella? ¿Cómo interactúan? ¿Cómo se ha sentido cada uno en compañía del otro?

* ¿Hay algo que haga distinta a esta relación de otras relaciones cotidianas?

II.- Modos de habitar el espacio domiciliario- al consultante

Indagar respecto del sentido del espacio de la casa en la vida de la persona y en su proceso terapéutico

* Qué podría contarnos de su casa y su relación con su casa. Los espacios que habita y cómo. Explorar si existen lugares favoritos o en cambio otros que sean evitados. Pedir permiso para sacar fotografías.

* Cómo y para qué se propone hacer una VD ¿Qué le pasó a cada uno con esa idea? → acá la VD desde el punto de vista del consultante... qué supone? Qué moviliza? Acciones? Ideas? Miedos? Posibilidades?

III.- Sentidos de la relación terapéutica en el espacio domiciliario

Indagar respecto de:

- ¿Cómo fue encontrarse en el domicilio?
- Qué sensaciones surgieron en ambos
- Si hubo lugares, objetos o particularidades de la VD que les llamaran la atención (cómo habitaron ambos el espacio) Pedir un recorrido y pedirles que describan aspectos de su experiencia en cada espacio. Fotografías.
- ¿Fue distinto encontrarse aquí que hacerlo en el box/institución? ¿Cambió la forma en que se relacionan aquí a cómo lo hacen en el box? ¿cómo?

IV.- Implicancias de la VD en el proceso psicoterapéutico

Indagar respecto de:

- Si cambió algún aspecto del proceso psicoterapéutico luego de realizar la VD
- Si consideran que fue útil y para qué. Algo que no habría ocurrido en el proceso de ambos de no haber hecho la VD
- Qué sensaciones tienen ahora al re-visitar este espacio juntos

* *A modo de conclusión, ¿hay algo que les gustaría agregar-preguntar que no hayamos conversado?*

Anexo N° 2



Universidad de Chile

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROFESIONALES

La investigación para la que se solicita su participación es realizada por Alejandra Henríquez, psicóloga. Corresponde a la Memoria para optar al título de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, con enfoque Sistémico Relacional de la Universidad de Chile, cuya profesora patrocinante es Claudia Rojas Awad, Académica del Departamento de Psicología.

El propósito de esta investigación es conocer los sentidos que emergen en el encuentro entre terapeutas y consultantes, en el marco de visitas domiciliarias que forman parte de un proceso psicoterapéutico de instituciones de salud mental públicos.

Su participación en esta investigación es voluntaria, gratuita y no tendrá beneficios directos para usted, por lo que puede retirarse en cualquier momento tan sólo comunicándolo a la investigadora. Se garantiza confidencialidad y anonimato, lo que significa que si bien la información que entregue será analizada, se hará en conjunto con otros datos, no siendo revelada su identidad o la de los/as usuarios que mencione.

Si acepta participar en el estudio, solicitamos su autorización para realizarle una entrevista junto a un/a usuario/a en el domicilio de éste/a, relativa a algunos aspectos del proceso psicoterapéutico. Para contar con un adecuado registro de la entrevista le pedimos además permiso para grabarla digitalmente, con el fin de transcribirla y luego analizarla. Todos estos archivos serán manejados con absoluta confidencialidad, teniendo acceso a ellos sólo la investigadora y quienes colaboran directamente con ella.

En caso de dudas relacionadas con la investigación o si estuviera interesado/a en recibir información de sus resultados, puede contactar a:

Alejandra Henríquez Prieto
Psicóloga Servicio Salud Valdivia
ahenriquezprieto@gmail.com
63-2263885

Carlos Fernández
Presidente Comité Ético Científico
Servicio Salud Valdivia
comiteeticocientifico@gmail.com
63-2281784

Declaración del/la Participante

He leído la información de este documento y he aclarado todas las dudas acerca de mi participación. Acepto voluntariamente participar en la entrevista y que ésta sea grabada. Recibo una copia de este documento.

Nombre del/la participante:

Firma:

Nombre de la investigadora:

Firma:

Fecha:



Universidad de Chile

CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIOS/AS

La investigación para la que se solicita su participación es realizada por Alejandra Henríquez, psicóloga. Corresponde a la Memoria para optar al título de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, con enfoque Sistémico Relacional de la Universidad de Chile, cuya profesora patrocinante es Claudia Rojas Awad, Académica del Departamento de Psicología.

El propósito de esta investigación es conocer los sentidos que emergen en el encuentro entre terapeutas y usuarios/as, en el marco de visitas domiciliarias que forman parte de un proceso psicoterapéutico de instituciones de salud mental públicos.

Su participación en esta investigación es voluntaria, gratuita y no tendrá beneficios directos para usted, por lo que puede retirarse en cualquier momento tan sólo comunicándolo a la investigadora. Se garantiza confidencialidad y anonimato, lo que significa que si bien la información que entregue será analizada, se hará en conjunto con otros datos, no siendo revelada su identidad o la de su familia. Además, que sea voluntario significa que si decide no participar, esto no tendrá ninguna implicancia para su atención habitual en este centro de salud.

