ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/275463971

Terapia Sistémica Breve: Fundamentos y Aplicaciones

Book · July 2013

CITATIONS
4

READS
19,500

1 author:

Felipe E. García
University Santo Tomás (Chile)
74 PUBLICATIONS **246** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Prescripciones paradoja y de desvío en el tratamiento del pánico View project

Measurement and psychosocial factors of well being View project

All content following this page was uploaded by Felipe E. García on 28 February 2017.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Felipe E. García Martínez
(Compilador)

TERAPIA SISTÉMICA BREVE

Fundamentos y aplicaciones

UST
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

RiL editores

Terapia sistémica breve

RIL editores
biblio**diversidad**

Felipe E. García Martínez
(compilador)

Terapia sistémica breve

Fundamentos y aplicaciones

RiL editores

616.891 García Martínez, Felipe E. (comp.)
G Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones / Compilacion: Felipe E. García Martínez. -- Santiago : RIL editores, 2013.

486 p. ; 23 cm.
ISBN: 978-956-284-990-6

1 PSICOTEARPIA. 2 TERAPIA FAMILIAR

Terapia sistémica breve.
Fundamentos y aplicaciones
Primera edición: junio de 2013

© Felipe E. García Martínez, 2013
Registro de Propiedad Intelectual
Nº 223.930

© RIL® editores, 2013
Los Leones 2258
CP 7511055 Providencia
Santiago de Chile
Tel. Fax. (56-2) 22238100
ril@rileditores.com • www.rileditores.com

Composición, diseño de portada e impresión: RIL® editores

Impreso en Chile • *Printed in Chile*

ISBN 978-956-284-990-6

Derechos reservados.

Índice

Presentación 13

Agradecimientos 15

Introducción
Felipe E. García Martínez 17

Primera parte: Fundamentos

Capítulo 1
La terapia estratégica breve:
fundamentos, técnicas y tendencias actuales
Hardy Schaefer A. 29

Capítulo 2
Terapia breve centrada en la solución:
hacia una psicoterapia positiva
Felipe E. García Martínez 63

Capítulo 3
Terapia narrativa: algunas ideas y prácticas
Ítalo Latorre Gentoso 97

Capítulo 4
La psicología positiva: un marco conceptual
para su aplicación en la psicoterapia contemporánea
Margarita Tarragona Sáez 143

Segunda parte: Aplicaciones

Terapia infanto juvenil

Capítulo 5
De los días raros a los días seguros:
la terapia del miedo infantil
Jorge Ayala 167

Capítulo 6
Terapia narrativa con niños a través del juego
Marta Campillo R. 193

Capítulo 7
Pistas para una intervención sistémica
en niños con problemas de aula
Rodrigo Mardones Ibacache 215

Capítulo 8
Derrotar a la encopresis. Una intervención narrativa
para colaborar con niños dispuestos a la lucha
Felipe E. García Martínez y Angélica Guzmán Arenas 229

Capítulo 9
Terapia narrativa para niños con déficit atencional
Felipe E. García Martínez y otros 241

Capítulo 10
El papel de lo ausente pero implícito
en el trabajo con adolescentes
Leticia Uribe Malagamba y María Eugenia Nadurille Álvarez 253

Terapia de parejas

Capítulo 11
Terapia narrativa con parejas
Marta Campillo R. 269

Capítulo 12
La solución llega antes que el problema:
terapia breve de pareja centrada en soluciones
Jorge Ayala 281

Capítulo 13
Parejas en colusión
Bismarck Pinto Tapia 305

Capítulo 14
Terapia de la ruptura amorosa
Bismarck Pinto Tapia 319

Capítulo 15
Un camino hacia la liberación:
la violencia de género desde un modelo narrativo
Felipe E. García Martínez y otros 337

Capítulo 16
Cuando ella se va: la resignificación
del proceso para una despedida plena
Natalia Alonso Reske y otros 347

Terapia con adultos

Capítulo 17
Trauma y crecimiento: una propuesta de intervención
Felipe E. García Martínez 361

Capítulo 18
Recuperando mi vida de la desgracia:
narrativa, solidaridad y justicia
Carolina Letelier Astorga y Ítalo Latorre Gentoso 375

Capítulo 19
Crecimiento postraumático. Bases teóricas e intervención
Paulo Daniel Acero Rodríguez 397

Capítulo 20
La psicoterapia cognitiva-estratégica-hipnótica de la depresión
Hardy Schaefer A. 417

Capítulo 21
Algunas ideas e intervenciones en torno al duelo complicado
Felipe E. García Martínez..... 433

Capítulo 22
Duelo por la muerte de seres queridos en circunstancias violentas
Paulo Daniel Acero Rodríguez 447

Capítulo 23
Terapia estratégica breve del trastorno de angustia. Análisis epistemológico y evaluación de casos
Rodrigo Mardones Ibacache y Felipe E. García Martínez..... 469

Los autores 483

A Erika Alejandra, quien un día mágico decidió unir su camino al mío, iluminado con la gracia de nuestros tres hermosos hijos: Eduardo Andrés, Jorge y Martina, a quienes también dedico este libro.

A mi madre, Alicia, cuya fuerza en los momentos más difíciles de nuestras vidas permitió que mis hermanos y yo pudiéramos realizar nuestros sueños.

Presentación

¿Cómo relacionarse con un texto? ¿Para qué relacionarse con este texto?

El libro que usted tiene en sus manos ofrece una mirada sobre el modelo de intervención terapéutica denominado terapia sistémica breve, un modelo integrativo que incorpora los aportes de la terapia estratégica breve, la terapia breve centrada en la solución y la terapia narrativa, y que invita a terapeutas y clientes a trabajar en forma cooperativa para lograr cambios oportunos y perdurables a partir del fortalecimiento de los recursos de estos últimos.

El principal mérito de este libro es proveer una mirada renovada y multifocal sobre las bases teóricas de un modelo novedoso y de creciente impacto en la comunidad de terapeutas familiares a nivel latinoamericano. Al mismo tiempo, entrega escenarios específicos de aplicación, respondiendo a una necesidad tan sentida entre los terapeutas: conocer cómo se materializan sus estrategias y técnicas en la interacción con los consultantes.

Recogiendo aportes de la perspectiva socioconstruccionista, respecto de la relevancia del contexto en nuestra capacidad de percepción y de generar distinciones, es necesario también reconocer el logro de Felipe E. García como editor de este libro, en cuanto a enriquecer la mirada sobre este modelo psicoterapéutico y su aplicación, al convocar exitosamente a terapeutas de diversas zonas geográficas de Latinoamérica: México, Colombia, Perú, Bolivia y Chile. La creación de espacios de intercambio, discusión y análisis colectivo sobre los relevantes temas abordados, sin duda alguna contribuye a la construcción constante de nuevos conocimientos y, lo más trascendente, a la formación de vínculos que, se espera, puedan dar origen a futuras colaboraciones.

Este libro significa también un aporte para la formación de alumnos de carreras de psicología y afines, de pregrado, postítulo y postgrado, en la medida que, en un lenguaje técnico pero accesible, presenta un documento que viene a contribuir a la limitada literatura en español sobre este modelo. Al mismo tiempo, cabe destacar la inclusión de resultados de investigaciones en los que han participado el autor principal y otros investigadores y clínicos adscritos al enfoque, que enriquecen las experiencias clínicas descritas.

Con gran orgullo, entonces, los invito a leer *Terapia sistémica breve: fundamentos y aplicaciones*.

Macarena Lucar Arce
Decana
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad Santo Tomás
Santiago de Chile

Agradecimientos

En la construcción de una obra no basta con el empeño de un solo hombre. Para la elaboración de este libro conté con el estímulo, guía y colaboración de numerosas personas e instituciones. Lamentablemente mi memoria y el espacio disponible no me permiten reconocer a cada uno con su nombre y apellido. De partida, hay que entender que este es un libro colectivo, en el que participaron muchos autores, cada uno con su respectiva lista de gratitudes. En mi caso, de todos los colaboradores, quizás los más cercanos son Hardy Schaefer y Rodrigo Mardones, a quienes nos une, aparte de una formación común en terapia sistémica, la amistad. En cuanto al apoyo externo recibido, deseo agradecer en especial la disposición de Mark Beyebach para ayudarme a perfeccionar o complementar partes de este libro.

Agradezco a la Universidad Santo Tomás, la institución que hoy me acoge y en la que he podido desarrollar muchos de mis proyectos. Es un agrado pertenecer a un establecimiento que apuesta por sus académicos y los impulsa a seguir progresando en beneficio de todos. Quiero destacar especialmente a Macarena Lucar, decana de la Facultad de Ciencias Sociales, que no ha dudado en apoyar la realización de este libro; también a Rodolfo Álvarez y Alejandro Reyes, director y jefe, respectivamente, de la carrera de Psicología de la UST en su sede Concepción, impulsores morales de esta obra.

Agradezco a la Universidad de Concepción, *alma mater* en mis estudios de licenciatura, magíster y doctorado en psicología. Durante los últimos años, la UdeC me ha confiado la formación en terapia sistémica de sus estudiantes de pregrado, instancia en la que se han podido construir algunas de las contribuciones que aparecen en esta obra. Quiero agradecer especialmente a mis compañeros de doctorado Carolina Inostroza, Marco Valenzuela y Karla Lobos, con quienes hemos construido una relación de apoyo mutuo que trasciende lo académico.

La Red Educacional Pedro de Valdivia ha sido el espacio en el que me he desarrollado laboralmente durante los últimos 18 años, ya sea como coordinador en el Preuniversitario o como director de carrera en la Universidad, en sus sedes de Concepción. Quiero destacar especialmente a Jesús Madariaga González, director del Preuniversitario, una de las personas más generosas que he conocido, quien no dudó de apoyar mis proyectos aunque significara dejar de trabajar en su equipo, como también lo ha hecho con muchos otros compañeros que han progresado en la vida gracias a su estímulo.

Agradezco también a mis numerosos alumnos, muchos de ellos actualmente colegas de profesión, pues sus preguntas, opiniones y críticas

me han obligado a esforzarme por parecer cada vez más coherente y más claro para expresar mis ideas acerca de la psicología y la psicoterapia. Algunos de los capítulos de esta obra reflejan el trabajo realizado junto a alumnos de psicología de la Universidad San Sebastián y la Universidad de las Américas, a quienes agradezco por darme el espacio para desarrollar la docencia y participar en la formación de psicólogos clínicos.

Finalmente, escribir y organizar un libro requiere un espacio de concentración, pero también de distracción, y para ello la orientación y el apoyo de mi familia y amigos ha sido fundamental. Aquí sí son muchos y no podría nombrarlos a todos. Para no ser injusto y aprovechando que los verdaderos amigos lo perdonan casi todo, esta vez no nombraré a ninguno.

Introducción

Una breve historia

Felipe E. García Martínez

«Yo había creído que la palabra no era otra cosa que un medio de comunicación, un instrumento más; por su fervorosa y pausada voz me fue revelado que podía ser también una magia, una música y una pasión».
Jorge Luis Borges, Los amigos.

El origen

Existe discrepancia al momento de atribuir a alguien el origen de las terapias familiares. Por un lado, hay evidencias de que terapeutas vinculados al enfoque psicodinámico fueron los primeros en optar por incluir a la familia en el proceso terapéutico. Ochoa de Alda (1995) propone que terapeutas como Murray Bowen, con su teoría de los sistemas familiares, o Nathan Ackerman, con su hipótesis de simbiosis familiar, son quizás los primeros psicoterapeutas en invitar a toda la familia a participar de la terapia de uno de sus miembros. Por otro lado, las investigaciones acerca de la comunicación llevadas a cabo por el polifacético Gregory Bateson en Palo Alto, sumadas a la influencia que ejerció un terapeuta inclasificable, Milton H. Erickson, en dos jóvenes colaboradores de Bateson: Jay Haley y John Weakland, incentivó la creación del primer instituto de investigación psicoterapéutica propiamente sistémica y por lo tanto interaccional, al que paradójicamente bautizaron como Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto, más conocido por sus siglas en inglés: MRI (*Mental Research Institute*). De esta segunda línea derivan las terapias sistémicas breves, de las que trata el presente libro.

El MRI

El MRI fue fundado por el psiquiatra Don Jackson, también colaborador de Bateson, el año 1959. Junto a él participaron los psicoterapeutas Haley y Weakland, trayendo consigo toda la influencia ericksoniana; posteriormente se unieron Paul Watzlawick (quizás su miembro más popular) y Richard Fisch. Una de sus principales finalidades fue estudiar la influencia de la co-

municación interpersonal en los procesos de cambio terapéutico, llegando a formular sus propias teorías, principios y técnicas, de gran influencia en la psicoterapia contemporánea.

Una de las características más importantes del MRI, que lo diferencia de la corriente más psicodinámica, consiste en su centramiento en las interacciones observadas entre los miembros de una familia, en las pautas o reglas que limitan su actuar dentro de ciertos parámetros y que estarían sosteniendo los problemas por los que estos concurren a terapia. Para ellos, las dificultades son inherentes a la vida humana, pero los problemas surgen cuando las personas persisten en utilizar soluciones que no han sido efectivas para resolverlas, formando verdaderos circuitos de retroalimentación o pautas que, por fortuna, podían romperse a partir de prescripciones cuidadosamente diseñadas para ese problema en particular, es decir, en forma «estratégica». Dichas prescripciones posibilitaron que la terapia sistémica no fuese necesariamente familiar, en el sentido de contar con toda la familia en la sesión, algo que resultaba imposible en el contexto de Palo Alto, pues la mayoría de sus habitantes eran universitarios que vivían lejos de sus familias, generando intervenciones que perfectamente podían ser aplicadas en parejas e individuos, sin olvidar en ningún momento la influencia que la familia y otros sistemas relevantes ejercían en las personas que pedían ayuda.

Una segunda cualidad del MRI fue la búsqueda de formas eficientes de llevar a cabo el proceso terapéutico, de modo de abreviar las terapias hasta el mínimo, suprimiendo de ella aquellas intervenciones inefectivas o que no estaban vinculadas claramente a la resolución del problema del cliente. Incluso crearon el año 1968, dentro del mismo instituto, un Centro de Terapia Breve integrado por Weakland, Fisch, Watzlawick y Lynn Segal, que concluyó que una terapia perfectamente podía durar 10 sesiones y generar cambios duraderos en las personas. A continuación, se denominó a la terapia del MRI con el nombre alternativo de Terapia Breve Estratégica[1], con el que se le conoce hasta el día de hoy (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

En la búsqueda de intervenciones eficientes y efectivas, suprimieron de las conversaciones terapéuticas la exploración de las causas o características intrapsíquicas que pudieran estar explicando el comportamiento de los clientes. Lo pasado y lo profundo dejaron de interesar a los terapeutas estratégicos, despertando el rechazo de los terapeutas psicodinámicos pero, al mismo tiempo, las alabanzas de otros científicos sociales que aplaudían el hecho de que por fin una escuela terapéutica se hacía cargo de la complejidad del comportamiento humano.

Otra cualidad del MRI, de gran trascendencia para la evolución de las terapias sistémicas posteriores, fue la asunción temprana de una forma de pensamiento constructivista, inspirada en los postulados de Bateson, por

[1] Una descripción más detallada de este modelo se encuentra en el Capítulo 1, en este mismo volumen.

un lado, y posteriormente en la Biología del Conocimiento desarrollada por los científicos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela, por el otro. Los enfoques constructivistas consideran que es el propio individuo quien construye un sistema que le permite comprender su mundo y sus experiencias. De ese modo, las personas son participantes activos y no receptores pasivos de un mundo externo que imprime sus huellas en su mente, como la tabla rasa conductista. Amparados en las formulaciones que desde la biología desarrollaron Maturana y Varela, consideran que la estructura de nuestro sistema nervioso impide que alguna vez podamos conocer lo que de «verdad» está allá afuera. En este enfoque asumimos que no existe una realidad única o universal, sino distintas maneras de entender los fenómenos psicológicos y sociales. Lo que interesa, por lo tanto, no es nuestra capacidad de captar al mundo tal cual es (lo que se ha denominado «objetividad»), sino que nuestras percepciones encajen lo suficiente como para asegurar nuestra viabilidad en el mundo.

El MRI se convirtió en una escuela que recibía a terapeutas de todo el mundo interesados en conocer sus propuestas. De ese modo, influyó fuertemente en la generación de otros modelos como la Terapia Breve Centrada en la Solución, de la que a continuación hablaré.

La Terapia Breve Centrada en la Solución

Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, fundadores de la Terapia Breve Centrada en la Solución (TBCS)[2] en Milwaukee, 1978, se conocieron en el MRI mientras eran tutoriados por John Weakland, quien los introdujo en los pensamientos de Bateson y Erickson. De ese modo, la TEB y la TBCS compartieron muchos postulados, como la posibilidad de intervenir sistémicamente con individuos y no solo con familias, o la búsqueda de una terapia breve y parsimoniosa (la TBCS demuestra que se pueden generar cambios significativos y permanentes con tan solo siete sesiones), sin embargo, difieren en los roles de terapeuta y cliente para el desarrollo de la terapia y eluden el constructivismo asumido por el MRI, acercándose a posturas construccionistas sociales o socioconstruccionistas (de Shazer *et al.*, 1986).

En relación al rol del terapeuta y cliente/s, plantean que la función principal del primero es desarrollar con los segundos conversaciones en las que, por un lado, demuestre interés y actitud por conocer la postura del cliente respecto a su problema, y por otro, proponer temas que permitan el desarrollo de nuevas posibilidades de acción a partir de los propios recursos del cliente. De ese modo, las quejas que presentan los clientes no son vistas como síntomas de conflictos profundos e inconscientes que solo pueden ser entendidos por un terapeuta entrenado, experto en la vida del cliente y con su cabeza

[2] Una exposición más detallada de este modelo se encuentra en el Capítulo 2, en este mismo volumen.

llena de teorías psicológicas que le permiten llevar a cabo esa comprensión. Por el contrario, el terapeuta respeta las comprensiones y posturas de los clientes respecto a su queja y no va más allá de lo que el cliente es capaz de transmitir, y si tiene dudas o genera hipótesis que vayan más allá de lo que el cliente nos está contando, entonces simplemente pregunta o plantea sus dudas como tema de conversación. Es una actitud de auténtica curiosidad y que algunos terapeutas llaman también «ignorancia», aunque esta palabra lleva al claro equívoco de pensar que el terapeuta no sabe nada de nada, cuando sí posee conocimientos que pueden ayudar al cliente a encontrar respuestas a sus dilemas. Los terapeutas sistémicos somos expertos en plantear buenas preguntas que permiten movilizar al cliente hacia el cambio. De ese modo, la actitud de auténtica curiosidad consiste en plantearse desde una posición de no-saber respecto a la vida del cliente, con el fin de generar una conversación más rica, no de escuchar las respuestas esperadas.

La postura socioconstruccionista asumida por la TBCS y posteriormente por la Terapia Narrativa requiere un tratamiento aparte. El socioconstruccionismo es un movimiento que surge a fines de los años setenta despertando de inmediato oposición, rechazo y deslegitimación por parte de la psicología tradicional, emparentada con una tradición neopositivista y empirista que se reflejaba en ese entonces en las orientaciones cognitivas y conductuales dentro de la disciplina. Este movimiento implicaba, al igual que el constructivismo que la antecedía, un quiebre radical con esa epistemología dominante, que asumía, entre otras posturas, la separación sujeto-objeto y una actitud presuntamente neutral ante el objeto observado. Una de las características más notorias del construccionismo social es su postura crítica, su continuo cuestionamiento de aquello considerado como obvio, correcto, natural o evidente. Para Ibáñez (2003), estos enfoques planteaban un doble cuestionamiento sobre la psicología tradicional: uno «epistemológico», focalizado sobre la acrítica asunción de los postulados positivistas y neopositivistas por parte de la disciplina, y otro «político», dirigido a la nula implicación social y escasa utilidad práctica de las aportaciones realizadas por la investigación psicosociológica.

Para Iñiguez (2003, 2007), algunos de los principios que definen a este movimiento son: a) antiesencialismo (las personas y el mundo social somos el resultado, el producto, de procesos sociales específicos); b) relativismo (la «realidad» no existe con independencia del conocimiento que producimos sobre ella o con independencia de cualquier descripción que hagamos de ella); c) el cuestionamiento de las verdades generalmente aceptadas (el continuo cuestionamiento de la «verdad», poniendo en duda sistemáticamente el modo como hemos aprendido a mirar el mundo y a mirarnos a nosotros mismos); y d) determinación cultural e histórica del conocimiento, y el papel conferido al lenguaje en la construcción social (la realidad se construye socialmente y los instrumentos con los que se construye son discursivos).

Así, tanto el constructivismo como el construccionismo social, a pesar de sus diferencias de origen, comparten el paraguas común de una episte-

mología que cuestiona la idea tradicional de conocimiento y de realidad. Siendo más preciso, cuestionan el concepto de «verdad objetiva» y de «realidad externa», al asumir que esta es más bien construida, ya sea por características del propio individuo, como su sistema biológico, o por la capacidad de coordinarnos en el lenguaje para construir socialmente aquello que denominamos «verdad» o «realidad». La consecuencia de esta postura es el planteamiento de que el comportamiento humano no está mediado sino determinado por dicho proceso de construcción. Esto explica que ambas posturas lleguen a una misma conclusión epistemológica. Así, ni a las terapias inspiradas en el constructivismo ni en el construccionismo social interesa lo «real», sino que se centran en las construcciones que el propio cliente, o este junto a su redes sociales significativas, ha elaborado para organizar su experiencia y su mundo y que en ocasiones constituyen camisas de fuerza que impiden el cambio o el crecimiento. Estos factores comunes han generado confusión acerca de los que en terapia es «constructivista» y lo que es «construccionista», de modo que autores como Munné las denomina en conjunto como enfoques «construccionales» y Tarragona como terapias «constructivas»[3]. La búsqueda de una denominación consensuada para estos enfoques, a pesar de que resulta necesaria frente a todos los elementos que los unen, aún continúa.

Siguiendo la historia, la TBCS, al asumir una posición construccionista social, asigna al lenguaje la función de vehículo principal para compartir y consensuar significados con las demás personas respecto al mundo que nos rodea. De ese modo, el lenguaje se convierte en el eje de este modelo, ya no desde una función pasiva centrada en la trasmisión de información, sino activa, centrada en el poder del lenguaje para crear un mundo y como sostén de las interacciones sociales que posibilitan dicha construcción. Sin embargo, la segunda característica del construccionismo social, el cuestionamiento al poder, no lo desarrolla a los niveles que alcanza posteriormente la Terapia Narrativa, de la que hablaré a continuación.

Terapia Narrativa

A través de la combinación de la experiencia de David Epston en antropología y su uso de métodos narrativos para relacionarse con sus clientes, con el interés de Michael White en métodos interpretativos inspirados por Gregory Bateson, ambos formularon lo que hoy se conoce como Terapia Narrativa (TN)[4]. Epston desarrolló su trabajo en Nueva Zelanda y White en Australia, lejos de los grandes centros que construyen y divulgan el conocimiento «oficial» en psicología y psicoterapia. No es de extrañar que la TN haya surgido en dos países que, tras mucho tiempo de opresión de

[3] Ver el Capítulo 4, en este mismo volumen.

[4] Para conocer más detalles de la Terapia Narrativa se sugiere leer el Capítulo 3, en este mismo volumen.

sus culturas indígenas, por fin se habían comprometido a realizar esfuerzos reales de restitución, reparación e integración. White y Epston se conocieron el año 1980, presentados por un amigo común durante una conferencia en Adelaida, Australia; desde entonces iniciaron una fructífera cooperación que se mantuvo hasta el año 2008, cuando White fallece en California, Estados Unidos.

Como decíamos, el construccionismo social es una teoría que advierte sobre los posibles efectos de los discursos sociales totalizantes que constriñen o limitan a las personas en la construcción de su mundo. De ese modo, no solo cuestionan la posibilidad de acceder a un conocimiento verdadero, sino también al poder que impone ciertas formas de ver el mundo en una determinada cultura y momento histórico. La TN se hace cargo de esa arista cuestionando el poder ejercido por la cultura en la que estamos insertos, inspirándose en la teoría postestructuralista francesa, en particular la posición de Foucault sobre las verdades construidas y la inseparabilidad de poder y conocimiento, y en la invitación de Jacques Derrida a desenmascarar discursivamente realidades y prácticas que se dan por descontadas y que ocultan prejuicios. Cheryl, la esposa de Michael, también influyó en el interés de la TN por la teoría feminista y el análisis de un poder fundamentado en el patriarcado. De ese modo introducen en el proceso de terapia un cuestionamiento conjunto con sus clientes de las «verdades oficiales», supuestamente incuestionables, que enmarcaban y restringían el comportamiento de sus consultantes. Por ejemplo, deconstruían[5] con sus clientes aquellos discursos que sostenían un rol pasivo de la mujer en relación a la violencia de género, o sobre la presencia de discursos que psicopatologizaban comportamientos como forma de control social.

Otra contribución importante de la TN en el desarrollo de una terapia sistémica más comprehensiva y menos limitante, es la recuperación del rol de la historia en la conversación terapéutica. Desde un centramiento en el presente, como el del MRI, y en el futuro, como la de la TBCS, los terapeutas narrativos recuperan el pasado como parte de los temas de conversación en terapia, pero no la historia tal como ocurrió sino como es contada por el cliente, en este caso, junto el terapeuta. Hay que comprender que el pasado se construye y reconstruye en la medida que se comparte con los demás,

[5] La TN sostiene todo un lenguaje particular para referirse a los distintos aspectos de su teoría, extraídos desde la filosofía y la antropología, entre otras disciplinas, además de una terminología propia creada por White y Epston con el fin de hacer más preciso el uso del lenguaje. Esto ha llevado a que, al traducir estos términos al español, se encuentren muchas diferencias entre los distintos autores latinoamericanos. El intento de uniformar el lenguaje para hacerlo más comprensible para los lectores (muchos de ellos estudiantes), choca con la postura, sostenida por los mismos terapeutas narrativos, de impedir el desarrollo de una «voz oficial» o «dominante» que imponga el uso de ciertas traducciones generales silenciando las formas locales de comprensión. Para no transformar este libro en una torre de Babel, donde muchos hablan de lo mismo pero con distintas palabras, he optado por respetar las versiones de cada autor, pero indicando entre paréntesis la misma palabra en su idioma original, el inglés.

y por lo tanto, nosotros como terapeutas jamás conoceremos el pasado «real» de nuestros clientes sino más bien el relato de su pasado, un relato contado desde el presente y que se puede modificar.

La introducción de la voz del cliente en la psicoterapia, desde una postura descentrada por parte del terapeuta, que respeta la capacidad del propio cliente para enfrentar su problema, apoyado por la capacidad del terapeuta de formular preguntas apropiadas que posibiliten nuevas formas de verse a sí mismo y al mundo, emparenta a la TN con la TBCS. Pero luego va más allá, tal como lo reconoce Bill O´Hanlon (2001), cuando relata su encuentro con David Epston en los Estados Unidos, sorprendido por los cambios profundos en la narrativa de su propia identidad y del mundo que lo rodea, observados en una joven debilitada por la anorexia.

Terapia Sistémica Breve

Estas tres escuelas de psicoterapia, si bien cuentan con características distintivas, tienen muchos elementos en común que les permiten integrarse cómodamente en procesos psicoterapéuticos reales. De ese modo, se hizo necesario encontrar una denominación común que permitiera dar cuenta de esas semejanzas. Esta necesidad ha supuesto un esfuerzo que solo en el último tiempo ha despertado un mayor consenso.

Podríamos atribuir al psicólogo español Mark Beyebach (1993) la divulgación del nombre «Terapia Sistémica Breve» (TSB) para referirse a la integración de estos tres modelos, aunque quizás el primero en utilizar dicha expresión en idioma español fue Pérez Grande (1991), refiriéndose principalmente a la TBCS. La Escuela de Salamanca, vigente hasta hoy, ha integrado también dentro de la TSB los aportes de la psicología positiva y de la investigación sobre factores comunes en psicoterapia (Beyebach, 2009; Beyebach & Herrero, 2010; Selekman & Beyebach 2013).

El nombre de TSB es afortunado, pues reconoce por un lado la herencia de la epistemología sistémica-cibernética batesoniana como origen y fundamento de estas escuelas y, por otro lado, se enfatiza su opción ericksoniana de promover intervenciones breves y eficaces por medio de la movilización de los recursos de los clientes para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible. Por esta razón, ha sido el nombre que hemos recogido para titular el presente libro.

Y la construcción del conocimiento no tiene límites (al menos geográficos)

Una de las cualidades gratas de los profesionales que promueven la utilización de modelos terapéuticos inspirados en el MRI, la TBCS y la TN, es su capacidad de establecer redes entre ellos que permiten compartir las distintas experiencias

y nutrirse mutuamente. Además, están conectados con la comunidad a través de páginas *web* o *blogs* en los que establecen distintos niveles de vinculación con quienes están interesados en explorar de modo más profundo las propuestas que, desde los distintos saberes locales, promueven dichos terapeutas.

Así, en Perú, el psicólogo Jorge Ayala ha logrado popularidad con su sitio El Terapeuta Estúpido (http://elterapeutaestupido.ayalajorge.com), en el que periódicamente comparte documentos, videos y experiencias sobre temas relacionados con la terapia sistémica. En Bolivia, el Dr. Bismarck Pinto mantiene desde el año 2007 el *blog* www.bpintot-bismarck.blogspot.com, en el que expresa sus ideas acerca de las relaciones de pareja, el amor y la vida familiar. En Colombia, Paulo Daniel Acero ha desarrollado un importantísimo trabajo con personas que han enfrentado duelos traumáticos, y cuyo trabajo se refleja en el *blog* http://www.dueloycrecimientopostraumaticokrisal.blogspot.com. En México, el Grupo de Terapia Narrativa Coyoacán de Ciudad de México, en el que participan Leticia Uribe y María Eugenia Nadurille, invita a un espacio de colaboración en su sitio www.terapianarrativacoyoacan.com. A su vez, la psicóloga Marta Campillo, fundadora del Centro de Atención Psicológica a la Familia CAPAF en la ciudad de Xalapa, en Veracruz, promueve sus actividades y comparte su obra escrita en la página *web* http://www.capaf.com.mx. Por su parte, la Dra. Margarita Tarragona, reconocida psicóloga positiva y sistémica, nos informa de sus actividades tanto en su página http://positivamente.com.mx, como a través del Grupo Campos Eliseos de Ciudad de México en http://grupocamposeliseos.com. En Chile, el grupo PRANAS, de Ítalo Latorre y Carolina Letelier, promociona sus actividades y comparte documentos gratuitos en su página www.pranaschile.org; mientras el psicólogo Rodrigo Mardones ofrece apoyo a personas afectadas por crisis de pánico en su *blog* http://nomaspanico.blogspot.com. Y aquí en Concepción, al sur del mundo, una ciudad golpeada pero jamás vencida por terremotos y *tsunamis*, intentamos integrar todos estos saberes con propuestas terapéuticas que podrán descubrir en este libro, y en el que participan psicólogos de distintas universidades: Carolina Alzugaray de la Universidad Santo Tomás; Angélica Guzmán de la Universidad de las Américas; Florencia Grossi, María Gracia González, María Fernanda Marín, Natalia Alonso, Violeta Fuentes y Mabel Aburto (ambas residiendo aún más al sur, en la austral Isla de Chiloé) de la Universidad de Concepción. Hardy Schaefer, por su parte, dirige en Concepción desde hace unos cuantos años un Postítulo de Especialización en Terapia Estratégica Breve e Hipnosis Ericksoniana, que ha permitido la divulgación de las terapias sistémicas breves en nuestro país.

Me enorgullece señalar que todos los autores mencionados en el extenso párrafo anterior, incluyendo a mi persona, participamos en la construcción del libro que usted tiene en sus manos. Le invito entonces a leerlo.

Referencias

Beyebach, M. (1993). *Relación terapéutica y abandono en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral, Universidad Pontificia de Salamanca, España.

Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused therapy: a provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies,* 28, 18-35.

Beyebach, M. & Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de parejas*. Barcelona: Herder.

De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process, 25*, 207-221.

Ibañez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. *Política y Sociedad*, *40* (1), 155-160.

Iñiguez, L. (2003). *La Psicología Social en la encrucijada postconstruccionista. Historicidad, subjetividad, perfomatividad, acción*. Ponencia presentada en el XII Encuentro Nacional de la Abrapso. 15-17 de octubre. Porto Alegre.

Íñiguez, L. (2007). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la Psicología Social de la era «postconstruccionista». *FERMENTUM. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, *17* (50), 523-534.

Munné, F. (1999). Constructivismo, construccionismo y complejidad: la debilidad de la crítica en la psicología construccional. *Revista de Psicología Social*, 14, 131-144.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder

O'Hanlon, B (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.

Pérez Grande, M. (1991). Evaluación de resultados en Terapia Sistémica Breve. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 93-110.

Selekman, M. & Beyebach, M. (2013). *Changing self-destructive habits. Pathways to solutions with couples and families*. New York, NY: Routledge.

Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13, 141-168.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa.

Primera parte:
Fundamentos

Capítulo 1

La terapia estratégica breve: fundamentos, técnicas y tendencias actuales

Hardy Schaefer A.

«Llevar una vida amargada lo puede cualquiera, pero amargarse la vida a propósito es un arte que se aprende».
Paul Watzlawick.

Terapia estratégica y terapia estratégica breve

Una terapia efectiva y breve: ideas preliminares

Cada vez con más frecuencia en nuestro medio se oye hablar de terapia estratégica y de terapia breve, lo que va a la par con la necesidad presente en los clínicos de contar con herramientas que les permitan hacer intervenciones más efectivas y en el más breve plazo. Esto no solo se observa en quienes ya están ejerciendo la psicoterapia, sino también en quienes están en proceso formativo, tanto en pregrado como a nivel de postítulo.

Hay que agregar que, del mismo modo como se demanda una psicoterapia más efectiva, se hace hincapié en investigar en este campo, para determinar, por ejemplo, los factores responsables del cambio y la efectividad de los distintos modelos. Los resultados de estas investigaciones resultan útiles no solo para mejorar el estándar de esta disciplina, sino también para quienes forman a los futuros psicoterapeutas (Jiménez, 1999).

Considerando lo anterior, la terapia estratégica breve es una modalidad de intervención que permite ajustarse a las demandas actuales, es decir, está orientada a la efectividad y a acortar el período de psicoterapia. Sin embargo, ¿qué hace que sea «estratégica» y, al mismo tiempo, qué hace que sea «breve»? Como se verá más adelante, esta denominación resulta del trabajo intelectual y clínico de varios autores, todos ellos contemporáneos entre sí, los que en conjunto realizan grandes aportes en ir sentando las bases de una nueva forma de concebir y hacer psicoterapia.

No solo por ver cumplida una aspiración legítima de todo clínico, cual es la efectividad, además la terapia estratégica breve revoluciona y subvierte

los fundamentos y principios de la psicoterapia tradicional. Este acto se ancla en una nueva concepción de los problemas humanos y la comunicación, como también en una nueva epistemología. Por lo tanto, la praxis de la psicoterapia redefine el proceso de la terapia, los roles del terapeuta y del cliente y modifica la concepción del cambio y la resolución de problemas.

Comprender los fundamentos sistémico-cibernéticos de esta modalidad de resolución de problemas será uno de los objetivos de este capítulo. Asimismo, otro propósito será describir y comprender el proceso terapéutico propuesto, las principales intervenciones y la situación actual de esta modalidad de terapia breve.

La terapia estratégica se hace breve

Para tener una primera aproximación a nuestro tema de estudio, lo que hace que una terapia sea estratégica es, según Haley (1973), la actitud del clínico, en cuanto es él quien inicia lo que ocurre en ella y diseña de modo activo un enfoque particular para cada problema. La iniciativa y responsabilidad están en el terapeuta, orientándose a influir directamente en las personas de tal modo que se produzca el cambio.

Probablemente, para muchos terapeutas que se definen a sí mismos como «estratégicos breves» o que en algún momento lo fueron, las ideas anteriores ya no cumplen con aquello que valorizan en una óptima psicoterapia (O'Hanlon, 2001). Sin embargo, encarna un cierto modo de hacer terapia, cuya descripción y explicitación -como ya se dijo- serán los objetivos de este trabajo.

Esta modalidad de práctica psicoterapéutica encuentra sus orígenes y su impronta en el trabajo creativo de Milton H. Erickson, quien se caracterizó por su modo heterodoxo de hacer terapia, con resultados efectivos y en breve tiempo.

Las terapias de orientación estratégicas corresponden a una práctica clínica que nace en una época donde priman las terapias profundas y orientadas a una explicación intrapsíquica, pero asimismo, donde empieza también a emerger la aproximación sistémica-cibernética, con la cual presenta mayor afinidad (O'Hanlon, 2001). Por ello, ser estratégico es pensar la realidad clínica de modo interaccional, sistémico y con una cibernética de segundo orden, que le adentra en el tan popular constructivismo actual. Además, es practicar la psicoterapia de modo que se puede calificar de «hereje», más aún en aquella época, ya que implicaba contravenir los supuestos fundamentales de la psicopatología y de la práctica clínica.

Un segundo modo de entender su esencia, que se deduce de lo anterior, es que no corresponde a una formulación teórica, ya que no cuenta con un cuerpo doctrinal que defina lo sano y lo insano, indicando un camino invariable para corregir las anomalías de la mente y la conducta humana. De ahí probablemente su acento pragmático y no solo por la visión de las

relaciones humanas y la comunicación, sino por su preocupación por lograr el cambio efectivo en el más breve plazo.

Un tercer modo de acercarse a lo estratégico es, en base a las razones anteriores, la importancia otorgada al marco de referencia del cliente en aquello que se juzga como adecuado e inadecuado, implicando cierta participación del cliente en la formulación de los objetivos y en la definición del problema, por ejemplo. Así, no hay un modo protocolizado de hacer terapia, únicamente poner en práctica una metodología y un proceso que se ajusta a la individualidad del problema y del sujeto, con su lenguaje, valores, creencias, expectativas y motivaciones.

Finalmente, ser estratégico es ser en cierto modo «manipulador» o «persuasivo», ya que hay tareas asignadas, algunas para hacer y otras para no hacer, usando un lenguaje implicativo, devoluciones que reencuadran y redefinen un problema, trampas de conductas, uso de paradojas, etc. Frente a esto, sus exponentes se defendieron argumentando que la influencia en la interacción es inevitable y que, por lo tanto, lo que importa es romper la pauta que mantiene el problema y el sufrimiento de la persona. Ser estratégico es ser frío y excesivamente conductual, no obstante, el uso adecuado de la técnica requiere una construcción de la relación y la entrega de empatía y calidez para lograr el necesario cambio. Este último aspecto está explícitamente mencionado en Nardone y Portelli (2006).

Concluyendo, la terapia estratégica y quienes la practican se comportan de un modo a-teórico, con un sentido práctico y pragmático. Además, establecen una relación simétrica con el cliente (al menos en un nivel), movilizándolo como actor de su propio cambio. El terapeuta está orientado a observar la pauta del problema y decidido a romper su rigidez. El cambio buscado no es el final y definitivo, sino el cambio funcional. Se respeta, asimismo, el marco de referencia del cliente, sin que por ello no se busque su ampliación y el logro de mayores posibilidades conductuales.

En correspondencia con lo anterior, Nardone y Watzlawick (1999) señalan que en sus raíces la terapia estratégica presenta tres grandes fuentes:

- Una perspectiva interaccionista o de la pragmática de la comunicación que se basa en una epistemología sistémica-cibernética. Este enfoque teórico presenta como principal exponente a Gregory Bateson.
- El constructivismo, prácticamente inseparable de lo anterior, que permite entender el modo particular de ver las cosas del sujeto, abandonando la visión realista tradicional en cuanto a que las cosas y la realidad existen independientemente del observador.
- La hipnosis ericksoniana, la que, con su perspectiva relacional, ensambla muy bien con la teoría ya nombrada, encontrando formas eficientes de aplicación en el ámbito clínico.

La terapia estrategica breve del MRI

Antecedentes previos

Para comprender la fundación del MRI, es preciso remitirse al año 1942, cuando se realiza la primera conferencia Macy en Estados Unidos, donde participaron connotadas personalidades, entre ellos, Gregory Bateson, Margaret Mead y Milton Erickson, este último invitado por Lawrence Kubie, un famoso psicoanalista. Esta primera conferencia, como se sabe, marcó el inicio de la cibernética a través del estudio de la «inhibición cerebral», un modo de hablar de hipnosis. En dicha conferencia Erickson realizó una demostración, hipnotizando a un psiquiatra.

En el año 1946 se realiza la segunda conferencia, prácticamente con los mismos participantes, para así asegurar la continuidad de las conversaciones. En esta conferencia queda en claro la necesidad de superar las barreras impuestas por el lenguaje de las ciencias particulares. La tercera conferencia se realiza en 1947 bajo el nombre de «Mecanismos teleológicos». Las siguientes conferencias (1948 y 1949) se dieron bajo el nombre de «Cibernética».

En 1949 se integra a dichas conferencias el físico austriaco, recién llegado, Heinz Von Foerster.

Finalizando las conferencias, Bateson y Mead deciden terminar su matrimonio, razón por la cual Bateson, a instancias de Jürgen Ruesch (psiquiatra de origen suizo), se traslada a San Francisco para estudiar la comunicación en psicoterapia, relacionándose por primera vez con la psiquiatría. De este trabajo conjunto nace *La comunicación: matriz social de la psiquiatría*.

En 1952 Bateson recibe una beca de la fundación Rockefeller para estudiar la comunicación. Se inicia con ello «El Proyecto Bateson», cuya meta era estudiar la comunicación en general y las paradojas de la comunicación en particular. Para la concreción de dicho proyecto se forma un grupo integrado por John Weakland, Jay Haley y William Fry. Este último dejó el proyecto después de un año.

En el contexto del trabajo del grupo Bateson se estudia la naturaleza del «doble vínculo», el que se observaba en familias disfuncionales. No obstante, es sabido que igual modo de interacción ocurría en la terapia de Erickson, solo que en su vertiente terapéutica. Bateson envía una carta a Erickson, y con ello se producen las visitas de Weakland y Haley al famoso hipnotista. Estas visitas permiten observar de primera mano la hipnosis de Erickson y comprender la técnica desde la pragmática de la comunicación (Haley, 1971).

El Mental Research Institute (MRI)

El Mental Research Institute (MRI) se gesta por la colaboración de dos grupos. Por un lado, la influencia del proyecto de Gregory Bateson y, por

otro, el trabajo de un grupo de clínicos dirigidos por Don Jackson, quienes practicaban reuniones clínicas que buscaban aplicar la cibernética a la comprensión de las familias. Ambos grupos realizan un fructífero trabajo colaborativo.

Jules Riskin, médico de profesión, oyó acerca del trabajo del proyecto Bateson a través de un taller presentado por Haley y Bateson, razón por la cual muestra interés de participar en dicho proyecto. No obstante, Bateson le niega su participación, con lo cual es invitado por Jackson a sus reuniones clínicas junto con Virginia Satir y otros residentes del hospital de veteranos de Menlo Park. Estas reuniones crean definitivamente el MRI en el año 1959 bajo la dirección de Jackson en Palo Alto, California.

El MRI original estaba compuesto por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. El objetivo inicial era observar la interacción familiar y el desarrollo de la salud en los miembros de una familia.

Una vez disuelto el grupo Bateson, Weakland y Haley se integran al MRI, mientras que Bateson decide proseguir sus estudios.

Posteriormente, en 1960 se suma al MRI Paul Watzlawick, de origen austriaco, doctorado en lenguas modernas y filosofía, quien en 1950 se forma como analista jungiano. Entre 1957 y 1959, trabajó en la carrera de psicología en la Universidad de El Salvador. De paso por Estados Unidos, antes de regresar a Europa, oye hablar de Jackson y decide, en 1960, conocer dicho proyecto, pasando finalmente a residir en forma definitiva en Palo Alto.

La llegada de los años sesenta implica un período muy prolífico en el desarrollo teórico, ya que se aplica la cibernética a las relaciones humanas, gestándose la «pragmática de la comunicación» (esta obra está publicada en español como *Teoría de la comunicación humana*). En esta obra se describen los axiomas de la comunicación y sus paradojas (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1997).

Con el trabajo de este grupo surge una nueva comprensión: ahora el contexto es la matriz de significados de las acciones y conductas individuales. Con este enfoque nace la terapia familiar de tipo sistémica. Cabe destacar que paralelamente dicho tema también es abordado por Nathan Ackermann en Nueva York, con quien hay una fructífera cooperación.

Posteriormente, muere Jackson y Virginia Satir abandona el MRI, pero se incorpora Richard Fisch. De este grupo resultante deriva el trabajo largo y productivo del llamado Grupo de Palo Alto, especialmente en el campo de la psicoterapia.

Richard Fisch, psiquiatra, conoce a Jackson, quien lo integra progresivamente al MRI. Con Weakland aprende formalmente la hipnosis. Por otra parte, producto de las conversaciones informales con Weakland y Watzlawick surge la preocupación de acortar la terapia, de tal modo que en enero de 1967 se crea el Centro de Terapia Breve al interior del MRI. Luego a este grupo se une Art Bodin.

Con su trabajo surge el enfoque de centrarse en la resolución de problemas en el más breve plazo. Se gesta también una gran disponibilidad de

técnicas que permitieran resolver problemas, eliminar síntomas y modificar la realidad del paciente (Weakland *et al.*, 1974). De este trabajo y enfoque deriva el nombre Terapia Estratégica Breve.

Metodología del MRI

La metodología de investigación en el MRI se aleja marcadamente de los métodos que la psicología y la psiquiatría usaban en aquella época. Las aproximaciones positivistas predominantes resultaban inadecuadas e insuficientes para estudiar fenómenos conductuales e interaccionales que ocurren en la familia y en el individuo. Es preciso visualizar a la familia como una cultura, donde las conductas y síntomas que se manifiestan pueden ser comprendidos desde el amplio contexto de la familia como una totalidad. Aquello que puede resultar confuso para la psicología y la medicina tradicional, se puede entender mejor según las creencias, los valores, las definiciones, los patrones de comunicación, etc., que se dan en el interior de la familia. En el contexto metodológico contemporáneo, el reenfoque metodológico del MRI se puede entender como la incorporación de una metodología cualitativa. Concretamente, sus investigadores ocuparon la «metodología cultural antropológica», la que fue propuesta por Weakland, que consiste en procesos de observación naturalista mediante los cuales se obtienen patrones de conducta (Schlanger, 2004).

Al MRI también se debe el uso de la «cámara de Gessell», más conocida como «sala de espejos unidireccionales», dispositivo que permite la simultaneidad de observadores externos y participantes.

Al observar las familias, es posible escuchar conversaciones para fijarse en la elección de palabras y relatos que excluyen otros, haciéndose repetitivos y dándose de modo circular. Hay circuitos cibernéticos altamente estables. Finalmente, la metodología se acomoda a la visión pragmática, o sea, ver cómo las interacciones tienen efectos conductuales, con la presencia de definiciones y reglas.

Antecedentes teóricos: la revolución sistémica-cibernética y la pragmática de la comunicación

Las teorías científicas clásicas se apoyan en la primera ley de la termodinámica, la cual señala, en síntesis, la conservación y transformación de la energía. La concepción de la causalidad es lineal y unidireccional.

En los años cincuenta surge una nueva epistemología basada en la segunda ley de la termodinámica, que enfatiza principios como «orden», «modelo» y «entropía negativa», utilizando el concepto de información. Se decanta el fruto de la primera conferencia Macy y se produce una ampliación de la teoría de sistemas, la cual concibe la existencia de sistemas

más amplios junto a la idea de retroalimentación y autocorrección. La concepción de la causalidad es circular.

La nueva epistemología gestada encuentra su aplicación en las relaciones humanas. Los individuos forman redes de interacción circulares que operan como totalidades, donde cada conducta se entiende en función de esa totalidad. Estos sistemas son integrados por individuos, sus conductas, sus creencias compartidas y las reglas que regulan el comportamiento recíproco. Se aplican propiedades sistémicas como: retroalimentación, mecanismos homeostáticos, formación de estructuras y procesos negentrópicos. Los sistemas humanos funcionan de forma autocorrectora, de tal modo que la estabilidad es posible, así como también la inmovilidad y la resistencia al cambio.

Watzlawick (1992) va a señalar la diferencia entre la visión «monádica» y la visión «pragmática». La primera consiste en observar la conducta y analizar las propiedades inherentes que la explican, la naturaleza íntima del fenómeno, para ver la unidad separada de todo contexto. En cambio, en la visión pragmática se observa la interacción de la conducta con su contexto, se observan totalidades y patrones de conducta redundantes; en otras palabras, se ve la forma, no el contenido.

Estas ideas se sintetizan en la Figura 1, que muestra las diferencias entre ambas visiones.

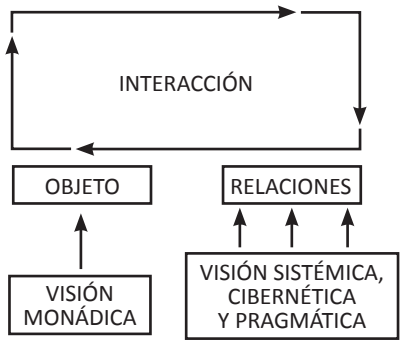


Figura 1: Diferencias entre la visión monádica y pragmática

El aporte de Bateson

Aunque pueda parecer inadecuado circunscribir el trabajo de este erudito a ciertas ideas, cometiendo el error de dejar fuera muchas de sus importantes formulaciones, el aporte de este autor se puede resumir en lo siguiente:

1. *Distinción de niveles de interacción*: para la comprensión de las relaciones humanas y la comunicación, Bateson incorpora la «teoría de los tipos lógicos» propuesta por Russell y Whitehead. Esta teoría permite entender que hay distintos niveles en la interacción, por lo cual es posible hablar de metacomunicación, las distinciones de nivel

de contenido y relacional de un mensaje (Watzlawick *et al.*, 1997). Del mismo modo, el pensamiento en niveles acrecienta la concepción del aprendizaje, el que ocurre del nivel 0 al infinito, siendo observable de modo más frecuente en la naturaleza hasta el nivel 2, y, de modo especial en el ser humano, el nivel 3 (Bateson, 1991). El nivel 1 equivale a los modos de condicionamiento estudiados por los conductistas, donde las respuestas son trasladadas a nuevos contextos. El nivel 2 corresponde a modos de aprendizaje 1 que ocurren en un nivel de contexto mayor, en algo así como contextos de los contextos. Quizás un buen modo de entenderlo es con la expresión «aprender a aprender». El nivel 3 sería equivalente a «aprender a aprender a aprender», lo que ocurriría en la psicoterapia exitosa y en la conversión religiosa, donde cambian los supuestos de la propia existencia.

2. *Ecología de la mente*: Bateson amplía la concepción de lo mental hacia aquel espacio donde fluyen diferencias. El acto básico de conocer es captar una distinción o una diferencia, que puede fluir en circuitos que van más allá del cerebro humano. Esta idea es expresada en la llamada «parábola del hombre que derriba un árbol». Hay un circuito entre el sujeto (con sus ojos, vías aferentes y eferentes, cambios cerebrales), el hacha y el árbol. Los tres forman una unidad. De este modo, Bateson argumenta que todo está interconectado (Bateson, 1991).
3. *Teoría de las paradojas y la doble coacción*: mediante el estudio de las paradojas se llega a la convicción de que en aquellas familias donde hay pacientes esquizofrénicos hay modos de interacción caracterizados por una ingente comunicación paradójica, la que unida a otras características construye una matriz social con un operar doble-vincular o «hagas lo que hagas te castigo» (Bateson, 1991).
4. *Cibernética de segundo orden*: las personas van haciendo distinciones al interactuar, destacando y ordenando los hechos de cierto modo y construyendo la realidad de cierta manera. No hay objetividad ya que el observador está incorporado en lo observado, a través de un acto constructivo de lo que observa, entonces, todo conocimiento es autorreferencial. El constructivismo es incorporado en la visión cibernética, por lo cual interacción y construcción de la realidad son inseparables.

El aporte de Donald Jackson

Don Jackson es considerado uno de los primeros maestros en el campo de la terapia familiar sistémica y, asimismo, es el creador de la llamada «teoría y terapia familiar interactiva». Para describir estas ideas se seguirá lo señalado por Ray (1991).

Formado en la tradición de Sullivan (uno de los principales exponentes de la «psiquiatría interpersonal»), adquiere de él la importancia de observar

qué hacen las familias. Sullivan, viendo cómo la ansiedad fluía entre los miembros de una familia, señalaba que la personalidad no puede ser vista en forma aislada del complejo de relaciones interpersonales, en el cual obtiene su ser y su sentido.

Jackson es considerado un gran exponente en el desarrollo de conceptos como: homeostasis familiar, normas familiares, coaliciones, etc., y mantuvo una visión estrictamente cibernética y una posición constructivista en la práctica clínica. Jackson enfatizaba la importancia de ver al individuo inserto en la familia, en los contextos concretos y actuales.

Algunas de las premisas básicas de Jackson son:

- El punto central de la terapia es el comportamiento observable, lo que ocurre en el presente entre los miembros de la familia.
- El contexto más importante es la familia (las relaciones primarias del paciente). Los síntomas y defensas son las respuestas a las interacciones que se dan en un contexto particular.
- Toda conducta disfuncional es comunicación, por lo cual es inseparable de su contexto.
- Cualquier creencia o descripciones compartidas constituyen la realidad experimentada entre las personas.
- Los participantes en las relaciones intentan definir continuamente la naturaleza de la relación. La relación tiene dos características: da significado a quien está involucrado en ella y es de naturaleza permanente.
- En la comunicación las personas presentan mutuamente definiciones de su relación en un esfuerzo por determinar la naturaleza de dicha relación.
- Con el tiempo algunas conductas son aceptadas y otras excluidas, de manera que se generan patrones redundantes de interacción. Estas redundancias son consideradas las normas que rigen las relaciones.
- Cuanto más rígidas o restrictivas sean las normas, habrá mayor dificultad de adaptación al cambio y a la evolución propia de toda familia y, con probabilidad, un miembro será identificado como sintomático. Esto muestra lo difícil que es llegar a un consenso acerca de la naturaleza cambiante de la relación.
- La creencia en que se puede controlar la conducta de los demás, el miedo al cambio y el mantener la estabilidad están en los intentos por definir la naturaleza de la relación.

Las intervenciones de Jackson implicaban los siguientes aspectos clínicos derivados de los principios anteriores:

- La familia se entiende como un sistema homeostático que busca mantener el *statu quo*, lo que es favorecido por la conducta sintomática. El síntoma es útil para equilibrar las relaciones.
- Es tarea del clínico observar lo que no se dice ni se hace, a fin de descubrir las normas familiares.

- Es preciso alterar los patrones redundantes de interacción que se dan en torno al paciente sintomático.
- Jackson supone que la gente elige la mejor alternativa en un contexto dado.
- Jackson interviene en distintos niveles del mensaje. Estas intervenciones implican pasar de un nivel a otro, por lo cual, con esta idea se da pie a un trabajo paradójico y al uso de la prescripción del comportamiento problemático.

Es indudable que algunas de estas ideas están muy bien expresadas en las formulaciones de la terapia estratégica breve.

Para comprender la integración de estas ideas se puede observar la Figura 2. Este esquema muestra como la interacción y la construcción de realidad son inseparables. Las personas, al interactuar, van coconstruyendo y consensuando aquellas acciones aceptadas y no aceptadas, así como las visiones que van a constituir la realidad compartida. Los hábitos traen reglas, las cuales inciden en la conducta y la naturaleza de la relación. El esquema también muestra como la terapia debe intervenir mediante la modificación de esos patrones redundantes de conducta, así como en las reglas y definiciones existentes.

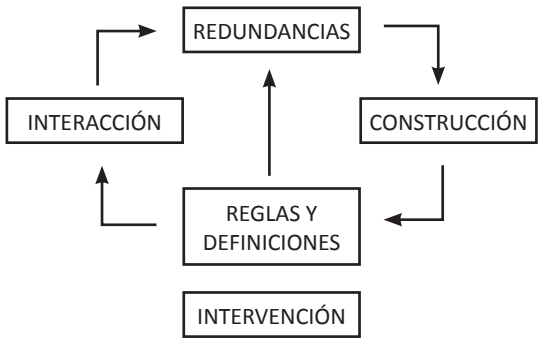


Figura 2: Resumen de las ideas relevantes de Jackson

El constructivismo

Quizás resulte innecesario referirse de modo especial al constructivismo ya que este resulta inseparable de la cibernética de segundo orden. Sin embargo, es un tema que no solo está en el pasado de la terapia estratégica y en las terapias de orientación sistémica breve o postestructurales, sino en el presente. Lo cierto es que esa terapia de tipo interactiva va siendo influida de modo categórico, con el paso de las décadas, por el constructivismo (Nardone & Watzlawick, 1999).

Este enfoque de pensamiento está basado en la negación de cualquier forma de absoluto, interesándose en el funcionamiento de los cosas con una actitud pragmática.

A la base de la denominación «constructivista» está la visión kantiana sobre una imposibilidad de llegar a una verdad última, no siendo infrecuente que se cite a ese autor junto con Vico y Vaihinger como referentes en occidente (Neimeyer & Mahoney, 1998). Nardone y Watzlawick (1992) señalan como precursores del constructivismo en la filosofía griega, por ejemplo, a los presocráticos, los sofistas y Epicuro; en oriente, al budismo y al zen; y en psicología, los aportes de Piaget, Vigotsky y Kelly, por mencionar a algunos.

De esta manera, resulta clara la vasta amplitud de terapias basadas en el constructivismo, de tal modo que lo constructivista y lo cognitivo se hacen equivalentes, sin embargo, en el constructivismo hay ciertas controversias entre modelos, ya sea que se adscriban a modelos de ciencias cognitivas más racionalistas o de procesamiento de la información, a modelos narrativos o a modelos que se basen en sistemas complejos. Las formulaciones de la tradición cognitivo-conductual, por ejemplo, corresponderían a enfoques racionalistas, basados en un modelo de procesamiento de la información cuyas técnicas se derivan de la modificación de la conducta cognitiva y de la curación mental a través del pensar correcto y realista.

Por lo tanto, el constructivismo es una familia de teorías y terapias que enfatiza tres principios:

- los seres humanos son participantes proactivos en su propia experiencia,
- los procesos de ordenamiento operan a nivel inconsciente o tácito,
- la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal implican una operación continua de autorganización que tiende a favorecer el mantenimiento por sobre la modificación de los patrones experienciales.

Teniendo presente las ideas anteriores sobre el constructivismo, su relación con el enfoque sistémico-cibernético es innegable, ya que los individuos involucrados en una red interactiva están permanentemente haciendo atribuciones o puntuaciones de los hechos que marcan su forma particular de percibir la realidad (Watzlawick *et al.*, 1997). Más atrás se hablaba de definiciones de las relaciones, las cuales implican construcción de realidades a partir de distinciones hechas en las interacciones.

Los intentos de definir las relaciones implican los modos como los sujetos construyen su realidad interaccional. La construcción de interacciones, de reglas y pautas de conducta conlleva un modo de ver la realidad. El consenso o la coconstrucción son modos que nos permiten vivir con las demás personas.

Con el constructivismo, la visión sistémica-cibernética sufre cambios que le llevan a incorporar al observador como elemento central en la realidad a observar. Ya no basta con ver lo que está «ahí afuera», también se requiere conocer la perspectiva y las creencias del paciente.

En el ámbito clínico, las intervenciones que se pudieran hacer dependerán de la consideración de la idiosincrasia del paciente. Cualquier arreglo que se quiera hacer necesitará el paisaje propio del sujeto. Es esperable que una modificación de las pautas de interacción traiga nuevos modos de percibir la realidad, en la medida que se incorporen las visiones del paciente. Esta es, sin duda, la fuente primordial de posibilidades. Se trata de crear una «realidad funcional» para el sujeto y no de llevarlo a una forma correcta de conducta.

Lo anterior explica el gran uso de la técnica del «reencuadre» en la terapia sistémica, enfatizándose en la actualidad su adecuación a la realidad del paciente. La terapia es una construcción de significados que otorgan mayor bienestar a la persona.

Un modo interesante de comprender lo anterior es recordar la distinción que Watzlawick (1992) hace de la «realidad de primer y de segundo orden». La realidad de primer orden está representada por los hechos que suceden en la vida, hechos que en cierto modo pueden ser observados y medidos, por ejemplo, la pérdida de un empleo. Frente a esos hechos las personas atribuyen significados y valorizaciones, constituyéndose una realidad de segundo orden. Esta realidad de segundo orden es donde mora el bienestar o el malestar, donde se califica las experiencias como horrendas o maravillosas. Un sujeto que llega a terapia con un problema está claramente afectado en ese orden de realidad, y todo proceso terapéutico exitoso debe hacer modificaciones a ese nivel.

El aporte de Milton H. Erickson

Resulta indiscutible que el creador de la terapia estratégica es Milton Erickson. Muchas de las intervenciones «no convencionales» reportadas por Haley (1973) son buenos ejemplos de ello. En esta sección, lo que interesa es describir y comprender la continuidad lógica entre la hipnosis ericksoniana y la terapia estratégica.

No habiendo Erickson entregado formulaciones teóricas, sus seguidores han podido discriminar y definir ciertos principios, deducibles después de observar el trabajo de su maestro y de tener largas conversaciones con él (O'Hanlon, 1993).

Sus principios más relevantes son:

1. *Hipnosis Naturalística*: en un doble sentido la hipnosis debiera ser natural, por un lado, el estado de trance no es algo artificial, sino que corresponde a un estado de conciencia que se da de modo natural en las personas, solo se induce su manifestación; por otro lado, debiera darse dicha inducción en un encuentro conversacional entre dos personas, tanto como ocurre en otras instancias sociales.
2. *Hipnosis de Utilización*: para generar el provechoso estado de trance es preciso usar todo lo que trae el sujeto, esto es, sus creencias y

valorizaciones, percepciones y definiciones, su lenguaje y su marco de referencia, sus motivaciones y necesidades.

3. *Hipnosis Evocativa*: basándose en su propia experiencia personal, Erickson pensaba que para generar el estado de trance, y luego usar este estado en un sentido terapéutico, es mejor permitir que el sujeto recupere o recuerde ciertas sensaciones o experiencias, en vez de instalarlas. Esto tiene un enorme impacto en la concepción que Erickson tiene de la terapia, ya que esta implicaría una recuperación y un redireccionamiento de recursos y habilidades para superar los problemas.
4. *Hipnosis Indirecta / Lenguaje Permisivo*: contrariando cualquier indicio de una hipnosis autoritaria, Erickson se muestra partidario de un lenguaje sugerente y no impositivo, que facilite la aceptación de sugestiones. Del mismo modo, las sugestiones debieran ser indirectas a través del uso de un lenguaje implicativo, a fin de sortear las naturales defensas del sujeto, de tal modo que sea el propio sujeto quien logre la experiencia de trance.

De esta manera, la hipnosis de Erickson se caracteriza por ser una práctica de tipo relacional, un trabajo de coconstrucción de naturaleza sistémica que, en virtud de su principio de utilización, permite una individualización de la intervención, hacer un trabajo a la medida que por su carácter evocativo permite recuperar, reorganizar y reasociar recursos, un proceso que desbloquea y permite el aprendizaje experiencial, por último, un enfoque y lenguaje indirecto que hace posible que algo ocurra y se evite aquello en lo cual el sujeto está entrenado en resistir.

La hipnosis hace posible que el sujeto experimente un estado donde las barreras impuestas por los marcos de referencias son debilitadas. Puede experimentar, con mayor libertad, sensaciones, respuestas y experiencias naturales que son parte de su repertorio conductual, pero que por distintas razones no están disponibles. Esas respuestas y experiencias son los llamados «fenómenos hipnóticos», que se dan de modo muy natural en ciertos contextos pero que el sujeto las percibe con extrañeza en el trance hipnótico. Ejemplo de ello es la analgesia, ya que no es rara la experiencia de no sentir dolor ante una herida no percibida o por algunos instantes estar desconectado del cuerpo con la mente en otro lugar. El trance permite la evocación de estas experiencias.

Esos fenómenos hipnóticos pueden ser utilizados para enfrentar dificultades, por ejemplo, anestesia cuando hay dolores crónicos o disociación ante una situación ansiógena. El uso de estos fenómenos hipnóticos con fines terapéuticos da pie a la «hipnoterapia ericksoniana».

Haley (1971) explica el trabajo hipnótico desde una visión pragmática de la comunicación.

Una vez desencadenado, el proceso hipnótico se inicia con la emisión de sugestiones de parte del hipnotizador, donde se proponen conductas e ideas a seguir voluntariamente. Sin embargo, en forma paralela el hipnotizador señala la ocurrencia de conductas y respuestas que sucederán de manera involuntaria, por lo tanto, las sugestiones son incongruentes. Esta forma de mensaje implica la «imposición de una paradoja», porque es pedirle a alguien que «haga algo pero que no lo haga».[6] Impuesta la paradoja, el sujeto responde del mismo modo, incongruentemente, con una respuesta involuntaria, es decir, «haciendo algo pero no haciéndolo».