Si acepta participar en el estudio, solicitamos su autorización para realizarle una entrevista en su domicilio junto a su psicólogo/a tratante, relativa a algunos aspectos del proceso psicoterapéutico. Para contar con un adecuado registro de la entrevista le pedimos además permiso para grabarla digitalmente, con el fin de transcribirla y luego analizarla. Además, sólo si estuviera de acuerdo, le solicitamos registrar visualmente (fotografías) algunos objetos o espacios de la casa, sólo con el fin de complementar la investigación. Todos estos archivos serán manejados con absoluta confidencialidad, teniendo acceso a ellos sólo la investigadora y quienes colaboran directamente con ella.

Es necesario que sepa que, aún después de realizar esta entrevista puede retirarse de la investigación, para lo que tendría que contactar a la investigadora, quien se compromete a devolverle este consentimiento y eliminar el material registrado.

En caso de dudas relacionadas con la investigación o si estuviera interesado/a en recibir información de sus resultados, puede contactar a:

Alejandra Henríquez Prieto
Psicóloga Servicio Salud Valdivia
ahenriquezprieto@gmail.com
63-2263885

Carlos Fernández
Presidente Comité Ético Científico
Servicio Salud Valdivia
comiteeticocientifico@gmail.com
63-2281784

Declaración del/la Participante

He leído la información de este documento y he aclarado todas las dudas acerca de mi participación. Acepto voluntariamente participar en la entrevista y que ésta sea grabada. Recibo una copia de este documento.

Además, estoy de acuerdo con que se tomen fotografías de objetos o espacios de la casa:
SI___ NO___

Nombre del/la participante:

Firma:

Fecha:

Nombre de la investigadora:

Firma:

Fecha:

Nombre de testigo:

Firma:

Fecha:

Anexo N° 3



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO - ACREDITADO 2017-2020
CEC-SSV

Ministerio de Salud
Servicio de Salud Valdivia
Comité Ético Científico
BQ CFV/fam

ORD.: 498

ANT.: Carta 08.11.2017

MAT.: Informa lo que indica

Valdivia, 11.12.2017

DE: BQ. Carlos Fernández Vega
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Valdivia

A: Ps. Alejandra Henríquez Prieto
Investigador Principal
Programa Magister Psicología Universidad de Chile

En respuesta a documento del antecedente, enviado para revisión del Protocolo: "*La visita psicoterapéutica. Intervención domiciliaria como posibilidad de habitar nuevos sentidos*", informo a usted, que en reunión del día 07 de diciembre del presente año, este Comité consideró lo siguiente:

La presente investigación es clasificada por el propio investigador como cualitativa, de corriente fenomenológica, de tipo exploratorio, con énfasis en la experiencia y la subjetividad.

El objetivo general será conocer los sentidos que emergen en el encuentro entre terapeutas y consultantes, en el marco de una visita domiciliaria que forma parte de un proceso psicoterapéutico sistémico de instituciones de salud mental públicos.

El proyecto y documentación revisada **NO PRESENTA** reparos éticos, metodológicos, legales.

Los miembros del Comité que participaron de la revisión y evaluación del protocolo declararon **no tener conflicto de Interés**.

El diseño se ajusta a las normas de Investigación en Seres Humanos.

La razón de riesgo/beneficio fue estimada favorable para el participante.

El formulario de consentimiento informado cumple con los requisitos exigidos.

Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del Ensayo Clínico dentro de los marcos éticamente aceptables.



Además de conocer los antecedentes presentados por **Ps. Alejandra Henríquez Prieto** relativo al estudio patrocinado por Programa Magister Psicología Universidad de Chile y vistos en la sesión del 07.12.2017 el Comité revisó y aprobó los siguientes documentos:

- Consentimiento Informado Profesionales. 2 páginas.
- Consentimiento Informado Usuarios. 2 páginas.
- Consigna. 2 hojas.

En consecuencia, el CEC-SSV **AUTORIZA** por Unanimidad de los miembros presentes en la sesión, el Estudio Clínico: **“La visita psicoterapéutica. Intervención domiciliaria como posibilidad de habitar nuevos sentidos”**, la cual se llevará a cabo en una visita domiciliaria en la Región de Los Ríos.

El Investigador se compromete a respetar la legislación vigente, normas técnicas y recomendaciones nacionales e internacionales sobre investigación científica biomédica en particular, lo referente a la protección de datos personales, de acceso a los registros clínicos y de investigación en seres humanos, de acuerdo a la Ley N°19628, Ley N°20120, Ley N°20584, sus reglamentos de aplicación y modificaciones.

El investigador se compromete a respetar el Reglamento Interno del CEC-SSV y a utilizar sólo la documentación que fue aprobada y autorizada por este CEC, las cuales se entregan firmadas y timbradas para ser copiadas desde la versión original autorizada.

Los datos utilizados y la información obtenida se limitan a lo expresado en la formulación del proyecto mencionado. No se autoriza otro uso. Esta aprobación tiene vigencia de un año, a contar de la fecha de emisión del presente oficio.

Es responsabilidad del Investigador tramitar la autorización correspondiente con el Director(a) de la Institución en la cual se ejecutará el proyecto y enviar un informe de avance o informe final según corresponda, a este CEC con plazo máximo **diciembre de 2017**, por escrito y vía oficina de partes del SSV, tanto para solicitar prosecución del estudio, re-aprobación anual, así como también para requerir toma de conocimiento en caso de finalización y/o cierre del Centro o del Estudio.

Sin otro particular, se despide atentamente de usted,

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

BQ Carlos Fernández Vega
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Valdivia

Distribución:

- Ps. Alejandra Henríquez Prieto- Investigador Responsable
- Archivo Protocolo Clínico
- Archivo correspondencia Despachada