La hipnosis puede ser entendida como un espacio relacional que presenta un contexto donde se intercambian conductas. Esta situación está marcada por un guión preestablecido donde un sujeto va a influir en otro. Según la pragmática de la comunicación, hay un continuo intercambio de mensajes, de maniobras y contramaniobras para definir la naturaleza de la relación. Al haber un hipnotista que envía sugestiones, este está definiendo la relación como de naturaleza complementaria; mientras uno dirige, el otro se deja dirigir. El sujeto acepta la paradoja y la naturaleza de la relación, iniciándose el trance. No obstante, es posible que en la hipnosis el sujeto resista dicha complementariedad, y más aún, intente redefinirla como simétrica, es decir, como igualitaria. En este caso, el hipnotista se topa con la «resistencia».[7]

Siguiendo el análisis anterior, la hipnosis ericksoniana no confronta la resistencia, sino que la utiliza, incluso la incentiva. El manejo de la resistencia implica solicitarla e incrementarla: si el sujeto, por ejemplo, se resiste a cerrar los ojos, entonces se le pide que los mantenga muy abiertos. Se solicita que acceda a incrementar la resistencia de modo voluntario. Frente a esto, el sujeto está atrapado en una disyuntiva, aceptar o no aceptar. Su naturaleza resistente le dirá que la niegue, no obstante, si se niega a ello deja de ser resistente, y si acepta el mensaje sigue siendo resistente, pero en un nivel superior obedece, por lo cual deja de ser resistente. El sujeto queda atrapado, haga lo que haga se deja guiar por el hipnotista. Queda atrapado en una suerte de doble vínculo que hace posible que el sujeto vaya en un proceso de inducción con su consentimiento.

Dicho con otras palabras, se presenta la siguiente secuencia en el manejo de la resistencia:

---

[6] La paradoja está en la confusión de niveles lógicos, ya que un mensaje va en un nivel, mientras el otro va en otro nivel, lo que se favorece enormemente con ciertas formas lingüísticas.

[7] Nótese como en la psicoterapia existe similar resistencia, la que, de acuerdo a las directrices tradicionales, hay que confrontar e interpretar. Asimismo, todo consultante quiere cambiar, pero no quiere cambiar.

a. sugestiones y definición de la relación como complementaria,
b. resistencia y redefinición de la relación como simétrica,
c. utilizar la resistencia y redefinir la relación como metacomplementaria.

La psicoterapia ericksoniana

La psicoterapia ericksoniana constituye un verdadero puente entre la hipnoterapia de Erickson y la terapia estratégica.

Trabajar como terapeuta ericksoniano implica seguir un proceso que, de acuerdo a O´Hanlon (1993) se divide en seis etapas:

1. establecer un *rapport* y compromiso,
2. reunir información[8],
3. interferir o eludir las limitaciones y creencias[9],
4. evocar o construir aptitudes,
5. unir aptitudes con el contexto-problema,
6. término y seguimiento.

La psicoterapia implica desarrollar un contexto que haga posible la natural tendencia del ser humano al desarrollo y al ajuste, para lo cual solo es preciso destrabar las limitaciones autoimpuestas. Erickson no veía que los síntomas tuvieran un origen intrapsíquico y que su eliminación fuera un mero desplazamiento. Tampoco veía que los síntomas cumplieran alguna función familiar. Él simplemente pensaba que se comportaban como malos hábitos, los cuales era preciso erradicar. Asumiendo una actitud práctica, no buscaba reestablecer los equilibrios intrapsíquicos ni los sistémicos familiares, simplemente pretendía observar qué mantenía al síntoma, llevando a las personas a que hicieran algo distinto. Por lo tanto, su terapia se hizo no solo práctica, sino también breve.

Erickson, con una alta probabilidad, efectuaba un diagnóstico de tipo cualitativo y luego diseñaba intervenciones que desarmaban las pautas que sostenían los problemas, usando la hipnosis como un recurso de aprendizaje experiencial, contando historias y metáforas y dando tareas, muchas veces incentivando el síntoma. Su postura ateórica lo llevaba que observar mucho, y movilizaba al sujeto a hacer cosas.

En rigor, se puede entender la terapia estratégica de Milton Erickson como una derivación de la hipnoterapia y sus técnicas (Haley, 1973), como se observa en el Cuadro 1.

---

[8] Con una buena probabilidad, la información reunida va en la línea del marco de referencia del sujeto como también de la observación de pautas, tanto relacionales como personales, dando pie al denominado «diagnóstico ericksoniano».

[9] Esta etapa muestra claramente el isomorfismo y la fase de debilitamiento de los esquemas conscientes en la inducción de trance ericksoniana, instancias fundamentales para generar cambios en la experiencia y las respuestas.

CUADRO 1: PARALELO ENTRE LA HIPNOSIS Y LA TERAPIA ERICKSONIANA	
HIPNOSIS	TERAPIA
Contexto y relación complementaria	Contexto y relación complementaria
Conducta resistente	Conducta sintomática y resistencia al cambio
Utilización / Fomento de la resistencia	Utilización / Fomento del síntoma
Imposición de la paradoja y definición de la relación como complementaria o metacomplementaria	Coconstrucción de una relación de cooperación y de motivación al cambio
SUJETO: ruptura de esquemas conscientes y cambio de contexto	SUJETO: percepción de movilidad sintomática y cambio (esperanza)
Respuestas involuntarias y alteraciones en la experiencia	Nuevas respuestas en contextos y cambios en la experiencia

Ser un terapeuta ericksoniano implica contar con una concepción de la psicoterapia que se aparta de la psicología tradicional. Erickson revolucionó los supuestos de la psicoterapia, inyectándole flexibilidad, innovación, eficiencia y respeto a la individualidad humana.

La concepción relacional de la hipnosis de Erickson es el puente natural con Bateson. La observación de la pauta, la intervención en reglas y definiciones y la comunicación en distintos niveles lo acercan al trabajo de Jackson, no obstante, Erickson coloca la impronta de la terapia breve. En aquellos tiempos, el trabajo clínico de Erickson fue una excelente aplicación de los principios y formulaciones teóricas del grupo de Palo Alto.

Dentro del vasto mundo de la terapia ericksoniana, que incluye distintos caminos, como la hipnoterapia, el uso de metáforas, etc., existe la modalidad estratégica. Esta modalidad se puede resumir en los siguientes aspectos (Pacheco, 2002):

- concepción relacional en la terapia,
- utilización del marco de referencia del sujeto,
- potenciar el cambio indirecto e inconsciente,
- focalización en el problema y los síntomas,
- observación e intervención en la pauta que mantiene el problema,
- prescindencia teórica, actitud práctica,
- cambio en el más breve plazo.

Teoría de los problemas y el cambio terapeútico

Ideas preliminares

Una vez comprendido el desarrollo histórico y las bases teóricas, con los aportes de autores y clínicos destacados, se puede exponer las formulaciones conceptuales básicas del modelo de resolución de problemas propuesto por

el Centro de Terapia Breve del MRI. Ellos formularon, en sendas publicaciones, aquello que explica por qué los problemas persisten, cómo es que se mantienen en el tiempo y bajo qué directrices es posible su modificación. Del mismo modo, otorgan un andamiaje conceptual que define de modo claro el proceso terapéutico a seguir, por ejemplo, qué observar, cómo extraer la pauta del problema, qué se hace en una primera entrevista, cómo se hace un planteamiento estratégico, cuáles son las técnicas principales, es decir, explicitan una estrategia y una táctica. Se cuenta, así, con un modelo que racionaliza la magia de Milton Erickson, que la hace comprensible.

Para entender las técnicas y pensar estratégicamente es preciso aplicar la epistemología sistémica-cibernética-constructivista a la clínica. Los problemas de las personas resisten el cambio, la pauta persiste a pesar de todos los intentos de solución.

Quejas, dificultades y problemas

Lo que las personas plantean en la consulta son «quejas», por ejemplo: que se siente deprimida, que hace días que no concilia el sueño o que tiene problemas matrimoniales. Corresponde a un relato que muestra los síntomas y manifestaciones más claras y evidentes para el sujeto. Esto no es el problema. Para entender el problema es necesario introducir otro concepto: «la dificultad».

Las dificultades representan pequeños o grandes obstáculos que se nos presentan en la vida, los cuales muchas veces demandan respuestas que permitan recobrar nuestro equilibrio y bienestar. No representan necesariamente una condición crítica o frecuente, ni a un sujeto con determinadas características. Es muy normal tenerlas, ya que son inherentes a la vida.

En su gran mayoría se resuelven sin contratiempos. El sujeto, si cuenta con ciertas habilidades y la suficiente flexibilidad, hará los ajustes necesarios ante ellas. Las personas cuentan con una «homeodinamia» que favorece dicha flexibilidad de reglas y conductas.

Sin embargo, es también natural en los seres humanos insistir en las mismas soluciones con sus consiguientes reglas. Si algo funcionó una vez, por qué no habría de funcionar de nuevo. Es por ello que en ciertas ocasiones se «mal enfoca» la dificultad favoreciendo la complicación, más aún cuando el contexto y los hechos configuran niveles de complejidad mayor[10].

Así, cuando el sistema eleva su complejidad y complicación, la dificultad se vuelve un «problema». Dicho de otra manera, cuando repetidas veces se enfrenta la dificultad de un modo que falla reiteradamente, la dificultad se ha problematizado. Sistémicamente, esto se explica por «negentropía homeostática», o sea, hay un sistema que opera organizadamente para resistir

[10] Piénsese, por ejemplo, lo que ocurre con una pareja cuando llega el primer hijo; la situación en sí supone un sistema que crece en complejidad.

el cambio. Las reglas se vuelven inmodificables y es necesario persistir en los intentos de cambio, por lo tanto, hay una conservación del sistema y la pauta se vuelve rígida.

La movilización al cambio se da como resultado de una desviación respecto de una norma. El sentido común y la lógica dirán que, a mayor desviación, mayor deberá ser la acción correctora. Si un sujeto está «estresado o nervioso» la acción lógica será la relajación, tanto como el calor es necesario para el frío. Este enfoque de los problemas permite dar cuenta de que muchos de ellos se originan o se complican por dichas acciones correctoras, lo que indudablemente se puede dar en distintos niveles: individual, marital, grupal, familiar, etc. (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1995)[11].

Desde el punto de vista cibernético se produce «más de lo mismo», un *feed back* negativo, es decir, acciones correctoras que mantienen la estabilidad interna del sistema. De acuerdo a la teoría sistémica-cibernética hay una «morfoestasis». Esto explicaría que, a pesar de todos los esfuerzos tendientes a la solución del problema, persiste una insatisfacción en los resultados y se mantiene inmodificada la estructura del sistema.

¿Qué hace que las personas y los sistemas familiares mal enfoquen las dificultades? Watzlawick, *et al.* (1995) proponen algunas ideas al respecto, como por ejemplo, el no ver dificultades donde efectivamente sí los hay -«las terribles simplificaciones»-, y ver problemas donde efectivamente no los hay, en virtud de un estado final y definitivamente óptimo de funcionamiento de las cosas -«el síndrome de utopía»-. Hay que agregar también los entrampes producidos por las paradojas y autoparadojas.

Cambio e intervención terapéutica

De los modelos teóricos descritos se puede extraer una conclusión atingente a la terapia, esta es, que hay dos tipos de cambio (Watzlawick *et al.*, 1995):

a. El Cambio 1, que se da dentro del sistema en cuanto a reglas y elementos, los que permanecen inmodificados, siendo, en definitiva, una «persistencia».
b. El Cambio 2, que implica la alteración y cambio mismo del sistema, un cambio de reglas, contexto y marco de referencia, siendo el verdadero «cambio».

El Cambio 2 siempre proviene del exterior y resulta incomprensible e ilógico desde el marco del Cambio 1, es decir, son cambios en las reglas que rigen al sistema, en las premisas que rigen su funcionamiento y en el sistema como una totalidad.

[11] Un excelente ejemplo mencionado por los autores es lo que ocurre en el insomnio con las numerosas acciones tendientes a lograr el sueño, las que suponen la solución a través del esfuerzo.

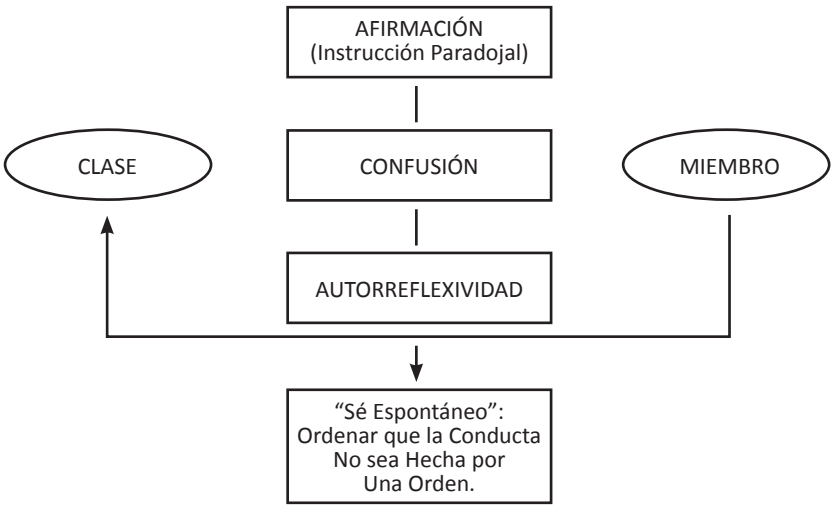


Figura 4: La confusión de niveles prescribe una orden imposible de cumplir

Lo anterior ratifica el hecho de que muchos problemas aparentemente no tienen solución, ya que en virtud de las premisas y las soluciones intentadas esta se impide. Todo problema tiene su marco de referencia, por lo tanto, es preciso subir de nivel y ver lo que parecía un todo como una simple alternativa, con ello se amplía el marco de referencia. Lo que parecía imposible se vuelve soluble, lo cual explicaría, por ejemplo, por qué en algunos casos el abandonar la idea de esfuerzo o control abre nuevas soluciones que permiten que las cosas «se resuelvan solas».

La acción terapéutica, entonces, consiste en introducir una experiencia en el sujeto que restablezca la homeodinamia colocando la suficiente «entropía» que desordene las reglas y organización de la pauta. La entropía permite que el sistema se reorganice en un nivel superior, no colapsando. La acción terapéutica debe reducir los niveles de complejidad y hacer volver el problema a su condición de dificultad. Las técnicas de intervención deben permitir crear un nuevo contexto que incluya al problema, posibilitando mayores opciones al sujeto y la libertad de poder renunciar al síntoma (esto se clarificará más adelante).

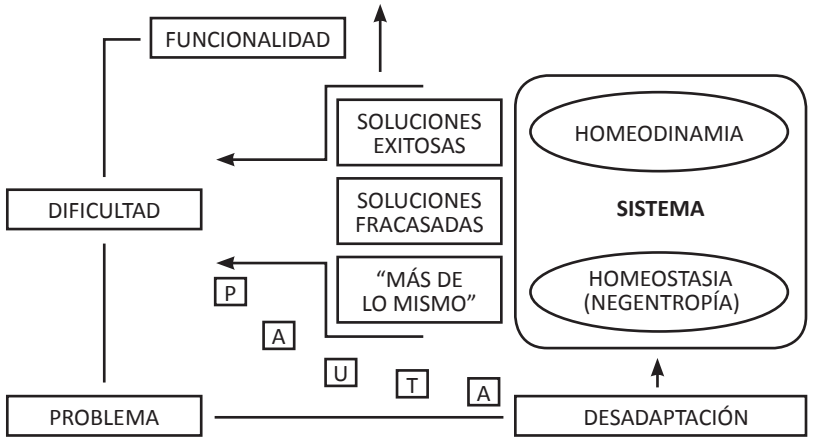


Figura 5: Esquema de funcionamiento sistémico de la pauta del problema

Las Figuras 5 y 6 muestran cómo se constituye la pauta del problema y cómo la intervención terapéutica permite restablecer la homeodinamia.

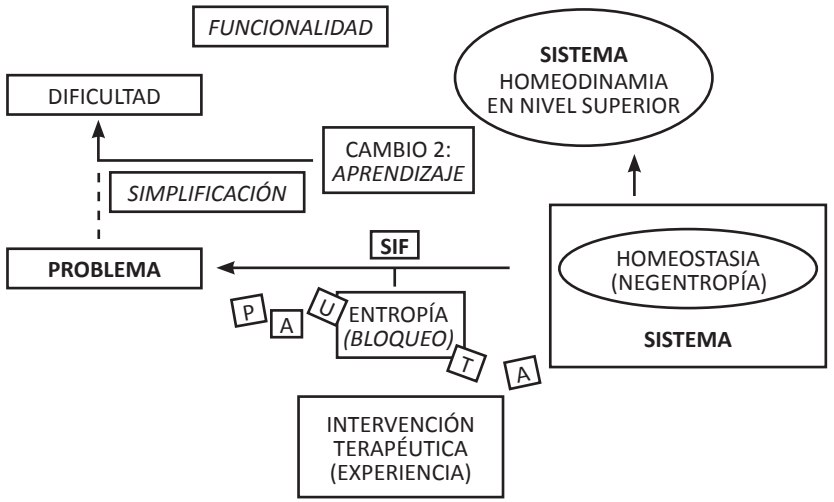


Figura 6: Esquema que representa la intervención en términos sistémicos

Proceso terapéutico

Algunos aspectos que se detallan a continuación han sido tomados de una obra clásica del modelo, la cual describe de modo didáctico las etapas y acciones del proceso terapéutico. Esta obra es la *Táctica del cambio*, cuyos autores son Fisch, Weakland y Segal (1994).

Marco de tratamiento y postura del terapeuta

Resulta imposible abstraerse de construir un encuadre y de asumir una postura al enfrentar la situación terapéutica. La postura, concretizada a través de conductas y actitudes, va a orientar el encuadre en cierta dirección. Por otra parte, es posible encontrar una serie de dificultades que, según sea el modo como se enfrenten, pueden ir desdibujando un encuadre y una postura adecuada.

Las dificultades implican sugerencias que el consultante hace, las cuales son verdaderas preguntas que el terapeuta debe responder. Su respuesta no da lo mismo. Algunas son discutidas por los autores y otras van surgiendo en la experiencia. Por ejemplo: ¿quién es el paciente?, ¿hacer terapia por teléfono?, ¿aceptar información anterior?, ¿ver a toda la familia?, ¿aceptar sugerencias de tratamientos?[12], ¿responder a solicitudes de información?, ¿qué hacer con el diagnóstico?, ¿escuchar la historia?, entre otras. Para responder estas preguntas es preciso considerar los siguientes principios que permiten construir un encuadre orientado a la resolución de problemas:

a. *Asimetría y maniobrabilidad*: la actitud y conducta que deben tener tanto el consultante como el terapeuta requieren ser claramente asimétricas entre sí, es decir, mientras se le demanda al paciente definir el problema (obviamente con nuestras preguntas), asumiendo posturas y descripciones cada vez más concretas, el terapeuta debe responde con ambigüedad y sin pronunciarse de modo categórico. Esto le da al terapeuta «maniobrabilidad», ya que el compromiso temprano resta posibilidades y alternativas. Por ejemplo, si el paciente consulta si es necesario ver a toda la familia, la respuesta puede decir No sin excluir el Sí, o sea, «tal vez, es posible, más adelante».
b. *Posición de no experto* (One Down): la entrevista en la terapia estratégica breve requiere una actitud y una acción de no experto, es decir, dejar que sea el paciente quien tenga la última palabra para decidir qué acciones reflejan su problema. Esta actitud se puede reflejar con humildad al cotejar lo que se ha entendido o mostrando ciertas limitaciones. Algunos ejemplos podrían ser: «preferiría no conversar por teléfono su caso, ya que me cuesta imaginarlo, necesito estar cara a cara», «yo necesito ir sintetizando lo que Ud. me está diciendo, me cuesta manejar demasiada información, Ud. lo que quiere decir es que…». Indudablemente esta postura sirve para que sea el paciente quien haga el trabajo y se vayan efectuando las primeras maniobras.
c. *Orientación activa y directiva*: la entrevista se caracteriza por ser semiestructurada, por lo cual es el terapeuta quien va dirigiendo la conversación y evitando que esta tome ciertos caminos.
d. *Orientación conductual y focal*: la extracción de información va desde lo abstracto a lo más concreto, el lenguaje va cada vez más a

[12] Esta sugerencia no solo puede provenir del paciente, sino que, con mucha frecuencia, de psiquiatras y médicos.

lo descriptivo, a través de ejemplos y con un foco creciente. Mientras otros modelos van ampliando el foco, aquí se va acotando progresivamente.

e. *Conocer la postura del consultante*: de la tradición ericksoniana se observa el marco de referencia del sujeto, sus valores, su lenguaje. Aquí está presente el principio de utilización. Se trata de «bailar el baile del paciente».

f. *Aceptación y* rapport: la aceptación y la calidez son fundamentales, la construcción de un espacio de confianza permitirá que se acepten los reencuadres y prescripciones[13].

Estos principios hacen posible las siguientes acciones:

1. Establecer un ritmo, de acompañar y dirigir.
2. Respetar ese ritmo, «no apurarse».
3. No hacer el trabajo del paciente.
4. Evitar el rol de experto.
5. Empoderar continuamente al consultante.
6. Usar un lenguaje indirecto, condicional e implicativo.
7. Estar orientado a la pauta del problema y no a propiedades internas.

De las preguntas que aún están sin responder, cabe destacar: ¿quién es el paciente?, ¿correspondería a aquel miembro de la familia o grupo que presenta mayor motivación o a quien plantea la queja, por ejemplo, cuando los padres consultan por un problema con su hijo adolescente?, ¿son más bien ellos los que debieran asistir a terapia? El tema es cómo motivarlos.

Otra pregunta es: ¿se debe escuchar la historia?[14] En virtud de la conservación de la maniobrabilidad, es recomendable evitar este camino. Un modo de hacerlo es señalando, por ejemplo, «me parece muy interesante conocer esos hechos, pero de acuerdo a mi manera de trabajar preferiría comenzar por saber por qué le sucede ahora, obviamente más adelante podríamos volver a ello». Otro ejemplo: «esa es una muy buena explicación pero ¿sabe?, a mí me cuesta en un principio tener una idea clara, preferiría obtener más información». Obviamente estos comentarios permiten encuadrar el tratamiento.

La primera entrevista

Establecer un encuadre y asumir una postura como terapeuta son acciones que se realizan desde la primera sesión, pero estos no son sus únicos objetivos y acciones. Los objetivos de la primera sesión son:

[13] A pesar de la frialdad que se le pueda criticar al modelo, es experiencia del autor haber visto trabajar al Dr. Fisch, quien manejaba muy bien el arte de la empatía y la calidez.

[14] Esta pregunta cobra importancia en nuestra realidad, ya que, por influencias culturales y el modelo médico, los pacientes con frecuencia relatan su remota infancia, agregando a ello sendas atribuciones históricas a su problema.

a. Establecer un encuadre y definir la postura del terapeuta.
b. Conocer la postura del paciente.
c. Definir la queja, el problema y las soluciones intentadas fracasadas (SIF).

Estos objetivos se logran en base a acciones ya descritas, pero agregando de manera activa dos maniobras:

- *Preguntar*: hacer preguntas referidas tanto al problema como a las soluciones intentadas, de manera de poder describir la pauta. Pueden ser útiles las siguientes preguntas: si yo la pudiera ver en ese momento ¿qué vería?, ¿qué ocurre en ese momento?, ¿qué hacen los demás cuando Ud. hace eso?, ¿dónde ocurre?, ¿con qué frecuencia?, etc. Las preguntas deben apuntar a lo concreto, específico, conductual, contextual y observable[15]. Del mismo modo, se debe preguntar sobre las SIF a fin de poder definirlas.
- *Devolución estratégica*: son devoluciones en base a lo que se ha comprendido, a modo de síntesis y comentarios que persiguen el fin de achicar el problema y orientar al sujeto hacia la solución. Se denomina estratégica porque las devoluciones no son solo una síntesis de lo señalado, sino también orientan en una dirección que permite hacer que el problema sea solucionable. En este aspecto se encuentra la impronta ericksoniana, ya que representa un modo de «acompañar y dirigir» como inducción de trance (Pacheco, 1996).

Para la definición del problema es necesario evitar ciertas trampas que desorientan y que no son útiles. Es necesario evitar un diálogo centrado en el pasado, en la explicación causal, la información confusa y ambigua y la multiplicidad de focos. Si hay más de un foco, el paciente es quien decide con cuál trabajar primero.

Se requiere un lenguaje implicativo e indirecto. Estos son algunos ejemplos:

- «De los problemas que me señala, ¿cuál quiere solucionar primero?» (presupone que el problema se va solucionar y que es él quien decide la prioridad).
- «Las cosas que ha hecho hasta aquí parece que no funcionan» (presupone que sí hay solución, solo que, de esa forma, no).
- «No hay nada más que me pueda señalar sobre su problema, ¿es solo eso?» (potencia la percepción en el paciente de que el problema es más pequeño de lo que pensaba).
- «¿Cómo te imaginas que la terapia te ayudará?» (potencia la expectativa de que la terapia será exitosa).

[15] En ese sentido no es muy diferente de la entrevista conductual, la cual establece el análisis funcional de la conducta.

- «¿Ocurre esto cuando estás en la casa y no en el trabajo?» (potencia la percepción de que el problema es más pequeño, evita su generalización).

Las SIF fracasadas merecen un comentario aparte, pues son ellas el verdadero problema y el blanco de la terapia. Están claramente entrelazadas con la postura del paciente, por lo cual son el reflejo de sus valores y creencias expresadas con su propio lenguaje. Las personas, al enfrentar sus dificultades, escogen las mejores opciones que su marco de referencia hace posible y jamás se percatan que dichas acciones correctoras hacen imposible la búsqueda de nuevas posibilidades.

Conocer la «pauta» y las SIF no requiere relacionarlas con una teoría formal ni hacer mayores abstracciones. Sí es adecuado conocer las atribuciones, valorizaciones, implicaciones, definiciones, etc.

Fijación de objetivos y planificación del caso

Para que una terapia sea estratégica, entre otras cosas debe tener objetivos. El logro de estos objetivos implica el cese del problema y una orientación opuesta a la tendencia central observada en las SIF. Los objetivos son coconstruidos con el paciente y deben cumplir los siguientes requisitos:

a. *Deben representar un giro en 180°, evitar el «campo minado»*: no continuar con la tendencia central, no más de lo mismo.
b. *Definición contextual, concreta y conductual, expresar criterios*: se utiliza la misma metodología de entrevista que al definir el problema y las soluciones intentadas. Ejemplo: ¿qué verá en Ud. que le indicará que el problema ya está solucionado?
c. *Buscar cambios pequeños*: secundarios, aparentes, indirectos.
d. *Deben expresarse en positivo*: son un hacer, no un no hacer.
e. *Deben ser conductas aceptables*: que haya coherencia con el marco de referencia.

La planificación del caso requiere la consecución de un proceso lógico y es un aspecto crítico para el éxito terapéutico. Para ello requiere el cumplimiento de los siguientes procesos:

a. Definición previa del problema y las SIF.
b. Establecer qué se debe evitar.
c. Definir la orientación estratégica (giro opuesto a la tendencia).
d. Formular tácticas (técnicas).

La Figura 7 resume el proceso terapéutico propuesto en la terapia estratégica breve.

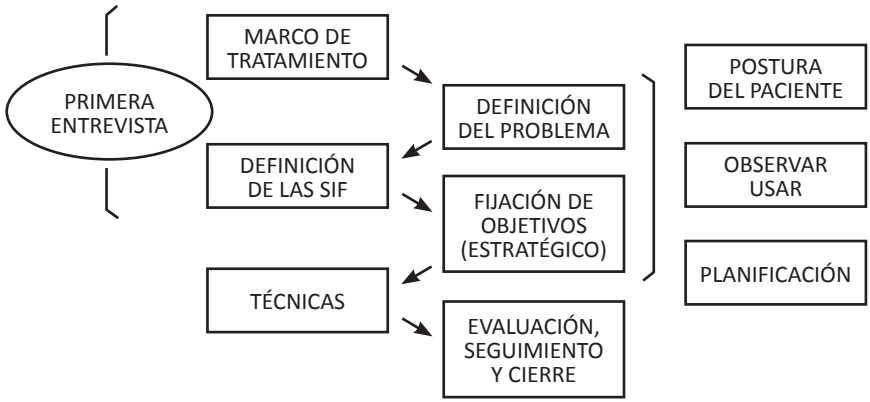


Figura 7: Proceso terapéutico en la Terapia Estratégica Breve

Técnicas e intervenciones

Técnicas axiales

Con lo señalado hasta aquí, resulta necesario, para revertir el problema y reencausar al sujeto y/o al sistema en su funcionalidad, alterar los patrones redundantes de interacción y percepción como las mismas reglas que lo sustentan. En buenas cuentas, se trata de modificar las pautas de acciones y retroacciones, los *feed-forward*[16] que rigidizan las opciones y las percepciones de la realidad.

Existen dos grandes técnicas, que se podrían denominar axiales, en el repertorio de la terapia breve del MRI: reencuadres y prescripciones o tareas.

Reencuadres

Watzlawick (1999) señala que un reencuadre significa reubicar la situación experimentada en otro marco conceptual y/o emocional, el cual resulta igual o más adecuado que el anterior, modificándose con ello todo su sentido. Siguiendo a este mismo autor, recuérdese que él hacía la distinción entre realidades de primer y de segundo orden, siendo las primeras los hechos, acontecimientos y realidades que de algún modo están «ahí y afuera»; las segundas, en cambio, corresponden a los significados e interpretaciones atribuidos a esos hechos. Este proceso se denomina «encuadrar», es decir, ligar hechos y significados[17]. Poner en duda esa ligazón es el proceso de

[16] Se refiere al comportamiento en función de las expectativas o creencias futuras, evidentemente, de acuerdo al marco que posee el(los) sujeto(s).

[17] Piénsese en el reciente terremoto ocurrido en nuestro país. Algunas personas señalaban que ello era un evento muy negativo, una tragedia, un castigo; mientras otros, reconociendo lo catastrófico, también argumentaban consecuencias positivas, como el conocer su entorno, valorar la propia vida y conocer nuevas personas.

«desencuadre». Por lo tanto, «reencuadre» corresponderá a aquel proceso mediante el cual se asocian nuevos significados a similares hechos. En otras palabras, se entregará una realidad alternativa. Los reencuadres pueden ser, a grandes rasgos, de dos tipos:

a. Directo: consiste en entregar de forma deliberada y explícita nuevos significados, a modo de comentario[18]. Esta modalidad se puede subdividir en dos subtipos:

- *Connotación positiva*: muy utilizada en el Grupo de Milán. Se trata de valorizar positivamente aquello considerado negativo, por ejemplo, se puede comentar el asombro de ver las peleas de una pareja como formas de estar juntos y evitar la indiferencia. Corresponde, entonces, a una revalorización.
- *Redefinición*: se trata de reubicar un hecho en otra categoría conceptual para permitirle nuevos significados, por ejemplo, frente a un duelo se puede comentar, luego de haber evocado muchos hechos inevitables en el paciente que implicaron desafíos y dificultades insuperables, que la pérdida actual es como ellos: primero son imposibles pero lentamente se van superando (se deja de conceptualizar como evento aislado). Hay una recategorización.

Un ejemplo útil donde se usa la connotación positiva y la redefinición (de más está decir que son difíciles de distinguir) es al enfrentar a un paciente deprimido: «veo que sus sufrimientos son muy comprensibles, pero debo ser honesto con Ud., eso es así si solo vemos la última porción de su vida, pero si lo vemos a lo largo de su vida, probablemente esta sea una excelente oportunidad para cambiar ciertas cosas, para detenerse un momento y replantearse muchas cosas. Que le esté pasando esto ahora es realmente positivo para lo que viene».

b. Indirecto: se entrega en forma indirecta a través de metáforas, analogía, historias, etc. Se potencia la posibilidad de hacer asociaciones y reasociaciones inconscientes. El uso de estos recursos lingüísticos se corresponde con el funcionamiento de la mente inconsciente, la que es indirecta y metafórica. El uso del lenguaje hipnótico potencia enormemente estos recursos.

Prescripciones

Son asignaciones de tareas o directivas de conducta, algunas de las cuales están prescritas para ser hechas y otras definitivamente no. La terapia

[18] Al lector formado en psicoterapia, esta modalidad de reencuadre le puede parecer idéntica a la «reestructuración cognitiva» en la terapia cognitivo-conductual o la «interpretación» en el psicoanálisis. La diferencia radica en que, tanto para el primero como para el segundo, existe un marco teórico a priori: el pensamiento racional y la teoría psicoanalítica, respectivamente. En el reencuadre el marco es el propio sujeto y no se hace desde teoría alguna.

breve del MRI destacó por el uso de las intervenciones paradojales, cuya modalidad más popular es la «prescripción del síntoma».

Se sabe que la superación de un problema implica bloquear las SIF y, en definitiva, quebrar la pauta de persistencia. Se dijo que la pauta son acciones, percepciones, síntomas y contextos, todos relacionados de manera cibernética y que el sujeto vive de manera involuntaria. La prescripción del síntoma es «pautear la pauta», es crear una nueva pauta que incluye la pauta del problema. Esto supone un «salto de nivel lógico», y recuérdese que hacer esto es salir del sistema, es posibilitar el cambio 2. Este nuevo contexto puede ser aceptado o rechazado por el sujeto, con ello se crea un «doble vínculo terapéutico», existiendo por primera vez la posibilidad de «movilizar» el síntoma a gusto, ya sea aceptando o rechazando la prescripción. Para el éxito de esta intervención es preciso acompañar las indicaciones de buenas «razones lógicas» para el sujeto, es preciso reencuadrar o «vender» la tarea.

Dentro de los ejemplos más conocidos de esta técnica está prescribir el no dormir en una persona con insomnio, ahí se bloquea la SIF de forzarse a dormir voluntariamente. Un ejemplo entregado por este autor consistió en lo realizado con una paciente deprimida por una separación amorosa: modificar el síntoma de insomnio que tanto le afectaba. Trabajaba como paramédico y nunca hacía turnos de noche, ya que resultaba muy desagradable para ella. Se le dijo que ante esa situación, y dada la pérdida de tiempo que implicaba no dormir y lo escasa que estaba de recursos, era mejor que hiciera turnos de noche. A la sesión siguiente llegó sin insomnio y, obviamente, jamás hizo turno de noche.

Técnicas amplias

Estas técnicas son utilizables en diversas problemáticas.

1. *Modalidad no apurarse*: se puede usar desde la primera sesión. Se busca evitar el esfuerzo y apuro como SIF.
2. *Los peligros de una mejoría*: va en la misma línea de la anterior, evitándose la percepción de que en el futuro no habrá problemas.
3. *Un cambio de dirección*: cuando hay dificultades que afecten la maniobrabilidad y la relación, es preciso hacer giros y evitar la confrontación.
4. *Cómo empeorar las cosas*: sirve indirectamente para potenciar cambios en sentido opuesto a las SIF.

Otras técnicas

Existen otras técnicas que fueron formuladas para ciertas situaciones problemáticas. Destaca, por ejemplo, el no invitar ni estimular al paciente depresivo, el evitar la autodefensa en las discusiones, no esforzarse en situa-

ciones espontáneas, exposición a lo temido sin dominio ni aplazamientos, etc. Estas formulaciones fueron intentos de establecer estilos de persistencia y recurrencias de SIF. Su descripción es vaga y no hay lineamientos claros para el aprendizaje de ellos. Sin embargo, en aquello que se denomina Terapia Estratégica Breve de segunda generación, cuyo principal exponente es Giorgio Nardone, los patrones de persistencia son muy nítidos y las técnicas consecuentes muy simples. Esto será visto a continuación.

La terapia estratégica breve: el modelo avanzado de giorgio nardone

Ideas generales

En la sección anterior, los clínicos del MRI platearon algunas técnicas específicas para cierto tipo de situaciones problema. Dichas técnicas se encuentran descritas en el texto *La táctica del cambio*. Su formulación es amplia y carece de la suficiente claridad, en especial en algunas de ellas, pero se refleja la tendencia a dar lineamientos para cierto tipo de casos. El estado del arte en aquellos tiempos encaminaba la evolución de la terapia estratégica breve hacia la investigación y la experiencia del modelo en ciertas patologías. Indudablemente los autores clásicos, fieles al análisis individualizado, jamás pensaron en contar con protocolos de intervención, sin embargo, no es de extrañar que ciertas patologías se caractericen por intentos no exitosos de utilizar similares soluciones. Tampoco es extraño pensar que ciertas regularidades de situaciones problemáticas presenten semejantes patrones de persistencia. De esta manera, si se tiene patrones de persistencia conocidos es posible diseñar maniobras que los alteren, independientemente del sujeto que los padece. Es cuestión de someter dichas intervenciones a prueba. Esto es precisamente lo que hace Giorgio Nardone, psicólogo italiano, formado en el MRI y fundador del Instituto de Arezzo. Inicialmente realiza su trabajo en los trastornos de ansiedad, logrando muy buenos resultados, lo que no solo se ve refrendado por la investigación, sino por la experiencia de muchos clínicos. Posteriormente ha desarrollado protocolos de intervención para otras patologías, para los que existe más de alguna crítica. No obstante ello, Nardone es sin duda el principal exponente de la terapia estratégica breve contemporánea.

La concepción de la terapia

Para Nardone y Watzlawick (1992) el cambio constituye una desrigidización de los sistemas perceptivo-reactivos del sujeto, creando otros modos más flexibles y con mayores posibilidades conductuales. La rigidez mencionada lleva a reutilizar continuamente los intentos de solución, los que, en definitiva, mantienen el problema y, por tanto, son fracasados.

No interesan las causas y la búsqueda de una verdad develada, sino cómo funciona y cómo se puede cambiar una situación problemática. Según Nardone y Portelli (2006), una intervención debe proporcionar una experiencia diferente en la percepción de la realidad, esperándose que dichos cambios perceptivos se traduzcan en cambios emocionales, cognitivos y conductuales. Interesa el cambio en sí mismo y el modo como se percibe la realidad y la relación pragmática con esa percepción.

Para Nardone la terapia es activa, ya que busca el cambio a través de técnicas y estrategias sin necesidad de ofrecer una terapia larga, independientemente de la complejidad y duración de un problema. De la misma manera, no resulta necesario que el cambio sea necesariamente doloroso, trabajoso y, mucho menos, consciente.

La terapia de este modelo avanzado otorga una primacía al cambio conductual. Otorga un rol preponderante a la experiencia como requisito para el cambio. La toma de conciencia y la cognitivización solo ponen en guardia al sistema. El *insight* sirve para movilizar resistencias, por la natural tendencia hacia la homeostasis. Por ello, se intenta inicialmente producir cambios en la percepción-acción del sujeto, para luego pasar a la redefinición.

Los terapeutas deben realizar las siguientes acciones, según Nardone y Watzlawick (1992):

- Es interesante conocer la conceptualización que el paciente o los pacientes logran de su problema.
- La intervención se basa en prescripciones de comportamiento, las que deben alterar el ciclo repetitivo del problema.
- Las estrategias deben orientarse hacia objetivos aparentemente mínimos, pues con ellos se logra evitar las resistencias y alcanzar cambios mínimos en el sistema para generar reacciones en cadena.
- La directividad es sutil, basándose en una «no directividad aparente» (*one down position*).
- Las prescripciones están disfrazadas o encubiertas.

Enfoque metodológico

Para Nardone y Watzlawick (1999), cualquier campo que esté enfocado a la solución de problemas debe tener clara la distinción de tres grandes niveles:

1. *Epistemología*: corresponde al nivel más abstracto. Es aquella instancia donde están los supuestos teóricos de una teoría en particular. Corresponde a un nivel «cognitivo teórico».
2. *Lógica*: es aquella instancia donde se hallan los principios y las metodologías que guían la práctica y determinan las acciones a realizar. Corresponde a un nivel «cognitivo operativo».
3. *Práctica*: instancia operatoria por medio de la cual, a partir de la experiencia, se extraen ideas o distinciones que se elevan conceptualmente. Corresponde a un nivel «operativo gognitivo».

La Lógica requiere una metodología congruente que finalmente se constituya en una estrategia de intervención. Es la instancia de la aplicación y de la lectura de la realidad, según los lineamientos teóricos. La Lógica puede ser de dos tipos:

- *Lógica Ordinaria*: se guía en base a una teoría *a priori*.
- *Lógica No Ordinaria o Estratégica*: construye y usa «estratagemas».

La Lógica Estratégica presenta las siguientes características:

a. Los modelos se construyen en base a objetivos y no indicaciones teóricas.
b. Se asume una lógica «constitutiva-deductiva», esto es, «adaptación de la solución al problema».
c. Hay una autocorrección constante en la interacción «problema-solución» en base a los efectos detectados.
d. Se requiere un conocimiento práctico, con un diseño específico para el problema específico.
e. El conocimiento práctico se facilita con un diseño de investigación-intervención y una autocorrección permanente.

En otras palabras, desde la Práctica se obtiene un conocimiento operativo de un problema específico, con el cual se puede afirmar que se conoce un problema mediante la solución (por sus simples efectos), permitiendo, así, el diseño de una estratagema. Luego este diseño es sometido a prueba mediante la metodología de «Investigación / Intervención».

El procedimiento de esta metodología requiere la consecución de cierto proceso: primero, será necesario definir ciertas maniobras o acciones estimadas como adecuadas. Luego, mediante su prueba, se seleccionarán aquellas más útiles, agregándoles variaciones y ajustes para ser nuevamente sometidas a prueba. Hay un proceso de eliminación, de ensayo-error-acierto constante. Este proceso decanta en un «protocolo» (estrategia) para determinado trastorno. Finalmente, el protocolo es sometido a prueba, exigiéndose una eficacia mínima de un 70% y una eficiencia de no más de 20 sesiones.

Los protocolos varían de una patología a otra, pero en común presentan más o menos la siguiente secuencia:

- Se determina la tipología de la persistencia y la resistencia al cambio.
- Se entregan prescripciones directas en búsqueda de la experiencia emocional correctiva.
- Se entregan redefiniciones para consolidar la experiencia de cambio.
- Se entregan redefiniciones para un nuevo equilibrio, esto implica mostrar la pauta que sostenía al problema.

Cada protocolo guarda en su interior «estratagemas», las que presentan las siguientes características:

- Buscan romper el equilibrio cibernético del sistema perceptivo-reactivo disfuncional.

- Son «sucesos casuales planificados», orientados a la experiencia emocional correctiva.
- La construcción de ellas debe cumplir con ciertos requisitos: debe tener idéntica estructura a las SIF, deben implicar una desviación de la atención para evitar la toma de conciencia, deben implicar la superación del problema y un cambio inesperado, deben implicar la recuperación de los propios recursos.

En la Figura 8 se aprecia un esquema del protocolo de intervención para trastornos fóbicos, se muestra la metodología y la esencia de su estratagema.

Profundizar en el trabajo de Nardone y su equipo requiere necesariamente conocer las intervenciones y los protocolos para las diversas patologías estudiadas, lo cual escapa a la finalidad de este trabajo. No obstante, se invita a buscar la bibliografía existente respecto a este autor, donde se describen y ejemplifican los protocolos existentes.

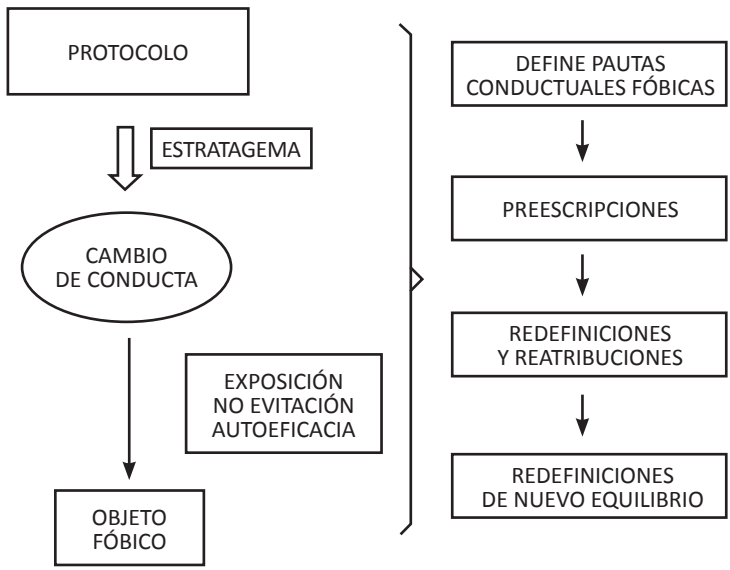


Figura 8: Esquema de protocolo y estratagema para trastornos fóbicos

En conclusión, el trabajo metodológico y clínico de Nardone presenta tres grandes pilares: por un lado, se sustenta en la Lógica No Ordinaria o Estratégica; por otro lado, usa la metodología de Investigación-Intervención para construir los protocolos; y, finalmente, una metodología experimental que pone a prueba los protocolos.

El modelo avanzado

El modelo avanzado, también propuesto por Nardone, no solo difiere de la primera formulación del MRI, y de todas las demás formas de terapia breve, en cuanto a la metodología, sino también en cuanto al proceso terapéutico, haciendo la distinción en cuatro fases:

- Etapa 1: comienzo del juego.
- Etapa 2: desbloqueo de la patología.
- Etapa 3: consolidación y reorganización de las reglas del juego.
- Etapa 4: final del juego.

En otra publicación, Nardone (2010) desglosa el proceso terapéutico en las siguientes fases o acciones:

- definir el problema,
- definir y acordar los objetivos,
- evaluar las soluciones intentadas,
- intervenciones.

Salta a la vista que las etapas descritas conservan la línea propuesta por el MRI, solo que agregan ciertas distinciones o técnicas que se acercan a formulaciones que recuerdan a la terapia centrada en las soluciones, por ejemplo: la técnicas del escalador, la técnica del escenario más allá del problema, etc. (Nardone, 2010).

La variación radica en la necesidad de profundizar el cambio y consolidar los resultados. Esta nueva modalidad incorpora una forma especial de comunicación que se da desde la primera sesión denominada «diálogo estratégico», el cual vence la resistencia y activa de modo más potente el cambio. Así también enriquece y enfatiza la importancia de la primera sesión.

El diálogo estratégico[19]

Nardone y Portelli (2006) señalan que el diálogo estratégico es un instrumento de intervención y discriminación que implica el uso del lenguaje, la relación y la lógica de la intervención, con una continua orientación hacia el cambio. Para Nardone y Salvini (2006), el diálogo estratégico viene a ser la consecuencia de la evolución del modelo desarrollado en Arezzo.

Esta técnica de entrevista se lleva a cabo muy particularmente en la primera sesión y también en las sesiones siguientes. Se basa en un modo de preguntar que permite el autoengaño. El terapeuta asume una posición

[19] Esta técnica propuesta por Nardone y su equipo es la evolución del modelo hacia un constructivismo más acentuado, que da mayor importancia a la conversación y al uso del lenguaje sin apartarse de la lógica estratégica tan defendida por él. Asimismo, hay una valorización de los aspectos relacionales, lo que muestra en sus referencias, ya que cita a teóricos de la efectividad y los factores comunes.

«*one down*», ya que se hacen preguntas aparentemente sencillas que van progresivamente abriendo alternativas. Por otro lado, es un instrumento que permite tempranamente reestructurar la realidad de la persona.

A la base de la técnica está no solo el autoengaño, sino también la «ilusión de alternativas». A propósito, Nardone y Portelli (2006) señalan que, a diferencia del modelo clásico donde se usaba la prescripción al final, en el modelo actual se usa la ilusión de alternativas a través del diálogo para ir generando expectativas desde la primera sesión. Con el diálogo estratégico, y su forma particular de preguntar, se van sembrando dudas acerca de las soluciones intentadas habituales, ya que se asocia su uso con empeorar las cosas. Se trata que el paciente sienta y piense que es necesario cambiar su punto de vista y la lógica tras su intento de solución, lo que implica que el sujeto estime que es él quien hace dichos *insights* (Nardone & Salvini, 2006), teniendo a la base una lógica del autoengaño.

La entrevista requiere el uso de «preguntas discriminantes». Estas consisten en preguntar sobre el problema presentando alternativas y permitiendo que el sujeto elija la opción. Por ejemplo, «frente al temor a la contaminación, ¿Ud. teme más a contagiarse o a que se contagien sus hijos?». Si el paciente elige uno de ellos, entonces se deduce que no presenta otro temor. Esta secuencia de preguntas hace que el paciente vaya estableciendo una conexión discriminante, reconociendo en él la responsabilidad de expectativas y acciones que favorecen su problema. Eso sí, hay que dejar que el paciente saque las conclusiones. Hechas las preguntas es necesario efectuar cortas «paráfrasis» que funcionan como síntesis y devoluciones reestructurantes, siempre hechas a modo de preguntas que deben ser refrendadas por el paciente, con una actitud, de parte del terapeuta, colaboradora y humilde (permite al paciente creer que es él quien dirige el proceso)[20]. Un ejemplo citado por Nardone y Portelli (2006) de paráfrasis es: « por favor, corríjame si me equivoco… pero, si lo he entendido bien, Ud. sufre ataques de pánico que tienen lugar en situaciones que puede predecir, situaciones fuera de casa, y cuando usted tiene sus ataques de pánico su miedo es perder el control, ¿cierto?».

El diálogo estratégico permite el descubrimiento conjunto, favoreciendo con ello la relación y cooperación, haciendo que las prescripciones posteriores sean mejor aceptadas. El método, según los autores, es un continuo descubrimiento autocorrectivo[21].

[20] Sin duda, el diálogo estratégico, descrito de esta forma, es un uso radical del lenguaje implicativo descrito más atrás.

[21] Cabe preguntarse, dado el carácter estratégico del diálogo, si efectivamente es una modalidad «dialógica», al menos como se entiende desde una perspectiva posmoderna. Probablemente la respuesta sería no, ya que en ellas no existe la lógica de la influencia y la persuasión.

Referencias

Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohle.

Haley, J. (1971). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray S.A.

Haley, J. (1973). *Terapia no convencional, las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jiménez, J. (1999). ¿Investigación en psicoterapia? Claro que sí. Pero, ¿a quién le interesa? *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 3, 1, 105-116.

Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder S.A.

Nardone, G. & Watzlawick, P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder S.A.

Nardone, G. & Watzlawick, P. (2000). *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós S.A.

Nardone, G. & Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder S.A.

Nardone, G. & Salvini, A. (2006). *El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: RBA libros S.A.

Nardone, G. (2010). *Problem Solving Estratégico. El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Barcelona: Herder S.A.

O'Hanlon, W. H. (1993). *Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.

Pacheco, M. (1996). *Modelos de inducción de trance. Hipnoterapia ericksoniana: nivel básico*. Santiago: monografía no publicada.

Pacheco, M. (2002). *Psicoterapia ericksoniana: el legado de Milton H. Erickson a la psicoterapia actual*. Santiago: monografía no publicada.

Ray, W. (1991). *La terapia interactiva de Don Jackson*. Palo Alto: MRI.

Schlanger, K. & Watzlawick, P. (s.f.). *Historia del Mental Research Institute*. Palo Alto: MRI (monografía no publicada).

Watzlawick, P. (1992a). *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. (1992b). *La coleta del barón de Münchhausen*. Barcelona: Herder S.A.

Watzlawick, P. (1994). *El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona: Herder S.A.

Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1995). *Cambio, formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder S.A.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder S.A.

Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. (1974). Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *Family Process*, 13, 141-168.

Capítulo 2

Terapia breve centrada en la solución: hacia una psicoterapia positiva

Felipe E. García Martínez

> Como primera parte de un experimento, imagine que usted se ha pasado la última media hora hablando con el señor A sobre todos los problemas de la vida de esta persona, haciendo particular énfasis en sus sentimientos de depresión. ¿Cómo se siente usted después de esa media hora? (…) Si eso es lo que sienten los terapeutas, ¿puede imaginar usted cómo debe sentirse el paciente? (…) Como una segunda parte de este experimento, imagine que ha pasado usted la última media hora hablando con el señor B sobre todo lo que ha marchado bien en la vida de esa persona, haciendo particular hincapié en sus sentimientos de éxito. ¿Cómo se siente usted después de esa media hora? (…) Si eso es lo que sienten los terapeutas, ¿puede imaginar usted cómo debe sentirse el paciente? (de Shazer, 1999: 95).

Introducción

La Terapia Breve Centrada en la Solución (TBCS) es un modelo terapéutico desarrollado por el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Estados Unidos, a fines de los años setenta, bajo la dirección de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg. Es un modelo adscrito al movimiento sistémico, y como tal recibe las influencias de Gregory Bateson, de Milton H. Erickson y del *Mental Research Institute* de Palo Alto (MRI). Además, se le vincula a los movimientos postestructuralistas (puesto que no indagan lo que hay *detrás y debajo* del lenguaje, sino lo que hay *en* el lenguaje), constructivista (puesto que no creen que el lenguaje *representa* la realidad, sino que el lenguaje *es* la realidad, por cuanto la constituye y ordena) y posmodernista (puesto que consideran que el lenguaje científico es un medio más de acercarse al conocimiento, no es el único medio).

Este enfoque se ha caracterizado por descartar el desarrollo de una teoría de la terapia (entiéndase por esta un marco teórico del cual se deriven sus estrategias y metas a las cuales adaptar a los clientes), abocándose al desarrollo de un enfoque más pragmático, es decir, al estudio de pautas

de entrevistas o conversaciones para realizar una psicoterapia eficaz. Esto le ha valido a Steve de Shazer el apodo de «el hombre con una navaja de Ockham», por el estilo parsimonioso, simple y económico de su modelo.

Para la construcción de esta modalidad terapéutica confluyeron varias influencias: la del antropólogo inglés Gregory Bateson, con sus estudios acerca de la comunicación y el doble vínculo; del hipnoterapeuta Milton H. Erickson, con su forma innovadora y efectiva de tratar los problemas humanos; y de los integrantes del *Mental Research Institute* de Palo Alto, California, con sus propuestas terapéuticas basadas en un enfoque sistémico-cibernético.

La influencia de Bateson

Gregory Bateson funda en el año 1952 un grupo de investigación de la comunicación (o «Proyecto Bateson») de gran influencia para el desarrollo de la psicoterapia, causando una verdadera revolución al introducir una perspectiva sistémica y cibernética que se apoyaba en teorías ajenas a la psicología como la teoría general de sistemas, la teoría cibernética y otros modelos del área físico-matemática. Esta conmoción resultó finalmente en un cambio de paradigma.

La Teoría General de Sistemas postula que un sistema está conformado por muchos elementos que interactúan entre sí. Ningún elemento puede ser considerado de forma individual, sino que debe ser estudiado en el contexto de sus interacciones. Adoptar una perspectiva sistémica significa desplazar completamente la atención desde *por qué* sucede un fenómeno o *por qué* existe un síntoma, a *cómo* este síntoma se mantiene en el presente. Bateson decía que cualquier tipo de síntoma se mantiene en el ámbito de las relaciones familiares en el presente y, por lo tanto, si lo que se pretende es una modificación de los síntomas tenemos que trabajar sobre la modificación de las interacciones actuales.

La Cibernética, por su parte, se enfoca en el *feedback* (traducido comúnmente como retroalimentación) como elemento que mantiene la estabilidad en un sistema complejo. Emplea el término homeostasis para describir el proceso por el cual el sistema se regula para mantener un estado estable. Por lo tanto, la comunicación humana, cuyos sistemas abiertos operan en dos direcciones, puede verse limitada por un estado de homeostasis. Este punto es muy importante cuando se considera en problemas familiares y la falta de habilidad para resolverlos.

Una de los conceptos fundamentales de Bateson es la «doble coacción» o «doble vínculo». La doble coacción se explica planteando una situación donde uno de los implicados en la interacción envía un doble mensaje a su interlocutor. Por «doble mensaje» se entiende una paradoja comunicativa en la que hay una orden: se pide al sujeto que simultáneamente haga y no haga la misma acción («¡quiero que me regales flores, pero que se te ocurra

a ti!», «si quieres, hijo, puedes ir a tu fiesta, no importa si me dejas sola»). Este tipo de mensajes causa inestabilidad en el receptor, quien no sabe cómo reaccionar ante el mensaje por la naturaleza de este. El doble vínculo fue observado por el grupo de Bateson como una forma de comunicación disfuncional en familias que enfrentaban situaciones patológicas. Un sujeto que está inmerso en un sistema de comunicación de esta naturaleza, sea cual sea su manera de responder al imperativo, entra en un estado de culpa y disonancia del cual no se puede librar por la misma forma en que el mensaje lo acorrala.

Basándose en este hallazgo, Gregory Bateson, junto a sus ayudantes Jay Haley y John Weakland, se interesaron por seguir estudiando la comunicación de carácter terapéutico y para ello se interesaron en la práctica clínica que por ese entonces desarrollaba Milton Erickson.

La influencia de Erickson

Milton H. Erickson fue un hipnoterapeuta norteamericano de gran influencia en distintas corrientes de la terapia sistémica y de la terapia breve, cuya principal cualidad era que hacía sus intervenciones sin apoyarse en ninguna teoría psicopatológica ni tampoco se interesaba en averiguar sobre el origen de los problemas. Las cosas que otros terapeutas consideraban psicopatológicas, Erickson las consideraba habilidades, «mecanismos mentales» que podrían usarse tanto para curar como para producir problemas.

Por ejemplo, cuando Erickson estaba tratando a un joven con poca confianza en sí mismo que acababa de obtener un trabajo en un banco, le preguntaba con cierto detalle sobre su trabajo interesándose especialmente por los errores que había cometido. Erickson comentó: «Cada vez que cometía un error en su trabajo, lo que me interesaba siempre era el procedimiento que utilizaba para corregirlo, nunca los detalles de cómo había cometido el error». Al destacar las correcciones que el joven hacía, utilizaba sus errores como una forma de ayudarle a reconstruir su confianza en sí mismo.

Erickson consideraba que los clientes tenían en ellos mismos, o dentro de sus redes sociales, los recursos para realizar los cambios que necesitaban hacer. La función del terapeuta era acceder a estos recursos y ayudar a los clientes a usarlos en las áreas apropiadas de sus vidas.

Su peculiar modo de hacer terapia, las prescripciones paradójicas, los dobles vínculos terapéuticos, el empleo de la resistencia, entre otras prácticas, fueron para el MRI la base principal en su formulación teórico-práctica.

La influencia del Mental Research Institute (MRI)

Influidos directamente por el trabajo investigativo de Bateson y la práctica psicoterapéutica de Erickson, Don Jackson, John Weakland, John Haley y

Virginia Satir, entre otros, fundan en 1958 el MRI, al cual posteriormente se incorporan Richard Fisch y Paul Watzlawick. Posteriormente, en 1966, convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo mucho más corto de lo presupuestado, iniciaron un proyecto de estudio de la terapia breve.

Trabajaron entonces con un límite prefijado de 10 sesiones, destinadas a intentar resolver el problema presentado en vez de reorganizar las familias o producir *insight*. Este modelo de tratamiento se llama «centrado en los problemas», porque los terapeutas que lo aplican intentan aliviar solo las quejas específicas que los clientes llevan a terapia. Siguiendo a Erickson, no hacen ningún intento de buscar la patología subyacente o la fuente del problema, ni se hacen esfuerzos deliberados de promover el *insight*. Siguiendo a Bateson, consideran que los problemas son de naturaleza interaccional, es decir, dificultades entre las personas más que algo que surge desde el interior de los individuos.

Señalan que los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana. Una vez que una dificultad se ve como un «problema», este es mantenido o empeorado por los ineficaces intentos de las personas para resolverlo. En otras palabras, *el problema es el intento de solución*. Este patrón de «más de lo mismo» es, entonces, en este modelo, el objetivo principal de la intervención terapéutica.

Origen y sustentos de la TBCS

El Centro de Terapia Familiar Breve (BTFC) de Milwaukee

Este centro fue fundado por Steve de Shazer, directamente influido por las enseñanzas del MRI, modelo al cual adscribió en sus inicios. Posteriormente, las investigaciones del Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) hicieron un mayor énfasis en las soluciones y en cómo funcionaban.

El equipo, conformado entre otros por su esposa Insoo Kim Berg, Michelle Weiner-Davis, Bill O´Hanlon, Scott Miller y Eve Lipchik, dejó de lado el centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, tal como proponía el MRI, para dedicarse a identificar lo que funcionaba, a fin de establecer y amplificar estas secuencias de solución. Es importante subrayar que, si bien en un principio la TBCS se plantea desde una posición opuesta al MRI (de hecho, el nombre del modelo es una paráfrasis del conocido artículo relacionado al MRI: «Terapia Breve Centrada en el Problema», escrito el año 1974 por Weakland y otros, publicado en la afamada revista *Family Process*), comparten sin embargo muchos de los postulados y estrategias de intervención, tratándose, más bien, de modelos complementarios que se integran con facilidad.

Steve de Shazer ha empleado la analogía de la ganzúa para describir este enfoque: mantiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la

naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos, pues es más importante la naturaleza de las soluciones. En otras palabras:

> «Lo que más importa es la llave que abre la puerta, y no la naturaleza de la cerradura».

Analizar y entender la cerradura no es necesario, si se tiene una ganzúa que se ajusta a muchas cerraduras.

Desde los años ochenta, de Shazer y su equipo han abogado por que las terapeutas acomoden sus intervenciones a las solicitudes de las consultantes y han realizado y promovido investigaciones para defender que esta acomodación lleva a una mayor eficacia y brevedad de las terapias. En 1985, de Shazer propuso que las descripciones que hacen las consultantes, cuando se les pregunta por el motivo de consulta, pueden servir para encontrar el tipo de intervención más adecuado.

Factores de influencia en el cambio terapéutico

Como ya mencionamos, los autores de la TBCS han asignado una gran importancia a los factores implicados en la eficacia terapéutica. En una investigación realizada por Lambert (1992), se encontró que los factores explicativos de la varianza del cambio terapéutico se agrupaban en la siguiente proporción: factores extraterapéuticos, 40%; efecto placebo, 15%; *técnicas específicas*, 15%; y factores comunes, 30%.

Los diferentes factores de la investigación citada responden a los siguientes conceptos (ver Figura 1):

1. Factores del cliente y extraterapéuticos: pertenecen al paciente y a su contexto relacional, independientes de la terapia. Algunas de ellas, como el grado de motivación, las expectativas de mejora y la fuerza de la red de apoyo social, son susceptibles de intervenir a través de la terapia, mientras que otras, como los estilos de personalidad, son más estables. El hecho de que muchas personas cambien sin haber participado en ningún proceso psicoterapéutico formal pone en evidencia la importancia de los recursos personales y sociales (amigos, familia, colegas) de los consultantes. En esta categoría se incluyen los cambios que se producen antes de iniciar el tratamiento; estudios indican que hasta un 15% de los consultantes muestran una mejoría antes de presentarse a la primera sesión.
2. Factores comunes y de la relación: son aquellas variables compartidas por todas las terapias. Kleinke (1994) hace una exhaustiva revisión de tales factores. Algunos ejemplos son: una relación terapéutica segura, la experiencia emocional correctiva o la atmósfera de apoyo que se crea en cualquier tipo de terapia eficaz. Es importante destacar en este apartado las actitudes terapéuticas propuestas por Carl Rogers

para asegurar el éxito de una intervención: comprensión empática, congruencia y aceptación incondicional. Duncan *et al.* (2004) recomiendan, para establecer una buena alianza terapéutica, que a) el tratamiento se acomode al nivel de motivación del cliente, b) el tratamiento se acomode a las metas deseables por el cliente, y c) el tratamiento se adapte a la visión que el cliente tiene de la relación terapéutica.

3. Técnicas: son los procedimientos específicos de cada modelo. Muchos consultantes perciben que las tareas que llevan a cabo en psicoterapia se relaciona en forma significativa con el resultado obtenido. Sin embargo, el efecto de las técnicas psicoterapéuticas como factores de cambio depende de la interrelación cliente-terapeuta y no de las técnicas en sí. Esto echa por tierra la creencia de que es la técnica el principal factor que explica el cambio; se reconoce su relevancia, sin duda, pero su influencia es menor que la esperada.
4. Efecto placebo y expectativas: corresponde a las expectativas del consultante de recibir ayuda y su credibilidad en las técnicas empleadas. Duncan *et al.* (2004) señalan que contribuyen al desarrollo de este factor las siguientes actitudes terapéuticas: a) poseer un ritual sanador, b) que el terapeuta crea en el procedimiento u orientación, c) el procedimiento u orientación debe ser creíble para el marco de referencia del cliente, c) el procedimiento u orientación debe relacionarse a las experiencias de éxito previas del cliente, y d) que la orientación temporal del tratamiento esté en el futuro.

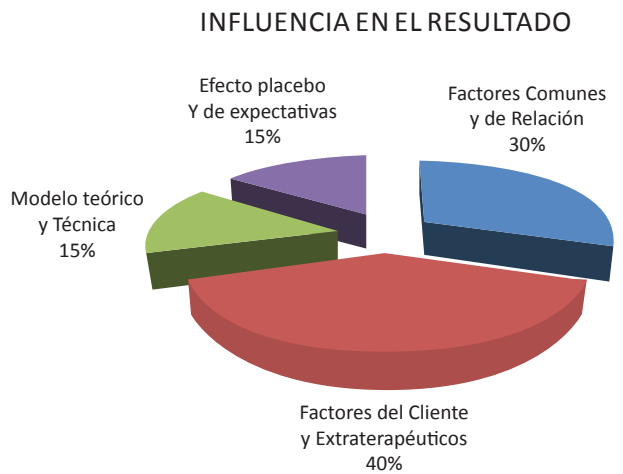


Figura 1: Factores del cambio (Lambert, 1992)

Si se tiene en cuenta que tanto el cambio extraterapéutico como el efecto placebo dependen de variables del paciente y explican un 55% del cambio total, mientras que los factores comunes y las técnicas se refieren a

los elementos propios de la terapia y explican un 45% del cambio total, se puede concluir que es el paciente quien más contribuye al éxito de la terapia.

Motivación por el cambio

La TBCS propone que las técnicas a emplear en el proceso terapéutico deben adaptarse a las características singulares del estilo de relación cliente-terapeuta establecido entre ellos.

Identificar este estilo de relación ayuda a determinar cuál será la intervención terapéutica con más probabilidades de producir la cooperación y participación del consultante y, por ende, la disminución de la duración del tratamiento.

El énfasis que coloca la TBCS al concepto de relación cliente-terapeuta permite recordar que el resultado del tratamiento depende *tanto* del consultante *como* del terapeuta. Este concepto de interacción contrasta fuertemente con el modelo tradicional, en el que, debido a que el tratamiento es, en líneas generales, el mismo para cualquier persona, se piensa que el resultado depende más bien de las características del consultante.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983) propone una serie de fases a través de las cuales circulan los clientes de acuerdo a su motivación por el cambio y que determinan la relación establecida con el terapeuta (ver Figura 2):

1. *Fase de precontemplación*: en esta etapa no hay ninguna intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo. Muchos individuos no se dan cuenta de sus problemas o los minimizan. Como dijo G. K. Chesterton, «No es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema». Por lo general, son otras personas las que consideran que tienen problemas (familiares, profesores, amigos, justicia), por lo que los precontempladores llegan a terapia ante la presión externa. Normalmente se sienten coaccionados para cambiar por una esposa que amenaza con irse, un colegio que amenaza con la expulsión, padres que amenazan con castigos, o la justicia que amenaza con la internación. Pueden incluso demostrar intenciones de cambio mientras existe la presión pero, cuando la presión desaparece, a menudo vuelven rápidamente a sus hábitos anteriores. Con estos clientes, la TBCS sugiere que el terapeuta se comporte como un buen «anfitrión»; es decir, la meta no es que el cliente haga algo, sino crear un clima en el cual este pueda considerar, explorar y apreciar los beneficios del cambio. Sugieren también utilizar las pautas descritas por Prochaska para esta fase del cambio: proveer información o ayudar a que el cliente sea más consciente de las causas, consecuencias y curación de su problema.
2. *Fase de contemplación*: es el estado en que las personas son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, pero aún no

se han comprometido a pasar a la acción. Los individuos pueden quedarse atascados en la etapa de contemplación durante largo tiempo. La esencia de la etapa de contemplación se explica por una anécdota que comenta Benjamín (1987, en DiClemente *et al.*, 1994): una noche en que iba caminando hacia casa se le aproximó un extraño y le preguntó por cierta calle. Benjamín le señaló la calle dándole ciertas instrucciones específicas. Después de comprender y aceptar las instrucciones, el extraño comenzó a caminar en sentido equivocado. Benjamín le dijo «Se está dirigiendo en la dirección opuesta». El extraño replicó: «Sí, ya lo sé, es que aún no estoy del todo preparado». Esto es contemplación, saber dónde se quiere ir pero no encontrarse todavía preparado. Puesto que estos clientes reconocen que necesitan cambiar, pero muestran una tendencia a vacilar y estar indecisos (son reconocidos por usar dos palabras, «Sí, pero»), los autores de la TBCS sugieren la creación de un ambiente de apoyo en el cual puedan considerar el cambio sin sentirse presionados a tomar una acción. En algunos casos el terapeuta podría, incluso, desalentar al cliente para que tome acciones y estimular el pensamiento o la observación. Por ejemplo, a través de una tarea de observación, o la prescripción estratégica de «vaya lento», o pensar en los «peligros de una mejoría».

3. *Fase de preparación*: los individuos en esta etapa intentarán pasar a la acción o lo intentaron sin éxito en el pasado reciente. Aunque han hecho mejoras en sus problemas de comportamiento, no han alcanzado aún el criterio para una acción efectiva, como la abstinencia de fumar o comenzar a formar nuevas redes sociales. El terapeuta necesita ayudar al cliente a seleccionar las metas del tratamiento, explorar sus potencialidades y las vías posibles para alcanzar esas metas. Aquí el terapeuta puede asumir un papel más activo en la búsqueda de posibilidades, presentar opciones de tratamiento o estrategias de cambio y desafiar constructivamente las habilidades para resolver problemas. Esos autores consideran de importancia que sea el mismo cliente quien elija y diseñe su propia estrategia para el cambio.
4. *Fase de acción*: es la etapa en la que cada individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas. Acción implica cambios de comportamiento más visibles y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía. Las modificaciones del comportamiento hechas en esta etapa tienden a ser más visibles y reciben el máximo reconocimiento externo. Algunos profesionales a menudo igualan erróneamente acción con cambio; como consecuencia, pasan por alto el trabajo que prepara al cambio para la acción y los importantes esfuerzos necesarios para mantener los cambios que siguen a la acción. Puesto que en esta fase el cliente está ocupado llevando a cabo las estrategias de tratamiento diseñadas, el terapeuta puede asumir un rol menos activo, ofreciendo apoyo y ayudando a que el cliente monitoree, modifique o afine el plan de acción.

5. *Fase de mantención*: es la etapa en la cual las personas trabajan para prevenir una recaída y consolidar los resultados obtenidos durante la acción. Tradicionalmente esta etapa se veía como una fase estática. De todas formas, mantención es una continuación, no una ausencia de cambio. El criterio para considerar que alguien se encuentra en esta etapa es ser capaz de mantenerse alejado del comportamiento anterior y ser capaz de comprometerse consistentemente en su nuevo comportamiento durante más de seis meses. Ejemplos representativos de esta etapa son: «Ahora puedo necesitar un empujón para que me ayuden a mantener los cambios que ya he hecho» y «estoy aquí para prevenir la recaída». Se sugiere que el terapeuta se acomode al cliente, ayudándolo a anticipar los desafíos que podrían provocar una regresión o una recaída. Podría ayudársele a diseñar planes para las inevitables recaídas que acompañan a todo cambio.

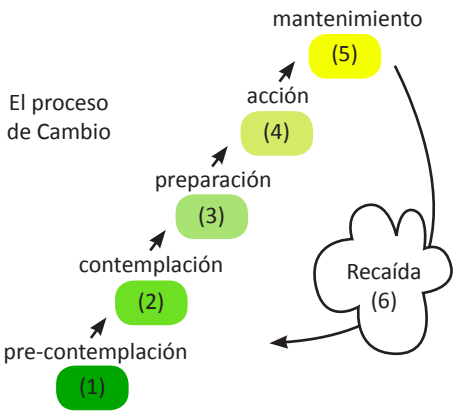


Figura 2: Fases de la motivación por el cambio

Con una propuesta similar a la de Prochaska, de Shazer señala que existirían tres tipos de relación cliente-terapeuta:

1. *Relación de tipo «comprador»*: ocurre cuando el cliente y el terapeuta son capaces de identificar una queja o un objetivo para el tratamiento. Además, el cliente indica que se ve como una parte de la solución y que está dispuesto a hacer algo respecto al problema. Y el terapeuta acepta trabajar junto al cliente sobre el objetivo o la queja que han identificado y cree que es capaz de dirigir al cliente hacia la solución o el logro del objetivo. Desde el punto de vista de las fases del cambio descritas por Prochaska, la relación de tipo «comprador» es equivalente a la fase de *preparación* y la de *acción* para el cambio. Es decir, el cliente está preparado para el cambio y el terapeuta es un facilitador que lo ayuda a alcanzar las metas propuestas. Según Miller, un pequeño porcentaje de clientes establece este tipo de relación cliente-terapeuta desde el inicio de la terapia (un 15%).

2. *Relación de tipo «demandante»*: es aquella en la cual terapeuta y cliente pueden identificar juntos un objetivo o una queja para el tratamiento, pero no han podido establecer los pasos concretos que el cliente necesita dar para producir una solución. El cliente no llega a verse como parte de la solución y suele creer que la única solución es que otra persona cambie. Este tipo de relación cliente-terapeuta es similar a la fase de *contemplación* descrita por Prochaska; y, según Miller, es la relación más común en terapia (65% de los casos). Se sugiere proceder en forma estratégica para ayudar a convertir este tipo de relación en una relación de «compra».
3. *Relación de tipo «visitante»*: se entabla cuando, al final de una sesión, terapeuta y cliente no han identificado juntos una queja o un objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. Es frecuente que el cliente indique que no hay un problema que requiera tratamiento, o que el problema pertenece a otra persona, por lo cual el cliente no ve razón alguna para cambiar ni, obviamente, para estar en terapia. Este tipo de relación es equivalente a la fase de *precontemplación* del cambio. Miller indica que es muy frecuente en los contextos de terapia obligada (un 20%), ya sea que el cliente haya asistido a la consulta presionado por la familia, el empleador o el sistema judicial.

Según la definición de estos tipos de relación cliente-terapeuta, puede observarse que se los está proponiendo como un proceso dinámico, en donde, según los avances o dificultades que se encuentren en el tratamiento, pueden presentarse con el mismo cliente más de uno de esos tipos de relación. En términos generales, el abordaje de estos tres tipos de relación cliente-terapeuta debe ser diferente, y se propone que se lo haga estratégicamente.

Desde el punto de vista de los factores comunes de eficacia terapéutica, cuando el terapeuta toma en consideración el tipo de relación cliente-terapeuta para la formulación del tratamiento está aportando al fortalecimiento de la *alianza terapéutica*, segundo factor en importancia (30%) después de los factores extraterapéuticos (40%) para la eficacia de la terapia.

Supuestos fundamentales

Pacheco (2003) ha resumido ciertos principios y supuestos básicos que siguen quienes adscriben a este enfoque (ver Figura 3):

1. Es un *enfoque no patologizante*, que coloca el énfasis en la salud mental de los consultantes. La atención está situada en los éxitos para el manejo de sus problemas. Se ponen en relieve sus recursos y no sus carencias e incapacidades. En lugar de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, se busca lo que está bien y se intenta descubrir cómo usarlo.

2. La *utilización terapéutica* es un principio derivado del trabajo de Milton Erickson y que Zeig (1992) ha definido como «la disponibilidad del terapeuta a responder estratégicamente a todos y a cada uno de los aspectos del paciente o el entorno». Es decir, se utilizan los recursos, habilidades, conocimiento, creencias, motivación, comportamiento, síntomas, red social, circunstancias e idiosincrasias personales de los consultantes para conducirlos a los resultados que desean lograr. Este principio implica, por un lado, que todo proceso terapéutico debe ser individualizado y, por otro, que el terapeuta debe aceptar el marco de referencia del cliente y trabajar desde aquel. Desde el punto de vista de los factores comunes de eficacia terapéutica, la utilización terapéutica promueve el uso y la amplificación de dos factores de eficacia: los factores extraterapéuticos, o factores del cliente, y la alianza terapéutica.
3. *Visión ateórica, no normativa*, determinada por el cliente. A este enfoque no le interesa la «verdadera naturaleza» del problema presentado por los clientes. Cuando el terapeuta aborda un caso clínico, renuncia al rol del experto que realiza un diagnóstico y propone un tratamiento estandarizado al cliente. Más bien el terapeuta asume una posición de «no saber» (*one down*), desarrollando una conversación para indagar la forma singular en la cual el consultante conceptualiza el problema que lo llevó a consultar. Por lo tanto, «la realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico» (Selekman, 1996). En otras palabras, no se gasta tiempo tratando de convencer a los pacientes a aceptar determinada orientación teórica para que se los ayude.
4. *Parsimonia*: este enfoque propicia los métodos simples y directos para llegar a un fin, buscando la economía en los medios terapéuticos utilizados para obtener los fines deseados. La terapia actúa en función de las estrategias y los supuestos más directos y solo agrega complejidad si es necesario.
5. *El cambio es inevitable*: el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar. Muchas veces la terapia consiste simplemente en identificar los cambios que se están produciendo naturalmente y en utilizarlos para llegar a una solución. Esto implica, por ejemplo, que en la primera entrevista el terapeuta indagará acerca de los cambios que haya experimentado el cliente antes de asistir a la terapia, y, si los hubiera, el tratamiento consistirá, entonces, en la amplificación de esos cambios, lo que permite la utilización clínica de los factores extraterapéuticos o factores del cliente. Este proceder ha llevado al siguiente principio propio de este enfoque: no es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo, sino que conocer y capitalizar sobre lo que el cliente ya está haciendo bien.

6. *Una terapia orientada hacia el presente y el futuro*: en este modelo, a diferencia de otras orientaciones, se da un mayor énfasis a lo que el paciente hace en el presente y hará en el futuro que sobre una mera comprensión de por qué acaeció cierto hecho remoto. En este enfoque se usan ciertas preguntas o técnicas que ayudan al cliente a imaginarse un futuro sin el problema (técnica de «la bola de cristal» y la «pregunta milagro»), promoviendo una descripción vívida y detallada que sirve para hacer totalmente real ese tiempo futuro de cambio y salud. Después se les pide a los consultantes que describan lo que pasa cuando se muestran partes aún pequeñas de ese futuro, lo que sirve para que esa descripción sea relevante en el presente. Esta estrategia posibilita el fomento de la *esperanza* en el cliente, otro de los factores comunes de eficacia terapéutica.
7. *Cooperación (colaboración) cliente-terapeuta*: en este enfoque se practica una actitud general de cooperación, en donde el terapeuta es quien da los primeros pasos para acomodarse al cliente: ver el problema desde el punto de vista del cliente, hablar su lenguaje, trabajar dentro de su marco de referencia personal, negociar un objetivo de tratamiento de consenso mutuo, utilizar de los recursos existentes para la resolución del problema. Este modo de actuar del terapeuta tiene su fundamento en el principio de la utilización terapéutica desarrollada por Erickson, quien descubrió, en sus experimentos de hipnosis, que si se quería influenciar la experiencia del cliente era el terapeuta quien primero debía adaptarse a él. Steve de Shazer denominó «cooperancia» a la disposición a cooperar particular del sistema-cliente en la terapia. Propone reemplazar con este concepto el concepto tradicional de «resistencia» al cambio, y sugiere que la «cooperancia» del cliente sea abordada de un modo estratégico. Más adelante volveremos sobre este punto al analizar el tipo de relación cliente-terapeuta.

SUPUESTOS SEGÚN PACHECO (2003):
• no patologizante, • utilización terapéutica, • visión ateórica y no normativa, • parsimonia, • cambio inevitable, • orientada al presente y al futuro y • cooperacién cliente-terapeuta.

Figura 3: Supuestos de la TBCS según Pacheco

A su vez, Selekman (1996) identifica diez supuestos fundamentales de la TBCS:

1. La resistencia no es un concepto útil: un desarrollo interesante de la TBCS es su declaración de la muerte de la resistencia, asumiendo

que los clientes realmente quieren cambiar. Es cierto que los clientes no siguen siempre las sugerencias del terapeuta, pero esto no puede considerarse resistencia. Cuando esto sucede, los clientes están simplemente enseñando a los terapeutas cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Se asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación. Hablar de excepciones constituye una alternativa mucho más útil.

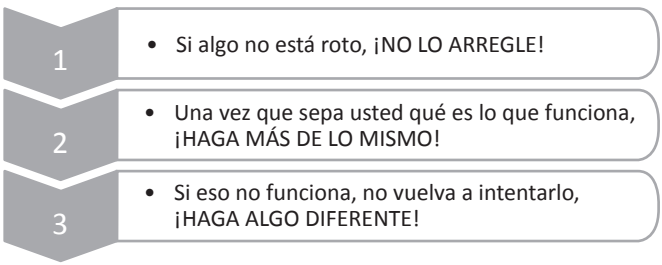
2. La cooperación es inevitable: cualquier cosa que el cliente traiga a terapia se puede utilizar como elemento de cooperación. Las conductas negativas pueden ser connotadas o reformuladas como intentos de solución, sobre todo las excepciones.
3. El cambio es inevitable: como dicen los budistas, «el cambio es un proceso continuo, y la estabilidad una ilusión». Todo cambio llegará de manera inevitable como una excepción.
4. Solo se necesita un pequeño cambio: las partes de un sistema familiar, o un conjunto de problemas individuales, están interconectadas, de modo que un pequeño cambio en un elemento clave del sistema produce efectos en otras partes de él.
5. Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar: las terapias que enfatizan las fuerzas y recursos de las familias y pacientes para resolver sus problemas dan resultados más positivos que otras terapias.
6. Los problemas son intentos fallidos de resolver conflictos: los problemas derivan de un tipo de solución, o su combinación, que implica:
   a. Se necesita actuar pero no se actúa (negación del problema).
   b. Se actúa cuando no se debe (las cosas deben ser perfectas y todo cambio gradual es despreciable).
   c. Se actúa a un nivel lógico equivocado (se establece una paradoja del estilo: ¡Sé espontáneo!).
7. No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo: los problemas no se presentan todo el tiempo, hay excepciones temporales y circunstanciales. El terapeuta adopta el papel de Sherlock Holmes en la búsqueda y desarrollo de estas excepciones.
8. Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento: es importante que el terapeuta induzca a los pacientes a describir cómo serán las cosas cuando resuelvan el problema actual, describiéndolas como si se vieran en una cinta de video.
9. La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la construcción del sistema terapéutico: nuestras teorías determinan lo que podemos observar. La visión del «ojo de Dios» objetivo es un mito. Las construcciones que no son ni demasiado parecidas ni demasiado insólitas para el paciente-familia son las que más posibilidades terapéuticas presentan.

10. Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más «correcta» que otra: no hay una explicación última de la realidad. Como terapeutas es importante no aferrarse demasiado a los propios modelos terapéuticos. Cuando la propia TBCS no parece adecuada, ¡entonces podemos cambiar de enfoque! Esta terapia no es una panacea.

SUPUESTOS SEGÚN SELEKMAN (1996)
• La resistencia no es un concepto útil. • La cooperación es inevitable. • El cambio es inevitable. • Solo se necesita un pequeño cambio. • Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar. • Los problemas son intentos fallidos de resolver conflictos. • No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo. • Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento. • La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la construcción del sistema terapéutico. • Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más «correcta» que otra.

Figura 4: Supuestos de la TBCS según Selekman

Finalmente, la filosofía central de este enfoque terapéutico puede resumirse en las siguientes tres reglas:



Según Beyebach (1999), otro modo de definir la TBCS es señalando lo que NO se hace:

1. No investiga la historia del problema ni intenta hacer un diagnóstico («neurosis obsesiva», «bulimia», «conflicto marital», «ambigüedad en los roles parentales», etc.). Es más, ni siquiera le interesa hablar del problema. A veces, incluso, ni siquiera llega a *saber* cuál es / era el problema.
2. No asume la posición de un experto, por lo que no trata de educar a la familia o a la persona que tiene delante. No trata de corregir supuestos «defectos» ni de proponer normas de comportamiento.
3. No trabaja solo con clientes individuales («terapia individual»), pero tampoco insiste en tener a toda la familia en la sesión («terapia

familiar»). Convoca a todos aquellos que pueden ayudar a generar soluciones, incluyendo a miembros de la red social y profesional: maestros, vecinos, educadores especiales, médicos, etc.

Técnicas de la TBCS

Como proceso psicoterapéutico, la TBCS sigue una línea diferente, aunque complementaria, a la que se mantiene en otros modelos sistémicos. Mientras que en una terapia como la estratégica del MRI se trata, metafóricamente, de reducir el «espacio» que ocupa el problema, con lo que se crean nuevas alternativas y opciones, la TBCS intenta aumentar los aspectos no problemáticos, con lo que se reduce también el tamaño del problema. Así, la TBCS trabaja en primer término con las soluciones, ayudando a los clientes a identificar lo que quieren conseguir para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que, de hecho, lo consiguen (trabajo con excepciones), y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos. Sin embargo, si esta línea de trabajo no genera avances suficientes, el terapeuta puede abordar la situación desde el planteamiento complementario, intentando reducir la conducta problema y retomando la línea de las soluciones cuando aparecen los cambios.

De esta forma, la terapia se convierte en un conjunto de conversaciones en las que se habla de lo que ha ido bien, de lo que está yendo bien o de lo que puede llegar a mejorar. Este proceso se inicia en el primer contacto con la familia. Por tanto, la primera sesión solo se diferencia de las demás por el mayor énfasis en crear una buena relación terapéutica y definir un proyecto conjunto de trabajo, y porque, habitualmente, el terapeuta hace más hincapié en la negociación de objetivos.

Descrita de este modo, la terapia puede parecer tremendamente sencilla. Sin embargo, su sencillez es solo aparente. Eve Lipchik (2004) señala que, debido a nuestra formación como profesionales entrenados para detectar patologías, así como las propias expectativas culturales acerca de la terapia («hay que ventilar los sentimientos negativos», «conocer el porqué de los problemas para poder resolverlos»), estamos frente a una constante invitación a sucumbir a la *fascinación del problema*. Por lo tanto, puede no resultar tan sencillo encauzar una conversación sobre las mejorías y los avances, o encontrar los lados fuertes de una familia en una situación aparentemente desastrosa. Sin embargo, a continuación se detallarán aquellas prácticas que facilitan una conversación terapéutica centrada en las soluciones.

Proyección al futuro

Las técnicas de proyección al futuro son características de la TBCS y consisten en invitar a los consultantes a que se imaginen un futuro en el que el problema por el que consultan está ya resuelto y lo describan con detalle.

Permiten negociar los objetivos finales de la intervención, generando una perspectiva de futuro desde la que resultará más fácil identificar los avances y las mejorías que ya se han producido. También permiten que el cliente, al describir un futuro sin el problema, pueda crear un contexto más positivo desde el cual abordar la situación presente, lo que supone una redefinición de su marco de referencia.

Dentro de estas técnicas se encuentran la «bola de cristal» y la «pregunta del milagro».

La técnica de la bola de cristal es la denominación que de Shazer hizo de la «pseudoorientación en el tiempo» de Erickson. Este último, usando la hipnosis, ayudaba a las personas a crear una sensación de distorsión temporal, de forma que podían ir con facilidad adelante y atrás en el tiempo. Una vez que dominaban la distorsión temporal, les dirigía hacia un tiempo en el futuro, cuando su problema estuviera resuelto, y les pedía que imaginaran un encuentro con él en ese futuro imaginario, en el que le contaran cómo habían resuelto sus dificultades. Una vez que le habían descrito la escena, les hacía olvidar esta experiencia por medio de la amnesia y los mandaba a casa. Tras cierto tiempo, por lo general informaban haber resuelto sus quejas. Posteriormente, de Shazer reelaboró esta técnica proponiendo la «pregunta del milagro».

La pregunta del milagro se formula, por lo general, de la siguiente manera:

> «Suponga que esta noche, mientras está durmiendo, sucede una especie de milagro y el problema, tal como se ha presentado, se resuelve, no como en la vida real, poco a poco y con esfuerzo, sino de repente, de forma milagrosa. Como está durmiendo no se da cuenta de que este milagro se ha producido. ¿Qué cosas va a notar diferentes mañana, que le permitan darse cuenta de que este milagro se produjo?».

Cabe señalar que la pregunta final es «qué vas a notar diferente» o «cómo te darás cuenta» y no «cómo te sentirías» o «qué pasaría», pues estas últimas obtienen respuestas muy obvias y de escasa utilidad terapéutica.

La forma propuesta para trabajar las respuestas de los consultantes es intentar conseguir indicadores mínimos y concretos de cambio que puedan transformarse en objetivos terapéuticos bien formados, además de traducir las descripciones recibidas en un plan concreto de acción:

> «Si quisieras empezar a hacer algo de todo esto mañana mismo, ¿qué podría ser?»,
>
> o
>
> «De todas las cosas que ha mencionado, ¿cuáles son las más sencillas de poner en práctica?».

Es frecuente que el consultante no responda a esta pregunta tal como lo desea el terapeuta, sino en forma de queja («es que mi marido está todo el día gritando…»), en negativo («dejaría de obsesionarme tanto con ella»), de forma vaga («me sentiría mejor») o excluyendo el contexto relacional («mi madre me escucharía con más atención»). Frente a esto, proponemos lo siguiente (basado en Beyebach, 1999):

SI EL CLIENTE DICE…	EL TERAPEUTA PREGUNTA…
…en términos de queja: «Mi madre seguiría tratándome mal».	¿Cómo va a cambiar esto?
…en negativo: «Estaría menos nervioso», «No sería tan pesimista».	¿Qué es lo que hará en vez de…?
…en forma vaga: «Me sentiría mejor de ánimo».	¿En qué va a notar qué…? ¿Cuál sería la primera cosa que…?
…en términos de cambio en otras personas: «Mi esposo estaría más cariñoso».	¿Cómo va a reaccionar usted cuando él…? ¿Cómo va a responder él cuando usted…?
Si se agota un tema: «Creo que eso sería todo si ocurriera un milagro».	¿Qué otra cosa cree usted que va a cambiar?

Excepciones

El equipo de Milwaukee denominó «*excepciones*» a las acciones y circunstancias en las que la presencia de la queja se atenúa o, sencillamente, no ocurre. Es tarea del terapeuta retener el tema de conversación de la entrevista clínica en las excepciones.

Investigar las «excepciones» consiste, por tanto, en interesarse por los comportamientos que el cliente y/o sus familiares hacen o ya hicieron en alguna ocasión y que logran o lograron resolver el problema -o, al menos, encaminar la situación hacia un abordaje más eficaz- y las situaciones en las que este disminuye o desaparece.

Ejemplos de excepción serían: si la queja es que la pareja no tiene relaciones sexuales, será una excepción la ocasión en que sí las tengan; si la queja es que el padre se siente deprimido y no se levanta de la cama, los días en que sea capaz de levantarse y preparar su desayuno constituirán una excepción.

En un sentido más amplio, diríamos que las excepciones son aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas (de Shazer, 1991).

Dentro de las excepciones encontramos distintos tipos:

- Aquellas que ya se producían antes de iniciar la terapia («excepciones» propiamente tal).

- Aquellas que se producen entre el momento de concertar la entrevista y el momento en que la entrevista concertada tiene lugar («cambio pretratamiento»).
- Aquellas que aparecen una vez iniciado este (que podemos calificar también como «avances» o «cambios terapéuticos»).

Al respecto, la TBCS puede entenderse como un método para generar excepciones, marcarlas como tales y ampliarlas hasta que desaparezca el problema.

La conversación sobre excepciones tiene lugar en cualquier momento de la terapia, siempre que sea posible identificar algo que los clientes estén haciendo que sea bueno para ellos, que suponga conseguir sus objetivos, que implique que el problema no se presenta, etc.

Algunos ejemplos de modos de preguntar:

- ¿Ha pasado por algo semejante otras veces? ¿Cómo fuiste capaz de resolverlo entonces?
- ¿Hay días en que te sientas mejor? ¿Qué sucede en esos días?
  - ¿Qué haces?
  - ¿Con qué coincide?
  - ¿Qué es diferente?
  - ¿Cómo lo notan los demás?
- ¿Qué tiene que pasar para que esto suceda más a menudo?

Beyebach (1999) distingue cinco pasos en el trabajo con excepciones (ver Figura 5):

a. Elicitar: consiste simplemente en suscitar el tema de las excepciones. A menudo no hace falta que sea el terapeuta quien dé este paso, ya que los propios clientes informan espontáneamente de las cosas que han ido bien o que han mejorado.
b. «Marcar» la excepción: se trata básicamente de que la excepción no pase desapercibida, que cobre importancia a los ojos de los clientes y que suponga una «diferencia que marque una diferencia». La forma de «marcar» una excepción depende mucho del estilo de cada terapeuta, de la postura de los clientes y de la relación terapéutica que se haya establecido. Trabajando con niños el terapeuta puede manifestar una sorpresa infinita ante un pequeño avance, o caerse literalmente de la silla si la ocasión es digna de semejante alarde. A veces, en cambio, lo indicado es lo contrario: «no creerse» la excepción, como forma de provocar al chico o a la chica para que dé más detalles. Con adultos preferimos un estilo más neutro, en el que tendemos a mostrar nuestra curiosidad e interés por la excepción que nos comentan.
c. Ampliar: una vez que hemos identificado una excepción y la hemos señalado como tal, interesa hacerla más amplia. La idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y que

den todo lujo de detalles. Al igual que sucedía con la pregunta del milagro, trataremos de construir una «película» lo más completa posible de los hechos.

d. Atribuir control: se trata de que, una vez ampliada una excepción, se atribuya el control sobre ella a los clientes. Intentamos en definitiva construir la excepción como algo *deliberado* e identificar qué cosas hicieron los esposos que permitieron que la excepción tuviera lugar: «¿Cómo consiguió volver a comer tres veces al día, y sin vomitar después?», «¿Qué pasó para que decidieran volver a hablarse?», «¿Cómo se las arregló para resistir la tentación de volver a jugar en la tragamonedas?». Este proceso de reatribución interna de los recursos fortalece la posición de los consultantes y además permite que aumente la frecuencia de las excepciones en la medida en que sean capaces de encontrar una «receta» eficaz para ello. Esto exige, a veces, asegurarse de que una conducta dada contribuye realmente a que suceda la excepción, o analizar el valor relativo de diversas conductas: «De todas estas cosas que me han explicado, ¿cuál dirían Uds. que ha sido la más decisiva para sustituir la violencia por el diálogo? ¿Y la segunda más importante?», «El que Uds. volvieran a hacer..., ¿garantizaría que se repitiera...?».
e. Seguir: el último paso consiste simplemente en preguntar qué otras excepciones han habido, qué otras cosas han ido bien, en qué otras ocasiones se ha producido el milagro, etc. Una vez elicitada la siguiente excepción, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control, etc.

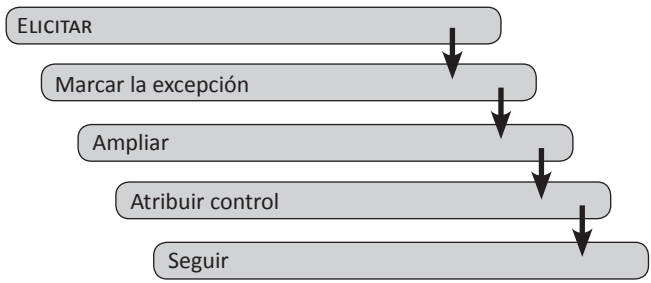


Figura 5: Trabajo con excepciones

Cambios pretratamiento

Una forma particular de investigar excepciones es la pregunta del «cambio pretratamiento». La ventaja de indagar por estos cambios es que cuando los clientes informan de un cambio pretratamiento, las soluciones empiezan a construirse a partir de aquel. El trabajo del terapeuta consiste en ayudar a que el cambio continúe.

El término «cambio pretratamiento» se refiere a los momentos en los que, en las últimas semanas previas a la consulta, el cliente ha manejado mejor la situación, de tal manera que la queja no ha estado presente, ha sido menor o se ha resuelto. Son una forma particular de excepciones que facilitan una construcción de la realidad en la que el cambio ya se está produciendo en la dirección deseada, incluso antes de acudir a consulta.

Para entender por qué esto ocurre, hay que considerar que muchos consultantes se encuentran agobiados, saturados por el problema, pero cuando por fin piden ayuda y esta se les otorga (se les asigna una hora de atención), entonces se produce un alivio natural que altera la pauta de girar en torno al problema. Por ejemplo: una pareja que pide hora porque discute constantemente. Es muy posible que una vez conseguida la hora, dejen de discutir. En esas circunstancias el terapeuta debe indagar en qué hicieron entonces en vez de discutir. Es probable que hayan realizado otras actividades que eventualmente pueden parecerse a lo que ellos quieren lograr a través de la terapia: conversar de otros temas, hacer actividades juntos, no darle la vuelta una y otra vez a los problemas, etc. Incluso si ellos solo reportan un alivio, pero son incapaces de detectar qué hicieron en forma distinta gracias a ese alivio, el terapeuta puede resaltar que ese alivio representa que no todo el tiempo nos sentimos agobiados, que hay momentos en que nos sentimos mejor, dando pie a preguntar por las excepciones. Un ejemplo de su formulación al consultante sería el siguiente:

> «Verán, hemos observado con mucha frecuencia que entre el momento en que una persona o una familia contacta con nosotros para pedir una cita y el momento en que celebramos la primera entrevista ya se producen mejorías. Uds., ¿qué mejorías han notado desde que llamaron para pedir esta consulta?».

Los cambios pretratamiento definidos por los clientes se consideran y se tratan como excepciones, pero utilizando la referencia del tiempo más cercano, por ejemplo, lo que hicieron, pensaron y sintieron en la última semana.

Preguntas de escala

En la necesidad de que terapeuta y consultante se pongan de acuerdo en el lenguaje, surgen las preguntas de escala, en el entendido de que hablar en términos numéricos nos remite a significado comunes para todos. Es una técnica característica de la TBCS que consiste en proponer al consultante que se ubique él, su problema o su avance en una escala numerada. Por ejemplo:

«En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que el problema que le ha traído aquí está resuelto, dígame, ¿dónde pondría esta última semana, de 1 a 10?».

Algunas de sus utilidades son las siguientes:

- Permiten identificar los avances de los consultantes: «¿Así que estás en un 5? ¿Qué cosas han mejorado respecto de cuando estaban en un 3?», o «En los últimos 3 meses, ¿qué es lo más alto que has llegado a estar?».
- Permiten trabajar objetivos finales: «¿Cuáles serían para ti las señales de que ya estás en un 10?», «¿Qué hace falta para llegar a un 10?», o «¿Con cuánto te sentirías satisfecho?».
- Permiten descomponer los objetivos finales en pasos más pequeños: «¿Cuál sería la primera señal de que has subido de un 3 a un 4?».
- Proporcionan al terapeuta obtener información acerca del ajuste de la terapia, como herramienta evaluativa para comprobar si los consultantes perciben mejoría o si las sesiones están siendo de utilidad.

Tras la respuesta del consultante a una pregunta de escala, el terapeuta podría, por ejemplo:

a. Centrarse en averiguar qué fue diferente en ese «día 6» (en comparación con los «días 2-3»), y qué es lo que el cliente hizo distinto. ¿Cómo consiguió el cliente pasar de 2-3 a 6?
b. Pedirle al cliente que le explique cómo ha conseguido subir del 1 a ese 2-3 que es la puntuación más baja desde el verano.
c. Preguntar en qué consiste mantener un «nivel 4».
d. Averiguar qué puntuación indicaría un nivel satisfactorio. ¿Sería un 6 suficiente como término medio? ¿Un 7? ¿Un 8?
e. ¿Cómo notaría el cliente que tiene un «día 10»? Suponiendo que se levanta un día por la mañana, y esa noche ha sucedido una especie de milagro, de modo que está en un 10, ¿cuál sería la primera cosa que le haría sentir que está en un 10? (proyección al futuro).
f. Explorar en qué consistiría avanzar un paso más: describir un «día 7», por ejemplo. ¿Cómo sabrá el cliente que está en un «día 7»? ¿Qué cosas va a hacer distintas? ¿Qué ideas tiene de cómo conseguir subir hasta un 7? ¿Qué tendría que pasar para mantenerse en un nivel 7?

Todo este trabajo no está dirigido a «evaluar» o a obtener información *para el terapeuta*, sino a generar información de utilidad *para el cliente*, ya que permite establecer objetivos y metas, identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos.

Coconstrucción de objetivos terapéuticos

A partir de las técnicas mencionadas hasta el momento, es posible generar una conversación positiva orientada a establecer objetivos que sean apropiados para su abordaje terapéutico.

Téngase presente para su diseño las siguientes ideas (Pacheco, 2005):

- La meta refleja un giro en 180° respecto al problema planteado.
- Las metas deben establecerse conductualmente, ser observables y funcionar como criterios de cambio.
- Se pide un mínimo cambio, alcanzable pero relevante para el cliente.
- Se deciden de acuerdo a las definiciones y actividades del consultante.

Respecto a la coconstrucción de los objetivos, se puede plantear que:

- Los objetivos los deciden los clientes.
- El terapeuta ayuda a que resulten más fáciles de conseguir.
- El terapeuta redefine los objetivos
  o cuando son ilegales,
  o cuando son imposibles de conseguir,
  o cuando son vagos, o
  o cuando no dependen en absoluto de los clientes.

En general, los objetivos bien formulados deben ser:

- Relevantes para los clientes.
- Pequeños.
- Descritos en términos conductuales y concretos.
- Descritos como «empezar algo» más que «terminar algo / dejar algo».
- Descritos como «presencia de algo» en vez de «ausencia de algo».
- Descritos en su contexto interaccional.
- Alcanzables.

Algunas preguntas que pueden ayudar:

- ¿Qué quieres conseguir?
- Y cuando ya esté resuelto el problema…
  o ¿En qué notarás que ya estás bien? (que ya se ha resuelto).
  o ¿Qué cosas harás en forma distinta a como las haces ahora?
- Si yo te viera a través de una cinta de video (o de un vidrio o una cámara), ¿cómo yo me daría cuenta que ya estás bien?
- ¿En qué notarán los demás que ya estás bien? (o que ya se ha resuelto).
- Si tú no le dijeras a nadie que ya estás bien, ¿quién será la primera persona que se dará cuenta que ha ocurrido el cambio? ¿Y luego?
- ¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino?

Uso del elogio

Steve de Shazer introdujo de manera sistemática el elogio en la estructura de la entrevista clínica. Los autores de la TBCS hacen uso frecuente del elogio terapéutico a fin de resaltar aquellos aspectos positivos del consultante, aquellos cambios que son deseables de mantener o aquellos recursos personales fundamentales a la hora de enfrentar y vencer al problema que traen a terapia. El uso del elogio se fundamenta en los siguientes aspectos propios de él (González, Sobrino y Rodriguez-Arias, 2006):

- Unir un elogio a la prescripción aumenta la probabilidad de cumplimiento.
- Elogiar lo positivo, lo que ha funcionado o lo que el consultante ha hecho bien aumenta la probabilidad de que lo siga haciendo. Sin embargo, resaltar lo negativo, lo que no ha funcionado o lo que no ha hecho, disminuye la probabilidad de que haga lo que funciona o su adherencia a la terapia.
- Elogiar crea un clima acogedor. Cada tratamiento se elabora como un «traje a medida» y cada consulta en una «prueba» para ajustarlo.
- Refuerza la relación terapéutica basada en la confianza y reconocimiento recíprocos.
- Promueve cambio de posición: de paciente de la enfermedad a agente de su propia salud.
- Hace sentir al consultante que es capaz, lo que estimula y motiva a perseverar.

Es importante destacar que el elogio debe vincularse de manera natural, no forzada, con el discurso del consultante, de modo que el cliente lo acepte como válido y no como una forma burda de subirle el ánimo. Para ello ayuda ser concreto, ejemplificar en base al mismo relato narrado por el cliente y no ser demasiado efusivo, a menos que el clima de la sesión sea el apropiado para ello. No solo importa que el cliente perciba la autenticidad, además el terapeuta debe ser sinceramente auténtico, creer en lo que dice. Así, señalarle: «Me sorprende cómo fue Ud. capaz de enfrentar esa situación» parece ser mejor que decir: «Lo quiero felicitar pues Ud. tiene muchos recursos que lo van a ayudar a solucionar este problema». Elogiar después de conversar acerca de «¿cómo Ud. fue capaz de realizar esa acción?», «¿cómo se le ocurrió hacer algo así?», «¿qué podría decir eso acerca de Ud.?», hace que el elogio aparezca dentro de un diálogo fluido de una forma creíble, facilitando la aceptación por parte del cliente.

A continuación, algunas directrices para el uso del elogio (González *et al.*, 2006):

QUÉ: tipos:

- Elogio de capacidades, recursos y cualidades del consultante o de sus familiares.

- Elogio individual o conjunto.
- Elogios normalizadores.
- Elogio de cambios recientes o de logros en el pasado.
- Presuposiciones de cambio en el futuro.

PARA QUÉ: funciones del elogio:
- Introduce la prescripción, aumenta la probabilidad de su aceptación.
- Favorece la empatía y el ajuste en la relación terapéutica.
- Potencia el uso de capacidades y recursos.
- Introduce la perspectiva sana de una situación.
- Refuerzo positivo para mantener y ampliar cambios.
  - Aumenta las expectativas y la motivación.

CÓMO:
- Directa o indirectamente.
- De manera formal o informal.
- Lenguaje verbal o no verbal.

CUÁNDO:
- Durante la entrevista.
- Antes de la prescripción.

CUÁNTO: breve y ajustado.
A QUIÉNES: a todos los que acuden, consultante, familiar o cuidador.

La pausa

En TBCS se recomienda que la entrevista se divida en dos partes: la primera destinada a la recogida e intercambio de información y la segunda destinada a la intervención. Ambas deben estar separadas por una breve pausa, en la que se invita al consultante a salir de la consulta, lo que ayuda a que el cliente esté más receptivo después a las prescripciones. Tras ella el terapeuta realiza la intervención que se inicia con un elogio, al que sigue una prescripción. Si se quiere que los consultantes cumplan las prescripciones que se les proponen, el terapeuta tendrá primero que demostrarles que los acepta y valida como personas.

En el lapsus de tiempo que corresponde a la pausa, el terapeuta debe estructurar el mensaje que va a dar al consultante al finalizar la sesión. Este mensaje recogerá la esencia de la sesión, centrándose en los aspectos positivos, los puntos fuertes y virtudes (posiblemente no reconocidas) del cliente (por ejemplo, un silencio se puede reconstruir como un elogio al «ser un gran pensador»).

Una vez escogidos los elogios y diseñada la tarea o tareas, el terapeuta vuelve a reunirse con la familia para transmitir el mensaje final, procurando que sea breve y sin dar pie a un nuevo diálogo. Al igual que sucede con el resto de la entrevista, la terapeuta dedica una atención especial a utilizar el

lenguaje de la familia: sus expresiones, sus giros, etc. Si se va a concertar una nueva entrevista, se hace en ese momento, antes de despedirse. Aunque a veces el equipo propone un determinado plazo hasta la próxima sesión («Si te parece, nos podríamos volver a ver dentro de tres semanas»), es frecuente también que se deje al consultante la decisión de cuándo volver («¿Cuándo te parece que tengamos otra entrevista? ¿Dos semanas, tres, cuatro?»).

Las prescripciones o tareas

Tras la pausa, se le propone al consultante realizar una tarea entre las sesiones. Al momento de diseñar una prescripción se sugiere seguir los siguientes criterios:

a. *Pedir algo que sea coherente con lo hablado durante la entrevista*. Si la mayor parte de la sesión ha girado en torno al «milagro», parece adecuado que la tarea tenga relación con ello («Me gustaría sugerirle que, de aquí a la próxima sesión, actuara, dos veces por semana y en secreto, como si este milagro ya se hubiera producido y quiero que se fijen en el efecto tiene esto»). Si lo que más ha llamado la atención de los clientes es el cambio pretratamiento, será en principio adecuado hacer alguna sugerencia al respecto.
b. *Sugerir solo aquello que consideremos que los clientes están dispuestos a (y pueden) hacer*. La idea es muy simple: no sirve de nada crear una tarea brillante si está fuera del alcance de los clientes o si estos no están dispuestos a hacerla. Es más, cuando consideramos que un cliente se nos presenta en un momento dado como un «visitante» o «precontemplativo», es decir, como alguien que no «compra» terapia ya que no considera que exista un problema, es preferible no dar tarea. En las demás situaciones, graduamos la dificultad de tal modo que, por ejemplo, a quienes veamos muy dispuestos a poner de su parte para resolver el problema (relación tipo «compradores») les pedimos tareas que implican *hacer* cosas («da una sorpresa a tu padre cada vez que...», «te sugerimos que todos los días, durante al menos media hora, hagas...»). Finalmente, a quienes se quejan del problema pero no consideran que deben poner de su parte para resolverlo (contemplativos), les hablamos de *pensar* algo o *fijarse* en algo («Fíjense en cualquier pequeña señal de que han dado alguno de los pasos que habían descrito»). En definitiva, se trata de hacer sugerencias más directas a quienes parece que van a aceptarlas, y más indirectas a quienes en un momento dado parecen más reacios. En cualquier caso, la sugerencia será más fácilmente aceptada por los clientes si viene precedida de elogios, y si el terapeuta está ajustándose a su lenguaje y a su postura.
c. *Hacer la sugerencia más sencilla que sea posible*, y el menor número de ellas. Aplicamos aquí una especie de «navaja de Ockham»: en caso de duda entre varias tareas, elegiremos la menos complicada.

La importancia de las tareas terapéuticas radica en la posibilidad de disminuir el número de sesiones, y por lo tanto abreviar la terapia, al aprovechar el tiempo entre sesiones.

La «venta» de una tarea no es algo fácil. El cumplimiento de las tareas dependerá de la forma en que están prescritas, es decir, dependen de un aspecto relacional. Puede ser útil utilizar la siembra o un lenguaje sugestivo o, como proponen en la TBCS, decir al cliente: «Te pido esto como un pequeño experimento para terminar de evaluar el problema por el cual me consultas».

Algunas tareas que se pueden solicitar a los consultantes son las siguientes:

- Tarea-fórmula de la primera sesión: «fíjese en todo aquello que ocurre en sus vidas que les gusta y que les gustaría que siga ocurriendo». Otras variaciones permiten invitar al cliente a fijarse en qué aspecto del problema o en qué parte de su relación o en qué del otro no le gustaría que cambie o prefiere que se mantenga. Esta tarea permite que los clientes se animen a mirar aquello que por lo general está ausente de su relato, totalizado por el problema. Existe la tentación de hacer esta pregunta durante la sesión, pero eso impide la oportunidad de que en el acto de observar entre sesiones se interrumpan pautas que faciliten la resolución del problema del cliente. Por último, el nombre que recibe («de fórmula de la primera sesión») podría hacer pensar que no se puede aplicar en una sesión ulterior, sin embargo, en la TBCS difícilmente pueden imponerse fórmulas. En otras palabras, no solo es posible variar la glosa de la prescripción sino que además, si es oportuno, se puede utilizar en otro momento distinto a la primera sesión.
- Caja de recursos: el consultante debe preparar una cajita en la que irá guardando notas que le indiquen qué hacer cuando tenga un «día malo» y objetos que le recuerden qué recursos tiene, por qué quiere seguir mejorando, además de una lista de personas a las que acudir o llamar en caso de necesidad, las cartas terapéuticas escritas, etc.
- Tarea de la sorpresa: esta tarea resulta útil para «hacer algo diferente» y a la vez ayuda a los consultantes a «ponerse las gafas de ver lo que ya funciona». Consiste en pedir a cada miembro de la pareja o familia que prepare una «sorpresa» para el otro y que se fije en qué efecto tiene. «*Cada uno de ustedes hará al menos una o dos cosas que sorprendan al otro (padres, hijo, pareja). La tarea consistirá también en adivinar cuál es la sorpresa que el otro les está haciendo. No vale decir cuál ha sido la sorpresa. Lo conversaremos aquí en la próxima visita*». En la siguiente visita no se comienza preguntando a cada uno cuál ha sido la sorpresa/s que le ha dado al otro, sino cuál / cuáles creen que han sido la / las sorpresas que les ha dado el otro. Por lo general se describen más de dos sorpresas, y alguno de los participantes puede considerar como sorpresa algo que no ha sido tal, porque ya ocurría habitualmente y no se había fijado en ello. Puede ser una tarea divertida que fomenta que cada miembro de la familia se fije en las cosas buenas que hace el otro.

- Tarea de los *post-it*: se pide a los miembros de la familia que se dejen unos a otros pequeños mensajes positivos, escritos en *post-it*, escondidos en diversos lugares de la casa, de modo que el destinatario los vaya encontrando a medida que pasa el día.
- Tarea del «como si»: pedirle al consultante que actúe «como si» el milagro ya se hubiera producido (tras formular la «pregunta del milagro») o «como si» el problema no existiera.
- Tarea de predicción: en la noche deben predecir por escrito si al día siguiente se va a producir o no un episodio de mejoría; la siguiente noche deben escribir si acertaron o no y realizar una nueva predicción para el día siguiente. Es útil en clientes que presentan cambios o excepciones en su problema, pero les cuesta identificar cuál fue su rol en dichos cambios y, por lo tanto, predecir si este volverá a ocurrir. Ejemplo: «*Alicia, estoy de acuerdo con usted; claramente parecen haber días en que su jefe es más razonable y abierto y días cuando no lo es. De manera que entre ahora y la próxima vez que nos reunamos, le sugiero lo siguiente: cada noche, antes de acostarse, prediga si mañana será un día en que él se comportará más razonable, y abierto y cortés con usted o no. Luego, al final del día, antes de hacer su predicción para el día siguiente, piense acerca de cuánto de su predicción para ese día fue acertado. Haga un recuento de cualquier diferencia entre su predicción y la manera como fue el día, y memorice sus observaciones, de manera que pueda venir y contarme acerca de ellas*».
- Tarea del «vaya lento»: Fisch, Weakland y Segal (1984) indican que esta es una intervención de tipo general, apropiada a aquellos consultantes cuya solución ensayada -para resolver el problema que los aqueja- consiste fundamentalmente en esforzarse mucho, o aquellos que presionan al terapeuta para que les dé con urgencia una acción curativa, mientras ellos permanecen en una posición pasiva. Esta estrategia consiste simplemente en que no hagan nada con respecto al problema, por lo que la prescripción debe estar acompañada de razonamientos creíbles que justifiquen el no ir de prisa, puesto que es mejor adaptarse de a poco a los cambios. Se sugieren comentarios como el siguiente: «Los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren de un modo más repentino».
- Cartas terapéuticas: una variante consiste en solicitar al consultante que escriba una carta dirigida a alguien que está pasando las mismas dificultades que él ha logrado enfrentar y superar. La idea de la carta es reflejar las soluciones exitosas que el consultante ha ido ensayando y que podrían ser de utilidad a otra persona. Además, sirve para marcar y ampliar los cambios producidos.

Un esquema general de las técnicas mostradas hasta ahora puede encontrarse en la Figura 6.

Sesiones posteriores

Las sesiones posteriores a la primera entrevista siguen el mismo patrón: una conversación con los clientes y un mensaje final antes de terminar la sesión. El tema de conversación lo constituyen las mejorías que se han producido. Para ello, el terapeuta inicia las sesiones preguntando qué cosas van mejor. A partir de aquí, su tarea será ampliar las excepciones y construirlas como algo deliberado, sobre lo que los clientes tienen control. Esto no siempre es fácil, ya que a veces es difícil localizar mejorías en algún aspecto de la situación. De hecho nos gusta decir que, ante informes negativos de los clientes (del tipo «no hay nada que vaya mejor, qué va, las cosas están muy mal»), el terapeuta debe «buscar excepciones desesperadamente». Esta búsqueda de excepciones tiene diversas vertientes, desde la introducción de perspectivas múltiples (si el padre y el hijo no perciben mejorías, es posible que sí las vea la madre) hasta el rastreo de temas distintos (aunque las cosa hayan ido mal en casa, tal vez hayan mejorado en el trabajo) o la redefinición de la situación («¿Cómo es que las cosas no han empeorado, teniendo en cuenta lo adversas que han sido las circunstancias?»). A veces no es posible construir excepciones durante la conversación con los clientes, ya que estos vuelven una y otra vez a hablar de los aspectos problemáticos de su situación: cosas que han empeorado, cosas que no van mejor, cosas que aún no han mejorado lo suficiente o incluso aspectos que, aunque ya superados, siguen siendo dolorosos para ellos.

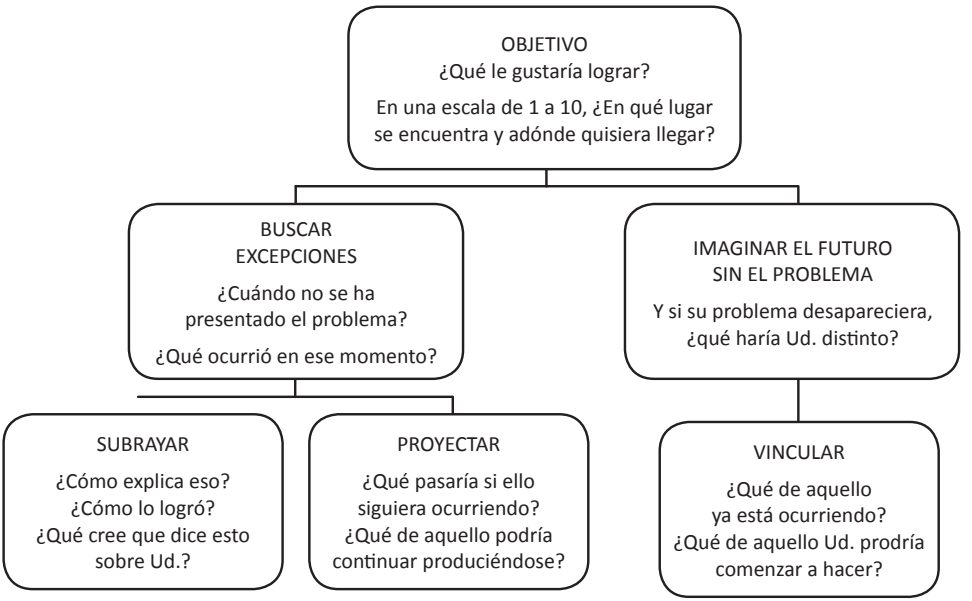


Figura 6: Proceso terapéutico de la TBCS

Si las cosas han funcionado, lo mejor sería sugerir que continuara haciendo un poco más de lo mismo, y podríamos intentar explorar, en profundidad y detalle, los diferentes aspectos de estos cambios positivos. Esta discusión generalmente se mueve alrededor de preguntas utilizando escalas: «¿Cuál era tu puntuación en la escala en la última sesión?», «¿Dónde te situarías hoy en esa misma escala?».

Si ha habido una clara mejoría, podríamos utilizar una serie de preguntas como: «¿Qué es diferente?», «¿Qué es lo que has hecho de manera diferente para conseguir realizar estos cambios?», «¿Quién se habrá dado cuenta de estos cambios?», «¿Qué habrán notado?», «¿Qué crees que esto nos dice sobre ti?», «¿Qué nivel de confianza tienes en que podrás mantener estos cambios?».

En el caso de que el terapeuta quiera mantener el foco sobre las excepciones, pero no consigue redirigir la sesión, que se convierte en una letanía de quejas o en una nueva narración de la historia de dolor y sufrimientos, se sugiere escuchar a los clientes, pero también aprovechar el «aluvión de quejas» para encauzarlo en una dirección terapéutica. Estas son algunas de las posibilidades:

a. Lo más sencillo es simplemente estar atento a lo que cuentan los clientes y marcar cualquier excepción que pueda aparecer, por pequeña que parezca. No se trata de convencer al cliente de que las cosas son mejores de lo que a él le parecen, sino de hacer pequeños subrayados de elementos potencialmente útiles.
b. Otra opción es empatizar con los clientes y emplear «preguntas de afrontamiento»: «¿Cómo pudiste soportar eso?», «¿Cómo es que no te desmoronaste del todo?», «Cualquiera en tu lugar hubiera tirado la toalla, ¿de dónde sacaste el coraje para, al menos, seguir intentándolo?».
c. También puede ser útil deconstruír (en inglés, *deconstruction*) la queja, es decir, introducir dudas en el marco de referencia de los clientes y abrir posibilidades para nuevos cambios. Se trata de llevar a cabo una especie de cuestionamiento socrático, en el cual el terapeuta no se opone a los clientes ni intenta convencerles de nada, sino que plantea interrogantes desde dentro del propio encuadre de sus interlocutores.
d. Otra vía para conseguir un efecto parecido es utilizar la redefinición. Aquí el terapeuta no se limita a poner en duda los significados que el cliente atribuye a una determinada situación (deconstrucción), sino que directamente propone otro encuadre alternativo. Por ejemplo, pregunta por los beneficios que para la familia suponen las obsesiones del padre, o define la aparente debilidad de la hija deprimida como una forma sutil pero poderosa de provocación.
e. Las prácticas de externalización (en inglés, *externalization*), ya mencionadas anteriormente, ofrecen otra línea de trabajo. Se trata aquí de convertir el problema en algo externo a los clientes, para, posteriormente, movilizarlos contra ello: «¿Cómo reaccionan Uds. cuando la inseguridad reclama su sitio y se entromete de nuevo entre

Uds. dos?», «O sea que el pipí de Pedro está consiguiendo manchar a toda la familia, y enemistarles a unos con otros ¡qué astuto!». Una vez externalizado el problema, el terapeuta puede retomar el foco sobre las soluciones investigando en qué ocasiones la familia ha derrotado a su enemigo: «¿Qué es lo que sucede cuando Uds. son los que derrotan a la inseguridad?, ¿Cuál fue la última vez que lucharon, unidos, contra ella?».

f. Las preguntas de escala también podrían sernos útiles. Si no nos queda más alternativa que hablar del problema, lo más razonable sería volver a las escalas y comentar «de verdad, cómo te las has arreglado para que no te califiques como 1 (si el consultante ha dicho, por ejemplo, 2)». En esencia estamos preguntando cómo se las ha arreglado el consultante para evitar que las cosas vayan peor.

En cualquier caso, el terapeuta retomará la línea de las excepciones una vez que estas aparezcan con claridad. Si no es posible retomar la línea de las excepciones y los avances, o simplemente con la TBCS las cosas no mejoran a las dos o tres sesiones, el terapeuta pasará a actuar desde la parte «problemática» de la situación. En ese caso ya no se pretende «aumentar» el área de recursos, sino que se adopta el abordaje complementario, trabajando para reducir el área del problema. Para ello el terapeuta puede emplear algunas intervenciones mínimas sobre el patrón de la queja, por ejemplo introduciendo alguna pequeña modificación en su frecuencia, duración, modalidad, lugar, etc. Otra posibilidad es examinar qué conductas de los clientes contribuyen a mantener el problema y diseñar una intervención que bloquee estos intentos ineficaces y contraproducentes de solución. Nos situamos en una línea de trabajo próxima al MRI.

Proponemos que una vez se hayan producido avances, el terapeuta se plantee si los cambios que se han producido son o no suficientes. En caso afirmativo, la terapia puede darse por concluida; en caso negativo, habrá que seguir trabajando. De acuerdo con la filosofía no-normativista de la TBCS, la decisión de si una mejoría es o no suficiente (e incluso la decisión de qué es lo que se considera una mejoría) se deja en manos de los clientes, bien preguntándoles directamente: «¿Es este el tipo de cambios que quería conseguir viniendo aquí?», bien utilizando las escalas de avance como indicador de progreso.

Cuando se han alcanzado los objetivos no es necesaria una sesión «de cierre» diferente de las demás: simplemente se sigue atribuyendo control a los clientes y, eso sí, se les invita a situarse en la posición de coterapeutas: «¿Qué recomendación darían Uds. a otras parejas que estén en la misma situación problemática en la que Uds. estuvieron en su día y que han superado?», «¿Cuál es la receta para ganarle a los miedos?», «¿Nos permites que se la expliquemos a otros niños para que aprendan también a ganar a sus miedos?». A menudo pedimos que los clientes contesten a esta pregunta enviándonos una carta que podamos entregar a otros clientes. Si los clientes

lo consideran útil, concertamos también una entrevista de seguimiento, seis meses o un año después de la última sesión. En caso contrario, hacemos el seguimiento por teléfono o mediante un cuestionario.

Conclusión

Recuerdo mis días de estudiante universitario, a fines de los años ochenta: salíamos de clases comentando con nuestros compañeros sobre quién de nosotros representaba cada trastorno revisado, nos molestábamos y luego diagnosticábamos a miembros de nuestras respectivas familias, una tía límite, un primo distímico, un amigo histriónico, un compañero narcisista. Estábamos convirtiéndonos en expertos para detectar lo malo de las personas. Debo reconocer la extraordinaria eficiencia con la cual se nos enseñaba a distinguir las dificultades, los déficits, las patologías. No recuerdo que nadie nos haya enseñado, en cambio, que las personas también tenían recursos, habilidades, herramientas; que los seres humanos, tras sus historias de derrotas y frustraciones, también tenían otras historias, de logro, de transformaciones, de superación, que no solo no eran escuchadas sino que incluso parecían no existir, estaban fuera de todo discurso posible.

Entiendo que mirar hacia un lado distinto, cuando ya estamos habituados a mirar hacia un solo lado de la experiencia, se torna difícil. Es necesario admitir también que los fundamentos y procedimientos de la TBCS resultan a veces incómodos e incluso inverosímiles a la luz de otros modelos más tradicionales. Es cierto, el modelo de la TBCS se basa en fundamentos claros pero indemostrables. Mal que mal, incluso para hacer ciencia, quienes la practican deben asumir ciertos principios o supuestos que no tienen cómo verificarse: el determinismo, el empirismo, el orden, entre otros. Si bien entiendo que para hacer terapia centrada en la solución debemos compartir estos principios, también sugiero evitar considerarlos dogmas o revelaciones inmutables e incuestionables. El modelo surge estudiando lo que funciona en terapia. Mientras siga cumpliendo ese fin, sobrevivirá. Si surgen otras ideas mejores, debemos estar abiertos a modificar sus planteamientos o incluso dejar de lado la TBCS como posibilidad viable de generar transformaciones en quienes piden ayuda. O'Hanlon (2009) plantea, en su evolución de la TBCS, llamada por él «terapia de posibilidades», que, si aceptamos que no existe una verdad o método universal en psicoterapia, más nos vale entonces que seamos flexibles, agregando que a él no le cuesta abandonar sus ideas si no dan resultado o si otros métodos funcionan mejor en una situación determinada.

Para finalizar, quisiera transcribir lo que Duncan, Hubble y Miller responden ante las legítimas críticas de quienes no comparten su punto de vista:

> Un especialista prominente se ofendió ante nuestra «adhesión a la niña como si ella fuese incuestionablemente a decir la verdad

> absoluta», y se «avergonzaba» de nuestra «completa adhesión a su punto de vista». Finalmente, nos criticó porque «nos enamoramos de ella». Ciertamente, nos confesamos culpables de los tres cargos, pero tenemos que añadir que, para nosotros, esas críticas, constituyen nuestras mayores virtudes a la hora de enfrentarnos a casos imposibles. (Duncan et al., 2004: 46).

Referencias

Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve basada en soluciones. En J. Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.), *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amarú (pp. 211-245).

De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.

De Shazer, S. (1987). *Pautas de Terapia Familiar Breve*. Buenos Aires: Paidós.

De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.

De Shazer, S. (1994). ¿En qué radica la eficacia de la terapia breve? En J. Zeig y S. Gilligan (Eds.), *Terapia Breve (pp. 122-132)*. Buenos Aires: Amorrortu.

DiClemente, C., Carbonari, J., Montgomery, R. & Hughes, O. (1994). Alcohol abstinence self-efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, *55*,141-148.

Duncan, B., Hubble, M. & Miller, S. (2004) Psicoterapia con casos «imposibles». Barcelona: Paidós.

Fisch, R., Weakland, J. & Segal, l. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

González, M., Sobrino, A. & Rodriguez-Arias, J. (2006). Comunicación médico-paciente: aprendiendo a elogiar. Extraído desde: http://www.elmedicointeractivo.com/ formacion_acre2006/temas/tema12/aelogiar.htm

Kleinke, C. (1994). Principios comunes en psicoterapia. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross y M. V. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration (pp.)*. New York, NY, USA: Basic Books.

Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: m*ás allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica. Buenos Aires: Amorrortu.

O´Hanlon, B. (2009). ¿Una vez más? De la terapia de posibilidades a la terapia sexual. En S. Green & D. Flemons (Eds.). *Manual de Terapia Breve Sexual (pp. 37-54)*. Barcelona: Paidós.

O'Hanlon, B. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

O'Hanlon, B. y Bertolino, B. (2001). *Desarrollando posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Pacheco, M. (2005, mayo). *Primeras entrevistas en un metamodelo de terapia eficiente*. Ponencia presentada en el 6° Encuentro Latinoamericano de Terapeutas Ericksonianos, Mendoza, Argentina.

Pacheco, M. (2003). Enfoque orientado a la solución, factores comunes de eficacia terapéutica y sus aplicaciones al tratamiento de las adicciones. *Adicciones*, 6, 31-47.

Prochaska, J. & DiClemente, C (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.

Zeig, J. (1992). Las virtudes de nuestros defectos: un concepto clave en la terapia ericksoniana. En G. Nardone & P. Watzlawick (Eds.), *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder (pp. 147-176).

Capítulo 3

Terapia narrativa: algunas ideas y prácticas

Ítalo Latorre Gentoso

> «La esperanza no es la convicción de que algo terminará bien, sino la certeza de que algo tiene sentido, sin importar cómo termine» (Vaclav Havel).

¿Qué es la terapia narrativa?

Quiero partir este capítulo reconociendo a Michael White[22] (Australia) y David Epston (Nueva Zelanda) como los principales desarrolladores de aquello que se ha hecho conocido con el nombre de 'terapia narrativa'. Ellos trabajaron en permanente colaboración, en una estrecha relación profesional pero también como amigos y hermanos de vida. Junto con una gran y culturalmente diversa comunidad de trabajadores interesados en el desarrollo y la traducción de estas ideas y prácticas a sus contextos locales, la terapia narrativa se ha extendido y tomado nuevas formas y abierto nuevas posibilidades para dar respuesta a las personas y comunidades que nos consultan.

La gran mayoría de lo que expondré aquí se nutre de los trabajos de estos dos autores, especialmente de White.

Alice Morgan (2000) escribió un libro, 'fácil de leer' y muy didáctico, respondiendo la pregunta que encabeza este capítulo. Antes, en un breve pero muy lúcido artículo, Erik Sween (1998) propone respuestas breves para la «pregunta de un minuto: ¿qué es la terapia narrativa?». Maggie Carey y Shona Russell (2004) hicieron una gran contribución al editar un libro llamado *Narrative therapy: responding to your questions* (Terapia narrativa: respondiendo a sus preguntas), cuyo contenido se basa en las interrogantes más comunes que las[23] estudiantes formulaban en sus clases.

---

[22] Michael White fue director del *Dulwich Centre* en Australia -organización dedicada por años al desarrollo y publicación de prácticas narrativas- desde sus orígenes en 1983 hasta fines de 2007. En enero de 2008 funda, junto a Maggie Carey, Shona Russell y Rob Hall, el *Adelaide Narrative Therapy Centre*, que sería su nuevo hogar narrativo para la práctica (hoy lleva el nombre de *Narrative Practices Adelaide*). Michael falleció el 4 de abril de 2008.

[23] Me estaré refiriendo aleatoriamente en ambos géneros y no solo en el masculino, como habitualmente se acostumbra hacer.

Las autoras desarrollaron una serie de respuestas y su elaboración fue, a su vez, colectiva.

Aquí compartiré algunas ideas que informan las prácticas narrativas, sin embargo, para mí es muy relevante aclarar que la lectura de este capítulo es el 0,1% de la historia de la terapia narrativa.

Una definición posible sería: «la terapia narrativa es una serie de ideas y prácticas informadas por la metáfora narrativa y la tradición no-estructuralista de la identidad[24], que contribuyen con las personas al desarrollo de su sentido de agencia personal que les permite tomar acción en sus vidas en direcciones que calzan con aquello que es importante para ellas, con aquello a lo cual asignan valor en sus vidas».

Otra podría ser: «una serie de prácticas terapéuticas en las cuales las historias que las personas cuentan acerca de sus vidas toman protagonismo en la conversación. El terapeuta realiza esfuerzos por generar un contexto en el que las personas puedan contar historias acerca de sus identidades, historias de vida preferidas, historias que no han tenido la oportunidad de ser contadas y reconocidas».

Quizás una tercera opción podría ser: «una serie de prácticas en la que las terapeutas están interesadas en los procesos en que las personas construyen significados de las experiencias de sus vidas. A través de la narración y renarración de historias preferidas animan un proceso de construcción de significado. De este modo, trabajan para hacer visibles -y audibles- aquellas historias de vida asociadas con nuevas maneras de construir la propia identidad y que promueven acciones más congruentes con aquello que es importante para las personas en sus vidas, con lo que valoran».

Estas son posibles definiciones. Sin embargo, creo que las prácticas narrativas no pueden ser simplificadas en pocas frases ni en pocas páginas. Tampoco pueden definirse a sí misma como si fueran un desarrollo independiente de tradiciones de pensamiento y conocimiento que la nutren. Citando a White (2005):

> (…) podría decir que la terapia narrativa no es un desarrollo singular o una suerte de 'bonito nuevo desarrollo', está de hecho, muy fuertemente nutrido por desarrollos en teoría social, su desarrollo no es aislado, no tenemos [ni David Epston, ni yo] ningún mérito de carácter heroico en todo esto.

[24] Entre los referentes del posestructuralismo o comprensiones no-estructuralistas de la identidad más referidos están Foucault y Derrida, entre otros autores, especialmente franceses.

¿Por qué son importantes las historias y cómo se trabaja con ellas?

Las historias

El material con el que trabaja el terapeuta narrativo son las historias de las personas que consultan. En estas historias se encuentran los *conocimientos particulares de la vida* y *las destrezas* o *habilidades particulares para vivir* que las personas o comunidades han desarrollado para responder a los eventos de sus vidas.

Cuando en terapia narrativa hablamos de historias, nos referimos a:

1. una serie de eventos,
2. vinculados en una secuencia,
3. a través del tiempo,
4. en torno a una trama, tema o *plot* (White & Epston, 1989a, 1990; Morgan, 2000).

Las historias cumplen un rol constitutivo en nuestras vidas al otorgar un marco de inteligibilidad a nuestras experiencias. Estamos permanentemente construyendo significado, al mismo tiempo que vamos viviendo nuestras experiencias de vida. A través de las historias y los significados que ellas contienen, interpretamos nuestra vida y el mundo. Esa interpretación nos permite acceder a una determinada comprensión de nuestras vidas y a desarrollar una posición política, valórica y moral, posiciones que también moldean qué historias se narran y cómo y cuáles no. Bruner (1991: 67) comenta: 'narrar una historia supone ineludiblemente adoptar una postura moral, aun cuando sea una postura moral contra las posturas morales'.

Es a través de las historias que conocemos y comprendemos el mundo, tenemos acceso a él, lo narramos y describimos; son también las historias las que nos viven, moldean nuestros pensamientos y acciones. La narración trata, según Bruner (1991: 68) 'del tejido de la acción y la intencionalidad humanas', por tanto, es a través de la narración de historias que estamos posibilitados a interpretar nuestras vidas dando sentido a lo que hacemos.

Historias dominantes e historias subordinadas

Sin embargo, en nuestras vidas dejamos fuera de la atribución de significado una gran cantidad de experiencias vividas. Son estas experiencias subordinadas[25] las que a los terapeutas narrativos nos interesa tener acceso a través del desarrollo enriquecido de historias que sirvan como marco de

[25] Me estaré refiriendo, a lo largo del capítulo, a las historias subordinadas con sinónimos como: negadas, subalternas, subyugadas, alternativas, preferidas, invisibles, etc. Estas son metáforas referidas a lo mismo: las historias que no han sido contadas ricamente.

inteligibilidad a significados e interpretaciones diferentes, contradictorias con las historias dominantes[26]; nuevas historias cuyos significados sean más congruentes con aquello que las personas prefieren en sus vidas, aquello a lo cual asignan valor. Historias que estaban subyugadas e invisibles y que pueden estar más asociadas a conclusiones de identidad preferidas para las personas, historias que promuevan acciones que antes -teniendo solo acceso a una historia dominante singular- no estaban disponibles para las personas.

La acción promovida por las historias es de vital importancia para los terapeutas, ya que en esta práctica no estamos interesados en buscar ni encontrar una solución. Tampoco estamos interesados en conectar a las personas con 'el vaso medio lleno', ni menos en enseñarles desde nuestros conocimientos expertos qué formas de vivir la vida deberían adoptar para ser más felices o sentirse mejor. Lo que nos interesa a través del desarrollo de historias preferidas es el vínculo que existe entre estas y las acciones de las personas. Nos interesa que las personas, al acceder a nuevos territorios de sus vidas a través de las historias, desarrollen un sentido de *agencia personal (personal agency[27])* que White (2007) describe como:

> Una sensación de ser capaz de regular la propia vida, de intervenir la vida de uno para afectar su curso de acuerdo a las propias intenciones, y hacer esto de maneras que estén moldeadas por los propios conocimientos de vida y habilidades para vivir (263-264).

Entonces, la intención de la terapeuta narrativa es la de contribuir con la generación de un contexto en el que las personas puedan tener acceso a historias preferidas de sus vidas que han sido subordinadas por las historias únicas dominantes.

A través de preguntas *descentradas e influyentes*, el terapeuta colabora con la persona en tener acceso y desarrollar de manera enriquecida las historias subyugadas preferidas, las cuales le ofrecen un acceso más completo a sus propias experiencias de vida y una sensación fortalecida de identidad. Este proceso es conocido como *reautoría o reescritura de la vida* (*re-authoring*) (White, 1995). La postura terapéutica que informa las preguntas que hacemos es la que nombré anteriormente como 'descentrada e influyente'. En otras palabras, es *descentrada* porque descentra nuestros conocimientos expertos y nuestras vidas profesionales y pone al *centro* las

[26] Como sinónimos para dominantes se pueden utilizar: hegemónicas, únicas, visibles, pobres, singulares, etc. Estas son metáforas que aluden a las historias que poseen mayor distribución pero menor alcance para significar la complejidad de la experiencia de las personas.

[27] La traducción de ciertos conceptos, ideas y palabras particulares debe honrar la cultura y lenguaje local. No pretendo con ninguna de mis traducciones proponer una versión oficial en español -ni en chileno- de estos términos. Por este motivo es que escribiré al lado de cada nuevo término su frase o palabra original en inglés. En una próxima publicación ahondaré en aquellos aspectos que para mí son relevantes acerca de la relación de las prácticas narrativas y los procesos de traducción no-estructuralistas.

historias de *conocimientos de vida* y *habilidades para vivir* particulares de las personas que nos consultan. Pero también esta práctica es *influyente*, ya que nuestra exploración tiene una intención, que es acceder y desarrollar enriquecidamente las historias preferidas. Por tanto, nuestros esfuerzos como terapeutas narrativos van a estar puestos en *influir* de una manera *descentrada* para que la persona que consulta tenga acceso a lugares negados de sus vidas que pueden hacer una diferencia, que hacen justicia con la complejidad de su experiencia y que la acercan a una experiencia más completa de sí mismas.

Como señalaba White (2007), cuando las personas llegan a la consulta, llegan contando historias. El terapeuta narrativo no hace otra cosa que promover la continuación de ese mismo proceso, pero incentivando el desarrollo de otras historias, aquellas que han estado subyugadas. Por ejemplo, un hombre joven llega y nos dice algo como «soy muy inseguro, me cuesta mucho tomar decisiones, siempre espero que otros hablen primero y casi nunca digo mi opinión». Luego amplía la historia contándonos: «por ejemplo, cuando me quiero comprar ropa siempre pienso en qué van a pensar los otros, pierdo mucho tiempo y al final no compro nada, a no ser que alguien prácticamente me elija las cosas». Y sigue: «creo que porque soy así, raro, es que no tengo pareja, me encierro, ya casi no tengo amigos y estoy perdiendo las ganas de vivir». Lo que estamos escuchando aquí es una serie de eventos asociados a la historia de la 'inseguridad'. Esta es una historia única-dominante que alimenta ciertas categorías y conclusiones de identidad. En el ejemplo, este hombre se llama a sí mismo 'raro', esta es una categoría por la que este hombre se está identificando. La historia a la vez invisibiliza posibilidades de acción que este hombre podría hacer para llevar su vida a lugares preferidos. Las historias dominantes totalizan la identidad de las personas, la que se aprisiona en estas conclusiones negativas sobre quiénes son, que adquieren la categoría de 'verdad'. Son relatos que encapsulan la identidad en una sola historia que no hace justicia a la complejidad de la experiencia vivida y a la riqueza que puede estar disponible en la propia vida, respecto de las múltiples historias que la experiencia tiene como potencial a desarrollar.

Otros ejemplos de historias dominantes:

Pablo[28] llega a la consulta contando una historia en torno a su experiencia de 'fracaso' asociada a sentir que 'no da el ancho', o que no es suficientemente apto para 'ser hombre como corresponde'. Cuando le pido que me explique más este entendimiento, me cuenta que vive de allegado en casa de un amigo, no tiene auto y está cesante hace varios meses. Producto de todo esto, dice, 'no tengo pareja, ni me la merezco'. En este ejemplo podemos encontrar historias dominantes en torno a lo que significa ser hombre en la cultura de Pablo: un hombre de 37 años, proveniente de una familia económicamente bastante acomodada, que vive en Santiago de Chile.

[28] Todos los nombres de los ejemplos son pseudónimos.

Historias dominantes en torno a qué es 'ser hombre', las recompensas de calzar con las exigencias del discurso, los 'castigos' merecidos por no encajar con el modelo dominante: todo ello presente en su relato.

Llega a consultar Isabel, de 25 años, recién separada de su pareja que ejercía violencia física en contra de ella. Me cuenta que necesita ayuda porque siente que su vida cambió por completo y que ya no se siente capaz de ser una 'buena hija'. «Me la paso llorando todo el día, ando como sin energía. Yo antes era activa, llena de energía, ahora tengo todo desordenado en la casa. Hago esfuerzos por preparar la comida pero hay días que no hago nada, me cuesta ponerme a limpiar, ordenar… Yo creo que estoy deprimida y siento que me convertí en una mala hija, volví a la casa de mis papás… Debería estar trabajando, vivir independiente, es obvio que a esta edad debería estar en otra situación; yo ayudar a mis papás y no ellos a mí. Yo ya me separé, debería estar bien, debería poder rehacer mi vida sin tanto problema. Yo antes era fuerte, ahora siento que no puedo nomás». En este ejemplo también podemos identificar una serie de historias dominantes en torno a lo que se entiende de manera dominante por ser 'buena hija' y los efectos que estos discursos pueden tener en las conclusiones de identidad: 'dejé de ser fuerte', 'estoy deprimida', 'ya no soy fuerte como antes', etc. Isabel se está cuestionando lo que debería ser y lo que no, basada en ideas y discursos que ella menciona como 'obvios', que no merecen cuestionamiento ni crítica. Otro discurso dominante podría identificarse en torno a 'ya me separé, debería estar bien'. ¿De dónde Isabel habrá aprendido que basta con separarse de la persona que ejerció violencia para separarse también de los efectos de esta? ¿Qué discursos en torno a 'ser fuerte', 'independiente, trabajadora y activa', 'joven que ayuda a los papás en lugar de recibir ayuda de ellos', estarán a la base de su comprensión en torno a 'ya me separé, debería estar bien'?

Acceso a historias subordinadas preferidas y reescritura de la vida

Cuando las historias dominantes y las conclusiones de identidad a las que invitan adquieren el grado de 'verdad' para la persona, se hace más difícil contradecirlas. Para esto, White encontró que el proceso de deconstrucción (Derrida, 1973, 1976, 1978) podía ser útil en la recategorización de las 'verdades'. Este proceso de deconstrucción (en inglés, *deconstruction*) hace referencia al proceso de historiar las 'verdades'. Al historiar las 'verdades' o las ideas 'dadas por sentadas', se cuestiona el grado de 'verdad' que adquirieron en algún punto del tiempo y se vuelven a ubicar en el contexto sociohistórico donde fueron desarrolladas. Preguntas que asisten en este proceso pueden ser: ¿de dónde viene la idea de que un hombre debe tener auto y estar casado a los 30 años para ser un 'hombre de verdad'?, ¿cómo llegaste a creer en la idea de que las mujeres son 'multitarea'?, ¿a quién le sirve entender a las mujeres de esta forma?, ¿qué ideas y/o prácticas so-

ciales contribuyen a que el sentimiento de 'inútil' tome fuerza?, ¿cómo la idea de 'no ser una buena hija' te está alejando de la posibilidad de ver los esfuerzos que estás realizando y los pasos que estás dando para liberarte de los efectos de tu historia de abuso?, etc.

Existe una serie de otras prácticas narrativas disponibles para acceder a los aspectos de las vidas de las personas que han sido negados o subyugados. Estas prácticas se llevan a cabo a través de preguntas descentradas pero influyentes que contribuyen con el desarrollo de historias alternativas.

Los caminos para esto pueden ser varios, aquí solo nombraré algunos para tener una idea de las posibilidades existentes:

- La identificación de *excepciones, finales únicos o iniciativas*[29] (en inglés, *exceptions, unique outcomes, initiatives*). Las excepciones y/o iniciativas (Goffman, 1970) son eventos o acciones que contradicen la historia dominante. En el ejemplo anterior, una excepción y/o iniciativa podría ser un evento en el cual este hombre se haya sentido bien consigo mismo, o una persona con la que tenga una relación asociada al respeto y la aceptación, o una iniciativa en la que se haya cuidado y valorado como persona frente a un contexto de abuso, etc.
- *Externalización del problema (*en inglés, *externalization)*. Esta práctica alude a utilizar el lenguaje de manera tal que dé cuenta de una comprensión diferente de la identidad de las personas. Esta práctica está informada -como todas las prácticas narrativas- en la comprensión no-estructuralista de la identidad y se puede expresar en la máxima más conocida de White: 'la persona nunca es el problema, el problema es el problema' (1989b: 6). Las conversaciones de externalización permiten la identificación de la historia del problema separada de la identidad de la persona que consulta. Habilitan a la persona a identificar y evaluar sus efectos y a tomar una posición frente al problema, una posición fundamentada y sustentada por aquello que las personas valoran.
- Identificar lo *ausente pero implícito*. White incorpora esta práctica informado también en las ideas de Derrida. Esto alude a que todo lo que hablamos es testimonio de una diferencia. Todo lo dicho, es decir, aquello que está presente y explícito en el relato, es *en relación a* aquello no dicho, por tanto, aquello que está *ausente pero implícito* en el relato. Existen diversas preguntas que pueden asistir a las terapeutas a acceder a aquello que está ausente pero implícito en el relato de las personas y que puede ser preferido para ellas. Preguntas como: 'Si odias estar en este lugar, ¿sería correcto para mí entender que esto habla de que hay lugares en los que sí te gusta estar? ¿Cómo son esos lugares? ¿Qué hay en esos lugares que son diferentes a este

[29] White, en Gilligan (1993), respecto del término 'finales únicos' (en inglés, unique outcomes): «hay tantas otras descripciones candidatas, incluyendo 'distinción,' que podría ser apropiada, y quizás podría ser mejor referir a 'sitios' reales, utilizando descripciones como 'tensión,' 'incumplimiento,' 'disyunción,' etc.» (131).

que odias y qué hacen que te gusten?'. O preguntas que pretenden hacer visibles las historias ausentes pero implícitas de las acciones que las personas hacen para responder a situaciones de amenaza, abuso, trauma, etc.: '¿Hay algo que estuvieras haciendo mientras sucedía el abuso?' '¿ 'No pensar en nada y poner la mente en blanco' fue una respuesta que te ayudó a disminuir el sufrimiento en ese momento?' '¿Cómo desarrollaste esta habilidad de 'no pensar en nada y poner la mente en blanco'?'.

Una vez que tenemos acceso a alguna de las historias preferidas de las personas, nos interesa habilitar un proceso de reautoría y enriquecimiento de ellas.

Las conversaciones de reautoría implican animar un proceso de construcción de historias. White, interesado en los trabajos de Jerome Bruner (1991, 2010) propone influir en las conversaciones promoviendo la narración de las historias a través de dos panoramas o territorios *(landscape)* que son los que componen una historia:

1. *Panorama o territorio de acción*. Se compone de una serie de eventos vinculados en una secuencia en torno a un tema y a través del tiempo. Aquí encontramos las acciones / hechos, personas, lugares, épocas, olores, etc. de una historia: '¿Me puedes dar *un ejemplo* que me ayude a entender mejor esta sensación de bienestar en familia que te gusta? ¿*Dónde* y *cuándo* fue? ¿Me puedes hablar un poco más de *ese día*? ¿*Quiénes* estaban ahí? ¿*Qué cosas* contribuyeron a hacer una diferencia? Me dijiste que había 'respeto' en esta relación, ¿qué *historias* me puedes contar donde el respeto en tus relaciones esté presente? ¿Tienes en mente a *alguien importante* en tu vida que se relacionaba contigo desde el respeto?'.
2. *Panorama o territorio de identidad*. Los estados intencionales (deseos, valores, propósitos, esperanzas, compromisos, sueños, etc.) asociados a la interpretación de las experiencias del panorama de acción: '¿Qué había importante para ti en esta experiencia que me contaste? ¿Qué valoras de esa experiencia? ¿Con qué compromisos se vincula el evento que me contaste? ¿Cómo definirías 'confianza'? ¿Qué entiendes por 'perseverancia'? ¿Qué sueños están involucrados en esto que me cuentas?'.

Las historias no se construyen individualmente, ni en el vacío, son más bien producto de la práctica social asociada a la narración y renarración. White (2007) hace una adaptación de las prácticas con equipos reflexivos propuestos por Tom Andersen, estructurando estas reuniones en lo que llamó ceremonias de definición, inspirado en el trabajo de la antropóloga cultural Barbara Myerhoff (1982, 1986, 1992). En este proceso se anima una conversación en la que participan otras personas en la terapia. La historia preferida de la persona que está al centro de la conversación pasa

por un proceso de narración, renarración y renarración de la renarración. Es un proceso de ampliación como el que viven las ondas expansivas del agua. A través de la narración y renarración de la historia, esta se va enriqueciendo, ampliando y haciendo fuerte. Más adelante comentaré otros aspectos acerca del mapa que guía esta práctica, por ahora dejaré un comentario de White (2007) en relación a su experiencia con las ceremonias de definición:

> De todas las prácticas terapéuticas con las que me he cruzado en la historia de mi carrera, aquellas asociadas con la ceremonia de definición tienen el potencial de ser las más poderosas. Cada vez observo que las renarraciones de los testigos externos logran cosas que están muy por delante de mi potencial de lograr en mi rol de terapeuta (número de página).

Documentando las historias preferidas

Los contextos en que las personas viven son habitualmente favorables para la reproducción de la historia dominante del problema. Así, la mantención y la difusión de las historias preferidas se vuelve una importante responsabilidad a la cual dar respuesta en nuestro trabajo terapéutico.

Vivimos en una cultura en la que los documentos son un importante medio para configurar, confirmar o reafirmar identidades, como un título universitario, un certificado de matrimonio, una cédula de identidad vinculada a la nacionalidad, certificados de género, etc. Existe también un importante desarrollo de documentos que promueven conclusiones de identidades empobrecidas y/o negativas. Ejemplos de esto son miles: 'certificado de condicionalidad escolar vinculado a formas agresivas de ser', 'informe de antecedentes penales', 'informes de deudas bancarias', 'certificados de cesantía', 'algunas nacionalidades identificadas como terroristas', etc. La participación de profesionales del ámbito de la salud mental en la producción y reproducción de estos documentos que animan conclusiones pobres, deficitarias e injustas de identidad han tenido una fuerte influencia en las vidas de las personas que nos consultan en los diversos contextos de atención. Documentos de este tipo son todos aquellos asociados a comprensiones de identidad estructuralistas o que encapsulan la identidad de las personas en definiciones únicas y totalizantes. Aquí se incluyen todos los informes de diagnósticos de salud mental, trastornos, estructuras de personalidad, patologías, déficits, anomalías, etc.

Por esto es que estamos interesados en la producción de documentos -contradocumentos de identidad- que den cuenta, hagan disponible y contribuyan a fortalecer las historias preferidas para las personas. Habiendo desarrollado una historia preferida ('reautoriado' o reescrito), o incluso solo habiendo identificado una excepción, iniciativa o respuesta de la persona,

un documento terapéutico de identidad puede asistirnos en el proceso de desarrollar las historias preferidas.

Estos documentos pueden tener como finalidad mostrar la diferencia, identificar los aspectos negados preferidos, relevar aspectos que han sido disminuidos o ridiculizados de las vidas de las personas pero que son preferidos por ellas, etc. La práctica narrativa de producción de documentos terapéuticos es una práctica descentrada, en la que las historias de las personas están al centro. La influencia del terapeuta puede ser el hecho de continuar generando contextos en los que las historias negadas, las historias preferidas que han sido subordinadas, tengan un espacio para ser reconocidas, contadas, mantenidas y honradas.

Algunos conocimientos y destrezas de un terapeuta narrativo

Para lograr lo anterior, el terapeuta narrativo necesita poseer una serie de conocimientos y destrezas que le permitan influir en el proceso terapéutico. La práctica narrativa no es simple de hacer, no es un conjunto de 'técnicas' aplicables universalmente, no es un recetario ni puede resumirse en un 'manual del terapeuta narrativo' que entregue ciertas claves necesarias para realizar este trabajo.

Dentro de las más importantes destrezas está el desarrollo de la escucha, fundamental para traducir el conocimiento asociado a que nuestras vidas son multihistoriadas, en el trabajo con personas. La escucha requiere de mucha práctica para desarrollarse: lograr escuchar excepciones, iniciativas y aquello ausente pero implícito es un primer y muy importante paso para abrir la puerta a la historia subyugada. La particularidad de esta escucha reside en su capacidad para atender de manera doble, es decir, no solo escuchar la historia del problema sino que también escuchar otras múltiples particularidades del relato que puedan estar relacionadas con historias subyugadas.

Otro conocimiento necesario para la práctica narrativa tiene relación con la idea de que las personas son las expertas en sus propias vidas, las únicas que pueden saber con certeza qué es importante para ellas. Las personas han desarrollado una serie de conocimientos de vida y destrezas para hacer sentido y responder en sus contextos particulares. Los terapeutas necesitamos destrezas asociadas a la práctica de respeto, curiosidad e indagación que nos permitan acceder a este conocimiento particular de las personas. Necesitamos destrezas que nos habiliten para hacer visible la situación de poder involucrada en la relación terapéutica y destrezas que nos permitan privilegiar la voz de las personas como autoras primarias de sus historias. Una habilidad que puede permitir esta práctica respetuosa es el poder formular preguntas descentradas e influyentes.

Un tercer conocimiento que creo indispensable para el trabajo narrativo es saber acerca de la estructura narrativa, es decir, cómo se desarrolla una historia.

Ya que lo que nos interesa es el desarrollo enriquecido de historias alternativas a la dominante, necesitamos saber cómo funciona el proceso de construcción de una historia, sus elementos fundamentales, para poder asistir a las personas con el desarrollo de historias preferidas de sus vidas. Para lograr esto, el terapeuta narrativo requiere desarrollar destrezas vinculadas a la formulación de preguntas que den acceso a los panoramas o territorios de acción e identidad. Estas preguntas, a su vez, necesitan que el terapeuta desarrolle una genuina curiosidad y un interés por influir en el desarrollo de historias preferidas.

Un cuarto conocimiento es la idea y la postura ética asociada al aforismo de White (1989b): *'la persona no es el problema, el problema es el problema'*. Esta frase encierra una comprensión no-estructuralista de la identidad, una comprensión compleja, no-totalizante ni simplista de la vida de las personas. Para lograr formular preguntas externalizadoras, los terapeutas necesitan comprender que esta práctica no es una técnica, no es universalmente utilizable ni útil, no es una estrategia conversacional, ni tampoco una herramienta de trabajo. Esta idea corresponde a una comprensión diferente de la constitución de nuestras identidades personales que traspasa el espacio de la oficina en la que trabajamos. Es una forma diferente de entender la identidad y las relaciones que requiere de un esfuerzo en la adecuación de nuestra forma de expresarnos o de hablar a una que encaje con ella. Cuando preguntamos, por ejemplo, '¿Qué esperanzas crees que tiene la angustia en la relación con tu hermano?', no estamos poniendo en práctica una técnica ni un truco terapéutico para lograr un objetivo determinado. La intención de una pregunta como esta está fundamentada o apoyada por la creencia de que las personas no somos los problemas, tenemos una relación con ellos; en la creencia de que los problemas son producidos como tales desde una o más interpretaciones de la vida que se ponen en juego; en la creencia de que estas interpretaciones son apoyados por discursos sociales; en la creencia de que estos discursos sociales son reproducidos en las relaciones de poder; en la creencia de que las personas tenemos intenciones que los problemas invisibilizan; en la creencia de que estas intenciones tienen que ver con interpretaciones de la vida que han sido subordinadas por otras dominantes; en la creencia de que cuando estas otras interpretaciones de la vida tienen la oportunidad de ser significadas e insertas en un marco de historia, invitan a acciones más congruentes con las intenciones de las personas y con lo que es importante para ellas. Así, la formulación de la pregunta es una traducción de estas creencias a la estructura de una pregunta que intenciona el acceso a estas otras interpretaciones, más cercanas a las personas y a lo que cuidan y los mueve en la vida.

Las preguntas externalizadoras no son un set de preguntas creativas que White y Epston desarrollaron, más bien son una invitación a acceder a las relaciones con las otras y los otros de una manera respetuosa con su propia construcción de significado acerca de su propia vida y relaciones. Este esfuerzo de adecuación del lenguaje es una destreza que el terapeuta narrativo debería desarrollar si intenta traducir esta ética a la práctica.

Evidentemente, existe una gran cantidad de conocimientos y destrezas necesarias y útiles para el trabajo narrativo que no estoy describiendo aquí. Mi intención es de compartir algunas de las que considero más importantes. Cada terapeuta narrativa podrá tener reflexiones y conversaciones en torno a este punto, cuestión que, creo, puede ser muy útil para el enriquecimiento de la práctica terapéutica.

Mapas de la práctica: narrativa de Michael White

White, en su último libro titulado igual que este apartado y publicado en 2007, reunió una serie de ideas y prácticas a las que llamó *mapas* y que pretendían transparentar su trabajo y sus intenciones en las conversaciones con las personas que buscaban su ayuda.

Los mapas de la práctica narrativa que White organizó en este libro no representan en ningún caso la totalidad de las prácticas narrativas ni tampoco la única forma de hacerlas. Sin embargo, estas ideas, que resumen una parte de la historia del trabajo de White y parte de su colaboración con Epston, han sido de gran influencia en la organización del trabajo de muchos terapeutas narrativos noveles y un reencuentro con las prácticas para terapeutas narrativos más experimentados.

¿Por qué mapas? White reflexiona, en la introducción de su libro, al contar la historia de su niñez y su fascinación y gran curiosidad por conocer otros mundos. Comenta que en su familia no tenían los recursos económicos como para viajar y continúa:

> Cuando era un niño fueron los mapas los que hicieron posible para mí poder soñar con esos otros mundos y transportarme a ellos con mi imaginación (2007: 3).

Luego sigue contando acerca de cómo fue creciendo y, junto con él, creció también su fascinación por los mapas, los viajes y los otros mundos y cómo se transformaron en metáfora para su trabajo:

> Cuando nos sentamos juntos, sé que nos estamos embarcando en un viaje cuyo destino no podría específicamente precisar y a través de rutas que no pueden ser predeterminadas. Sé que probablemente tomaremos rutas de escenarios extraordinarios a estos destinos desconocidos. Sé que en la medida en que nos vayamos acercando a estos destinos vamos a estar entrando en otros mundos de la experiencia (4).

A continuación compartiré un resumen de estos mapas presentados por White, basándome únicamente en el libro citado. Dejaré fuera otros de sus trabajos que también podrían considerarse como mapas.

1. Conversaciones de externalización

Las conversaciones de externalización (en inglés, *externalizing conversations)* surgen del trabajo de White con niñas y niños con problemas para controlar esfínteres, o con diagnósticos asociados a trastornos difíciles de responder para la cultura de la terapia. Fue 1984[30] la fecha de publicación de su primer artículo en torno al uso de esta práctica.

Esta nueva comprensión de los problemas, basada en la idea que ya he compartido en este capítulo, *'la persona no es el problema, el problema es el problema'*, es un giro a las comprensiones dominantes de la cultura psicoterapéutica y médico-psiquiátrica que ubican los problemas dentro de las personas entendidos como verdades absolutas, esenciales y objetivas de su identidad. Desde la ética externalizadora se entiende a los problemas como diferenciados de las personas que los enfrentan y viven sus consecuencias. Se ve al individuo o familia en relación a un problema y no como *el* problema en sí. Así, se invita a los terapeutas y a las familias a volver a ubicar el problema en el contexto sociohistórico donde fue producido y a las familias o individuos a tomar una posición: una postura frente a los efectos de los problemas que enfrentan y, por tanto, a generar nuevas acciones que reduzcan la influencia negativa que están representando para sus vidas.

Las conversaciones de externalización, como señalaba White (2001), son solo una práctica narrativa, no se utilizan siempre y no son una representación de la práctica narrativa en su totalidad. Sin embargo, pueden ser muy útiles en situaciones en las que la identidad de las personas se asimila con el problema. Cuando una persona que llega a la consulta ha desarrollado gran parte de su identidad en torno al problema, entonces esta práctica puede ser de gran ayuda.

Mapa declarativo de posición

La práctica de las conversaciones de externalización se apoya en el mapa que Michael llamó mapa declarativo de posición *(Statement of position map)* y que incorpora cuatro categorías de indagación.

La primera categoría de indagación corresponde a la *negociación de una definición particular del problema, que sea cercana a la experiencia y lenguaje de las personas*. Así, las personas tienen la oportunidad de hablar del problema, de caracterizarlo y de ponerle palabras que otorguen una descripción más congruente con su experiencia particular, de identificarlo y poder hablar de él, ya no en primera persona. Esta fase de caracterización del problema puede tomar muy poco o mucho tiempo dependiendo del contexto, de la persona, del problema, etc.

---

[30] El artículo fue titulado «*Pseudo-encopresis: from avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles*». Se puede encontrar en español en *Guías para una terapia familiar sistémica* (1994), bajo el título «Pseudoencopresis». De la avalancha a la victoria, del círculo vicioso al círculo virtuoso.

En español -en adelante 'chileno', que corresponde al idioma que más conozco y utilizo-, la caracterización puede ser diferente que en inglés, en algunas situaciones. En inglés, el verbo ser y estar son el mismo. Así, la frase '*I am depressed*', que quiere decir 'estoy con depresión' o 'tengo depresión', tendría una traducción literal de 'soy depresión'. Aunque en chileno también podemos decir 'estoy deprimido' o 'soy depresivo', que sería un lenguaje más internalizador del problema, dada la estructura del lenguaje tenemos más opciones para acercarnos a descripciones con un lenguaje más externalizador de los problemas, como son los dos primeros 'estoy con…' o 'tengo…'. Sin embargo, desde mi experiencia trabajando en Chile, pero también en Australia, he podido percatarme de un aspecto importante en el uso del lenguaje de externalización. Al ser el idioma inglés solo internalizador con el '*I am*' (yo soy), cuando se comienza a utilizar un lenguaje externalizador el cambio es más notorio, más extraño, más llamativo y genera diferencias rápidamente. En chileno, en cambio, el decir 'soy depresivo' o 'tengo depresión' no constituye una diferencia significativa en el sentido internalizado que contiene. De este modo, algo que podría ser, en algunos contextos, una ventaja sobre el inglés, se puede convertir en un doble desafío. Independiente de cómo nos refiramos a los problemas, cultural y socialmente se significan como *dentro* de la persona que lo está enfrentando.

Las personas llegan contando sus historias en relación con el problema y con diversas palabras dan expresión a sus experiencias. Si el terapeuta está entrenado para escuchar externalizadoramente, podrá tener una gama de alternativas, provenientes del relato de las mismas personas, para ofrecer como posibilidad de nombre al problema. Incluso se pueden utilizar palabras provenientes de los discursos dominantes, como en el ejemplo anterior, la 'depresión', metáfora proveniente del discurso médico-psiquiátrico. Lo importante es el tratamiento que se le dé a esta metáfora más que la metáfora en sí misma.

Leonardo, 26 años, me consulta: «Soy muy miedoso, no me atrevo a salir a la calle porque creo que me va a pasar algo malo, no me junto con gente, me he ido quedando solo, y eso me deprime… Creo que soy un poco depresivo, como me dijo el psiquiatra, y que me pasa esto porque tengo personalidad introv… ¿Cómo es que me dijo el psiquiatra? ¿Introvertido?». En un relato como este se pueden encontrar al menos tres posibilidades claras para continuar la conversación y caracterizar el problema: el miedo, la depresión y la introversión. Una posibilidad aquí es preguntar: 'Me nombraste tres problemas, el miedo, la depresión y la introversión, ¿de cuál te parecería más importante hablar primero? ¿Cuál de estos tres problemas crees está afectando con más fuerza tu vida? ¿A cuál de los tres te gustaría quitarle poder o influencia?'. De este modo estamos invitando a la persona a diferenciar, a hacer distinciones en su experiencia de los problemas. Aquí hay dos que son aportes del profesional médico que posiblemente no existían antes de que Leonardo consultara, la depresión y la personalidad

introvertida. Incluso, Leonardo se pierde con la última, no está seguro si está bien dicha o no. En nuestra conversación, al preguntarle por las opciones, Leonardo me dijo: «Creo que el miedo es lo más fuerte». Yo proseguí:

Ítalo: ¿Me puedes hablar un poco más acerca del miedo?[31] ¿Cómo es? ¿Cuándo aparece con más fuerza en tu vida?

Leo: Bueno, yo soy miedoso, creo, desde niño. Cuando me vine a Santiago[32], porque yo era del sur, de un pueblo, ahí se me empezó a notar más. Antes, en mi casa del sur, como son todos más tranquilos no se me notaba, no se me había manifestado.

Ítalo: ¿Entiendo entonces que el miedo se metió con más fuerza en tu vida una vez que llegaste a Santiago?

Leo: Sí, pero no altiro (de inmediato), fue como de a poco. Los primeros dos meses no era tanto, después, cuando entré a trabajar, fue creciendo... Bueno, ahora ya dejé el trabajo… Esa es otra cosa, no tengo mucha plata y eso también está empezando a ser un problema porque estoy solo aquí.

Ítalo: Bien, entiendo entonces que el miedo fue creciendo, que no estuvo siempre ahí o al menos no tuvo siempre el mismo poder ¿Es correcto?

Leo: Claro.

Ítalo: Quisiera saber, hoy, de un 100%, ¿cuánto tiene ocupado de tu vida el miedo?

Leo: Un 80%, a veces un 100%, creo.

Ítalo: ¿Entre 80% y 100%?

Leo: Sí.

Ítalo:¿Y me puedes ayudar a entender mejor cómo es este miedo? ¿Es agresivo contigo? ¿Es violento, te amenaza con cosas?

Leo: Es amenazante, pero es como eso que llaman 'pasivo-agresivo', porque está ahí pero no se ve, es como si estuviera escondido, pero es fuerte. Lo siento en todo el cuerpo, especialmente cuando tengo que socializar…

Ítalo: Leo, ¿esta conversación está sirviendo para sacarlo un poco del escondite, para hacerlo más visible?

Leo: Un poco.

Ítalo: ¿Crees que si seguimos un poco más en esta conversación vamos a poder conocer al miedo mucho más? Quiero decir, ¿crees que vas a poder tener una imagen más clara de cómo es?

Leo: Sí.

---

[31] Algunos autores escriben el nombre de los problemas con mayúscula: «Miedo», para otorgarle la categoría de nombre propio. Yo a veces lo hago en cartas o documentos terapéuticos que escribo para la gente. No lo haré en la redacción de este capítulo.

[32] Me refiero a Santiago, que es la capital de Chile, la ciudad más grande, estresante y contaminada del país, entre otras historias que podrían ser preferidas, como la ciudad en la que tengo amigas y amigos, en la que trabajo y en la que también tengo muy bonitos e importantes recuerdos, sueños y esperanzas.

Ítalo: ¿Cómo lo habrá hecho el miedo para lograr tener poder sobre el 80% al 100% de tu vida?
Leo: No sé.
Ítalo: Estoy pensando en Santiago, en que me dijiste que aquí tomó una fuerza que antes no tenía.
Leo: Sí.
Ítalo: ¿Qué cosas tendrá Santiago que le facilitan el acceso a tu vida? ¿Qué comida tiene en esta ciudad que no tiene en el sur que lo hace crecer tanto?
Leo: No sé…, después de un tiempo de estar en Santiago me empecé a sentir más exigido…
Ítalo: ¿Cómo es eso? ¿Me puedes explicar más?
Leo: Exigido. Como más expectativas de las personas a ser exitoso, a hacerlo bien, a ser como 'canchero' (referido a algo así como extravertido, popular, de fácil socialización, etc.). Me empezó a dar miedo quedar en ridículo, o no hacerlo bien, fallar, que no me respetaran, no sé…
Ítalo: ¿Y para cuidar el respeto y no quedar en ridículo el miedo te convenció que la solución era quedarse en la casa? ¿Algo así?
Leo: O sea, así lo evito, evito el riesgo.
Ítalo: Y cuando te quedas en la casa y evitas el riesgo, ¿el miedo crece o disminuye?
Leo: Por un lado disminuye, porque no me enfrento a las cosas, pero por otro aumenta porque me da cada vez más miedo salir.
Ítalo: ¿Puedo entender, entonces, que una de las tácticas del miedo para crecer y empezar a invadir entre el 80% y el 100% de tu vida es la de convencerte que te quedes en la casa para evitar el peligro?
Leo: Puede ser…
Ítalo: ¿Y te dice algo así como 'no vayas, puedes quedar en ridículo, te van a faltar el respeto', etc.? Así es como te convence.
Leo: ¡Sí!

A través de esta conversación con Leonardo podemos acercarnos a una primera caracterización del miedo y este hombre puede, por primera vez, hablar del miedo no como una característica propia, interna y esencial, sino más bien ubicarlo en un lugar fuera de él y hablar de las características del miedo, incluso de una de las tácticas o estrategias que este ocupa para invadir el 80% al 100% de su vida.

Esta conversación genera una posibilidad que antes Leo no había tenido, la de hablar del problema sin estar identificándose con él. Aunque Leo no utiliza el lenguaje externalizador desde el comienzo, eso no quiere decir que la conversación esté fracasando. No es nuestra misión que las personas hablen externalizadamente, más bien nuestra responsabilidad está en generar un contexto en que la persona pueda dar el primer paso en desidentificarse con el problema y tener una conversación que le permita

pararse en un territorio diferente, con nuevas posibilidades de significar la experiencia de la relación con el problema.

La segunda categoría de indagación es el *mapeo de los efectos del problema*. Nos interesa como segunda etapa, que requiere de una complejidad mayor, conocer las consecuencias que este problema está teniendo en la vida de la persona. Hacer visibles esos efectos pone a las personas en un nivel de reflexión crítico, los invita a considerar que este problema está teniendo efectos en su vida en lugar de creer que su vida 'fue y será una porquería', como dice el tango. Este es un proceso de poner el problema en relación a su vida, aquí se puede generar contraste en torno a lo que el problema está queriendo para la vida de la persona y lo que la persona quiere de su propia vida.

Ítalo: Leo, hemos podido conversar en torno a cómo es, cómo se ve, casi qué color tiene el miedo, ¿qué color tiene?
Leo: (Risa) Negro creo, a veces rojo…
Ítalo: A mí al menos me queda mucho más claro cómo es, cómo se ve el miedo. ¿A ti?
Leo: Totalmente…
Ítalo:- Me interesa saber ahora un poco más acerca de los efectos que el miedo está teniendo en tu vida.

En esta parte de la conversación ya no empiezo de cero. Mientras conversábamos acerca de la caracterización del problema, yo tomaba nota de aquello que pudiera servir para esta parte de la conversación y tengo la oportunidad de preguntárselo y animar una conversación en torno a los efectos del problema.

Ítalo: Yo anoté algunos que, creo, entendí de lo que ya hemos hablado. ¿Está bien si los cotejo contigo?
Leo: Claro.
Ítalo: El miedo no quiere que salgas a la calle, no quiere que te juntes con gente, no quiere que trabajes ni que ganes plata, y además quiere que te quedes solo. ¿Qué más? ¿Cuáles pueden ser otras intenciones del miedo con tu vida?
Leo: (Piensa un momento) No sé. Pero siento que estoy perdiendo mi vida por esto…
Ítalo: ¿El miedo quiere robarte tu vida? ¿Será esa otra intención que tiene el miedo?
Leo: Puesto así, claro, podría ser…
Ítalo: ¿Qué aspectos de tu vida se quiere robar? ¿Qué cosas de tu vida que son importantes para ti te quiere arrebatar el miedo?
Leo: Tener una pareja, poder trabajar, ganar plata y ser bueno en lo que hago, mi profesión.

Este mapeo de los efectos del problema puede ser más breve que esto, hay veces en que la gente solo dice: 'no me deja hacer lo que quiero' o 'me

quita demasiado tiempo' o 'está alejándome de mis hijos', y nada más. Esto puede ser suficiente. Lo que importa es poner al problema en un espacio relacional con la persona y que el o los efectos que la persona señale sean realmente significativos para ella. Durante la conversación el terapeuta puede ir tomando nota de aquello que la persona hable, que puedan ser efectos del problema para en algún momento volver y sumarlo a la lista.

La tercera categoría de indagación corresponde a *evaluar los efectos de las actividades del problema*. Lo que nos interesa aquí es generar un espacio en el que la persona pueda evaluar su experiencia frente a los efectos del problema, cosa que habitualmente ha sido hecha por otros. Por ejemplo, las mujeres tienen un control social muy grande sobre ellas, en el que muchas evaluaciones de sus vidas están predeterminadas. Cuando se consulta a una mujer en torno, por ejemplo, a los efectos de la violencia a la que han sido sujeta, se está ofreciendo un espacio en el que posiblemente ya ha habido muchas evaluaciones, incluidos diagnósticos y conclusiones de identidad producidos por otros, como 'histérica', 'débil', 'loca' o 'esto que te pasa es normal, no te debería afectar tanto', o 'no exageres, si no es una cosa terrible, las mujeres estamos acostumbradas a esto' o 'igual te lo merecías, mira la ropa que te pones'. Cuando la mujer, quien ha vivido los efectos del abuso ha podido en la conversación nombrar el problema (que es producto de la acción de otro que ha utilizado la violencia en contra de ella) y ha podido mapear los efectos del abuso, poder evaluar estos efectos es un paso muy importante en la experiencia. Que ella pueda decir con su propia voz y palabras que 'le parece injusto, 'muy malo', 'terrible' o como quiera, es no solo un acto de respeto y justicia, sino también un paso importante para la toma de acción. Preguntas que asisten en esta parte del proceso pueden ser: '¿Cómo es esto para ti?', 'Tengo mi propia opinión de todo esto pero, me gustaría saber, ¿qué opinas de estos efectos tú?', '¿El impacto de todo esto en tu vida es bueno, malo, más o menos u otra cosa?', etc.

Las evaluaciones de los efectos de los problemas no son necesariamente 'malas' siempre. Tampoco es nuestro rol convencer o cuestionar la evaluación que las personas hacen de su experiencia, esto sería reproducir el contexto abusivo de poder que ya existe en exceso fuera de la consulta de terapia. Nuestro rol es ser respetuosas y curiosas respecto de lo que la persona piensa y evalúa. Habitualmente las respuestas de las personas nos ofrecen entradas a mundos nuevos que nos interesa conocer y explorar.

La cuarta y última categoría de indagación propuesta por White es la de *justificar la evaluación,* y esta puede hacerse con una pregunta muy simple: ¿por qué? Una vez que la persona ha podido evaluar estos efectos, nos interesa saber qué hay detrás de esa evaluación, lo ausente pero implícito, aquello que está *en relación con* la evaluación. Retomando la historia de Leonardo, quien frente a la evaluación de los efectos me dijo: 'no me gustan', y avanzando un poco más en la conversación complementó con 'lo encuentro injusto', la pregunta fue:

Ítalo: Bueno, Leo, ¿y por qué no te gusta?, ¿por qué lo consideras injusto?

Leo: Es injusto porque me quedo solo.
Ítalo: ¿Encuentras injusto quedarte solo?
Leo: No creo que nadie tenga que estar solo. Yo tengo una familia grande, mucha gente, estoy acostumbrado a eso, tíos, primos, sobrinos… Aquí, lejos…
Ítalo: ¿Eres una persona que prefiere la compañía en la vida?
Leo: Sí, como todos…
Ítalo: Conozco mucha gente que prefiere, o al menos no le molesta, estar solo. Quisiera entender más. ¿Qué encuentras en la compañía con otros que te gusta? ¿Qué cosas importantes para ti en la vida encuentras cuando estás en compañía de alguien?
Leo: (Piensa) No sé.
Ítalo: Me puedes hablar de alguien que te haya hecho compañía en algún momento en tu vida. Me puedes contar un poco acerca de cómo te hace sentir esa persona…
Leo: Un primo. Roberto. Él es un primo mayor que yo y desde que yo era niño me dejaba que lo acompañara al cine que estaba cerca de la casa. Él ha sido alguien…
Ítalo: ¿Cómo te sentías cuando estabas con él? ¿Qué pensabas o sentías acerca de ti mismo cuando ibas con él al cine?
Leo: Me sentía bien…
Ítalo: ¿Bien? ¿Qué más? ¿Querido? ¿Aceptado?
Leo: Querido y aceptado. Y sobre todo lo pasaba bien, era entretenido. Él me mostró el cine, que es mi pasión.
Ítalo: ¿Estaba presente el miedo en esta relación con tu primo?
Leo: No.
Ítalo: ¿Me puedes contar otras historias con tu primo u otras personas en las que hayas estado entretenido y te hayas sentido 'bien, querido y aceptado'?

En esta etapa de la conversación hemos podido acceder a historias preferidas de Leonardo, historias de compañía y pasarlo bien, pero también historias en las que él no es un 'miedoso', ni un 'personalidad introvertida', ni un 'depresivo', más bien es una persona que se siente querida, aceptada y bien.

White también recomienda otro tipo de preguntas más directas como: ¿me puedes contar una historia que me haga entender mejor cómo es que tomas esta postura en tu vida?, ¿cómo es que desarrollas esta preferencia por vivir?, ¿qué historias de tu vida me pueden explicar de mejor manera que prefieres la vida acompañado y no solo?, etc.

Esta es la primera entrada a las historias de identidad preferida. Aquí tenemos acceso a los estados intencionales de identidad que moldean de manera preferida la vida de Leonardo. Conocemos aquellas cosas que son importantes para él, sus propósitos, convicciones, sueños, esperanzas, compromisos, deseos, creencias, etc. Aquí podemos entender, nosotras y

las personas cuyas vidas se encuentran al centro de la conversación, qué es aquello importante en la vida de ella de lo cual el problema quiere separarla y también estamos aprendiendo cómo desarrolló esas preferencias, qué historias de vida y relaciones nos puede contar que contengan estas intenciones y valores. Además podemos investigar en torno a los conocimientos de vida y destrezas para vivir que, en este caso, Leo ha desarrollado y le han permitido estar con gente.

Sin embargo, el trabajo no está resuelto en este punto. Lo que con Leonardo hemos logrado en esta conversación es alejarnos de la descripción totalizante del problema. Ahora Leo pudo hablar de manera crítica en torno al problema, identificándolo, diferenciándolo de sí mismo, estableciendo relaciones en torno a cómo afecta su vida y pudiendo evaluar para tomar una posición. Este es el primer paso para la toma de acción. Sin embargo, aún necesitamos construir un territorio preferido más amplio desde donde haya más opciones de acción. Esto se puede hacer por medio de diversas prácticas que describiré en los siguientes mapas.

Notas a las conversaciones de externalización

Preguntas de influencia relativa

White, en sus primeros escritos, habló de las preguntas de influencia relativa como una forma efectiva de separar a las personas del problema desde el comienzo de la entrevista:

> El cuestionario de influencia relativa está compuesto por dos grupos de preguntas. El primero anima a las personas a mapear la influencia del problema en sus vidas y relaciones. El segundo anima a las personas a mapear su propia influencia en la «vida» del problema (1989b: 8).

En sus últimos escritos no aparecen destacadas las preguntas de influencia relativa, más bien el mapa declarativo de posición que ya describí someramente. Sin embargo, me parece importante incluirlo en esta revisión ya que han estado presentes en la práctica por muchos años y son muy útiles, en términos de marcar una diferencia entre la identidad de la persona y la 'identidad' del problema de una manera respetuosa y no impositiva.

Ejemplos de preguntas de influencia relativa podrían ser:

Primer grupo. Influencia del problema en la vida y relaciones de la persona:

- ¿Quiere el fracaso que te quedes solo y sin futuro?
- ¿La rabia te convence de responder de maneras que no te gustan?
- ¿La vergüenza se apodera de tu rostro para que los otros se den cuenta que estás incómoda?

- ¿La anorexia quiere llevarse tu vida y todo lo que es importante para ti en ella?
- ¿Las pataletas te quieren separar de tus papás?
- ¿El mal humor quiere alejarte de tus amigos y convertirte en un ermitaño?

Segundo grupo. Influencia de la persona en la 'vida' del problema:

- Cuando estás con tu hija jugando y te sientes bien y alegre, ¿logras quitarle poder a la depresión? ¿Qué dice esto acerca del poder de tu relación con tu hija? ¿Cómo se llama esa fuerza que crean cuando están juntas que es como un antídoto a la depresión?
- Cuando te detienes a pensar, ¿haces que el miedo pierda poder de convencimiento? ¿Eres tú el que se convence a sí mismo? ¿Cómo aprendiste que tu pensamiento es amigo de tus pensamientos? ¿Qué hay en tu pensamiento que al miedo le da miedo y logras alejarlo?
- ¿Mostrarle el cariño a tu compañera hace que la desesperanza desaparezca por un rato? ¿Qué te muestra el cariño acerca de la vida que la desesperanza no quiere que veas?
- ¿La angustia pierde influencia en tu vida cuando empiezas a 'hacer los trabajos de la universidad'? ¿Con esto logras quitarle poder a la angustia? ¿Qué podría pensar yo acerca de cuáles son tus metas con la universidad? ¿Cuál es la oportunidad que la angustia te quiere quitar? ¿Por qué es importante esta oportunidad de ayudar a tu familia cuando termines tu carrera?
- ¿La anorexia ya no te puede convencer tan fácilmente que estás gordo cuando piensas en tus sueños de tener hijos y una familia a la que poder entregarle el amor que te han entregado a ti? ¿Son estos sueños los que te dan fuerza para dar pasos hacia una vida libre de anorexia? ¿Qué pasos podrías dar para empezar a acercarte al cumplimiento de estos sueños?

Externalización, responsabilidad y el trabajo con violencia, abuso y maltrato

Quiero hacer un comentario antes de terminar esta parte, a propósito del ejemplo de abuso que ofrecí antes. No tiene sentido externalizar acciones y la violencia y el abuso están dentro de esta categoría. Las acciones son perpetradas por alguien y externalizarlas sería obviar e invisibilizar la responsabilidad de la persona que ha hecho uso de estas acciones. Con esto ponemos en riesgo a la persona y no damos espacio para que el perpetrador de estas acciones tenga la oportunidad de tomar responsabilidad por ellas y desarrolle nuevas respuestas de vida, sin violencia o abuso.

Lo que nos interesa externalizar son categorías de identidad, descripciones de cómo es uno que han totalizado el sentido de identidad de la persona. Son las historias saturadas del problema. Me ha tocado trabajar con mujeres que han vivido con parejas que han utilizado la violencia y

que han llegado diciéndome que es en parte culpa de ellas porque 'soy una puta'. Entonces, la 'culpa', o la idea en torno a 'ser puta', pueden ser externalizadas y puestas en discusión.

Al trabajar con personas que utilizan la violencia en las relaciones, las conversaciones terapéuticas nutridas por la narrativa tienen como propósito desarrollar un sentido de responsabilidad que pueda informar nuevas acciones, sin el uso de la violencia. Las conversaciones de externalización tienen como propósito promover que las personas tomen posición y responsabilidad por sus vidas. Indagar en los efectos del uso de la violencia puede ser muy generativo en el contexto de trabajo con quienes han perpetrado violencia a otras y otros. El uso de la violencia no se externaliza, sin embargo, la ética externalizadora, no totalizadora de las identidades de las personas, nos ofrece un territorio amplio para trabajar con ellos sin identificarlos solo como 'violentos'. La ética externalizadora nos da la oportunidad de creer que hay otras historias, diferentes a la violencia, en la vida del perpetrador; historias que pueden servir como territorios de vida que promuevan la responsabilidad y la ética de las relaciones libres de violencia. Alan Jenkins (1990, 2009), Michael White (2011), Augusta-Scott (2007) y Rob Hall (en su práctica en el Centro NADA, en Adelaida, Australia), entre otros terapeutas, han trabajado con hombres que ejercen o han ejercido violencia contra otras y otros. Ciertamente recomiendo su lectura.

2. Conversaciones de reautoría

La *reautoría (re-authoring)* es el proceso mediante el cual colaboramos con las personas en el desarrollo enriquecido de sus historias preferidas, en la narración de historias relacionadas con sus valores y lo que es importante para ellas, sus conocimientos particulares de vida y las destrezas específicas que han desarrollado para vivir.

Citando a White:

> El terapeuta facilita el desarrollo de estas historias alternativas al introducir preguntas que animan a las personas a recolectar su experiencia vivida, a expandir sus mentes, a poner en práctica su imaginación, y a emplear sus recursos de construcción de significado (2007: 61-62).

Estas conversaciones invitan a un proceso similar al que ocurre cuando se lee una novela, en la que el autor final de la novela es el lector, quien activa su imaginación para llenar todas aquellas grietas que existen en el relato, aquello no contado, los infinitos espacios aún sin significar. Es un proceso que genera ese comentario tan común cuando uno ve la película de un libro que leyó antes: 'no es como me lo había imaginado', o 'el libro es tanto mejor, tiene imágenes mucho más ricas'.

En las conversaciones de reautoría tenemos la posibilidad de hacer preguntas a las personas que las inviten a llenar espacios de historias no contadas de su propia vida, de atribuirle significado, de hacerlas visibles.

Las preguntas que asisten en este proceso son de dos tipos: las preguntas del *panorama o territorio de acción (landscape of action)* y las preguntas del *panorama o territorio de identidad (landscape of identity)*.

Las primeras son referidas a los eventos, vinculados a través del tiempo, en torno a un tema. Las segundas son referidas a los estados intencionales, a la interpretación de los eventos, a los compromisos, creencias, valores, sueños, esperanzas, etc., vinculados a los eventos.

Preguntas del panorama o territorio de acción que pueden asistir en este proceso pueden ser del tipo:

- ¿Qué historia me podrías contar para ayudarme a entender mejor tu perseverancia?
- ¿Qué te vería haciendo en relación a proteger a tus hijos?
- ¿Qué me podría contar tu hermana acerca de ti y la valentía?
- ¿La relación con tu hija es una relación en la que encuentras ternura? ¿Me puedes dar un ejemplo de la ternura en la relación con ella?
- ¿Cómo te imaginas a ti mismo en un mes más si sigues evitando vomitar como lo has estado haciendo este último mes? ¿Qué te gustaría empezar a hacer? ¿Qué nuevas posibilidades se te abren si continúas desafiando los mandatos de la bulimia?

Preguntas del panorama o territorio de identidad que pueden asistir en este proceso pueden ser del tipo:

- Cada vez que te arreglas, pese a los esfuerzos que hace la depresión para que no lo hagas, ¿qué estás cuidando que es importante para ti?
- Cuando te reúnes con tu madre los domingos por la tarde, ¿por qué lo haces? ¿Qué es eso que estás cuidando en tu relación con ella?
- Me contaste una muy bonita historia de cómo has aprendido a no gritarle a tus hijos, ¿qué dice esto de lo que no quieres dañar en tu relación con ellos? ¿Qué me puede decir esto acerca de tus intenciones con tus hijos?
- Esta historia que me cuentas, ¿está vinculada a alguna creencia o algún compromiso al cual no tienes la intención de renunciar?
- Estos nuevos pasos, ¿tienen relación con alguna esperanza?, ¿tienen que ver con cómo quieres que las cosas sean en el futuro?

3. Conversaciones de remembranza

«Decir de nuevo: ¡hola!», artículo publicado por primera vez en 1988 *(«Saying hello again»,* republicado en White, 1989b*),* fue la primera publicación en la que White comparte la idea de reincorporar al ser querido que ha fallecido utilizando la metáfora de 'decir hola' en lugar de 'decir

adiós'. Luego, en 1991 (republicado en 1992), publica una conversación junto a David Epston en la que reflexionan en torno a esta metáfora y su aplicación para personas con Sida. Michael refiere la idea en torno a que 'las identidades personales son negociadas y distribuidas dentro de una comunidad de personas' (29).

Estas ideas, muy asociadas al construccionismo social (Berger y Luckman, 2008), partieron con el ánimo de responder a personas viviendo en contextos de duelo o en torno a una enfermedad con pronóstico de muerte[33]. White estaba interesado en lo que en la cultura psicoterapéutica y médico psiquiátrica es conocido como 'duelo patológico', y en el argumento de que las personas deben ser capaces de superar, olvidar, dar vuelta la página y seguir adelante aceptando que la/las personas queridas ya no están. Esto se puede extender a muchas sociedades con su historia política, como la chilena reciente en que la dictadura militar (1973-1990) torturó a más de 10.000 personas y asesinó a más de 3.000[34]. Hoy es común escuchar a políticos y otras personas, especialmente de sectores de derecha aún partidarios del Golpe de Estado y la Dictadura, decir frases como: 'demos vuelta la página', 'basta con el resentimiento', 'es tiempo de mirar al futuro y dejar el pasado atrás', 'hay gente que se quedó pegada', 'cómo no son capaces de olvidar', y muchas otras violentas frases sustentadas por la misma metáfora dominante del 'decir adiós' que informa la mayor cantidad de prácticas psicoterapéuticas y médico-psiquiátricas contemporáneas, cuya principal consecuencia es la de matar dos veces a las personas, primero con su muerte física, luego con la muerte del olvido.

Las metáforas de decir hola de nuevo y de remembranza promueven prácticas contrarias a las recién descritas. Son prácticas que consideran relevante la memoria y la justicia como elementos fundamentales para poder mirar al futuro, son metáforas que respetan la pertenencia de las personas en las vidas de otras personas, en el legado y la contribución mutua. En lugar de matar dos veces, estas prácticas producen la reincorporación, el resucitar de la memoria, el adornar una nueva habitación a los que han partido, una habitación en el recuerdo, una habitación en las acciones que seguimos haciendo en nombre de la contribución y el legado de quienes ya no están en cuerpo. Es una posibilidad de nacer dos veces.

Más adelante White incorporó estas ideas asociadas al legado, la memoria y la contribución mutua, a las prácticas conversacionales mucho más allá de los contextos de muerte y duelo. Las exploraciones de White (2007) en torno a la «concepción de que la identidad es fundada sobre una 'asociación de vida' en lugar de un núcleo del sí mismo» (129) continuaron e incluyeron a Barbara Myerhoff, quien introduce la metáfora de

[33] A principios de los años noventa, los tratamientos para personas con VIH positivo no eran tan efectivos como hoy. La mayoría de quienes adquirían el virus fallecían producto de los efectos del Sida.

[34] Para más información revisar informes de Comisiones de Verdad y Justicia: http://www.cedocmuseodelamemoria.cl/documentos/

'*re-membering conversations*'. Un coro de voces que constituyen nuestra identidad. Un coro de voces que aumenta el grado, volumen o poder de ciertas voces y baja el grado, volumen o poder de otras. Aquí la persona no está obligada a incluir a gente que ella no considere parte de su 'club o equipo de vida', no es un árbol genealógico, ni un gráfico de sus más cercanos en el que todos aparecen por igual. Aquí la persona decide a quién incluye y a quién excluye de su vida. No querríamos obligar a un niño a incluir a su tío que abusó de él solo porque es consanguíneo. Lo que nos interesa es contribuir con el sentido preferido de identidad de la persona, por lo tanto, animamos la inclusión de todas esas personas vivas o muertas, autores, superhéroes, peluches, personajes de películas u obras de teatro, mascotas, dibujo animado, amigos imaginarios, etc., que la persona considere que ha hecho un aporte, que ha contribuido en su vida de una manera preferida.

Esta metáfora parece no tener una traducción al chileno que cubra ambos significados encontrados en inglés. *Re-membering* por un lado alude a *recordando,* y, por otro, a *volver a ser miembro*. En chileno hemos intentado pensar en distintas posibilidades de traducción, como 'remembresía' o 'remembranza'. En México, Alfonso Díaz le ha llamado 're-cordada'. En la traducción de Gedisa del libro de White (2002), *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas,* utilizan 'reincorporación'. Todas refieren a '*re-membering*'. La traducción que realmente importa, según mi modo de ver las cosas, es la traducción a la práctica de todo lo que involucra la idea del '*re-membering*'.

El mapa que propone White (2007) tiene cuatro categorías de preguntas: 1) *preguntas por la contribución de la figura significativa en la vida de la persona*, 2) *preguntas por la identidad de la persona a través de los ojos de la figura significativa*, 3) *preguntas por la contribución de la persona en la vida de la figura significativa* y, 4) *preguntas por la implicancia de esta contribución en la identidad de la figura significativa*.

Compartiré un extracto de una conversación con Carlos, un boliviano de 15 años que vive en Chile hace más de cuatro. Producto de un problema con su padre, quien vive en Bolivia, se ha conectado con una fuerte sensación de injusticia que invita a la rabia y que lo ha llevado a usar la violencia en diversas situaciones. Esto le ha traído problemas con su mamá, con su hermana menor y con la pareja de la mamá. Estas tres son personas con quienes vive y a quienes quiere mucho y siente que lo están conociendo de una forma que no quiere, puesto que, para él, la tolerancia, el respeto, la sinceridad y la conversación son valores fundamentales en las relaciones.

Ítalo: Tú me dices que sabes que hay algo que a ti te serviría, que es algo que tú necesitas, que es que tu papá te *comprenda* y te *aconseje* y te *tenga confianza*. Que haya una relación de confianza, como con tu mamá. Eso tiene que ver también con el *cariño*.

Carlos: Sí.

Ítalo: Después me dices que el hecho de que esto no esté para ti es injusto y te da rabia por ti, por tu hermana y por tu mamá, ¿es correcto?

Carlos: Sí.

Ítalo: Entonces yo te dije una frase que me dijiste que te resonaba, que esta rabia o esto que tú haces es como un reclamo. ¿Podemos volver a eso? ¿Estás reclamando tu derecho a qué?

Carlos: Estoy reclamando el derecho a tener un papá, un papá que esté presente.

Ítalo: Estás reclamando el derecho a tener un papá que esté presente. ¿Y eso es algo que para ti en la vida es importante, que un papá esté presente?

Carlos: Sí. Siento que me falta alguien que me dé un apoyo…

Ítalo: Alguien que te dé un apoyo… ¿Me puedes hablar de otras personas que te estén dando ese apoyo? ¿Me podrías dar un ejemplo o contar una historia que me haga entender un poco más a qué te refieres con *'alguien que me comprenda, que me aconseje, que me de confianza y cariño'*?

Carlos: No sé… Mi mamá con el tema del alcohol, que me comprende porque también tuvo mi edad y me aconseja que no tome mucho, que no haga estupideces y que me quiere porque me castiga y me educa y eso es lo que no tengo de mi papá. Porque yo estuve en Bolivia en el verano y le había dicho a mi papá que me quedaba en la casa de un amigo. Nos fuimos a un bar y me sacaron como tres o cuatro fotos, yo estaba medio borracho y mi papá las vio y me castigó un día y después como que le dio lo mismo.

Ítalo: Y con tu mamá es distinto. ¿Cómo es con ella?

Carlos: Ya no es de tanto castigo, pero hablando mucho conmigo…

Ítalo: Es hablar harto contigo…

Carlos: Sí.

Ítalo: ¿Qué más hace? Hablar harto contigo, ¿qué más?

Carlos: No, eso…

Ítalo: ¿Qué diferencia hace que tu mamá te hable mucho o que te hable harto? ¿Qué diferencia hace en tu vida eso?

Carlos: Eso me da confianza.

Ítalo: ¿Te da confianza en ti mismo? ¿Te da confianza en ella?

Carlos: En ella.

Ítalo: Te da confianza en ella. ¿Confianza para contarle cosas o…?

Carlos: Para contarle cosas.

Ítalo: ¿Y eso qué diferencia hace? ¿Tener a alguien a quien tú puedas contarle cosas?

Carlos: No sé mucho…, porque no tengo muchas personas que les puedo contar todo. Y también es como para descargarme un poco.

Ítalo: ¿Tú valoras las relaciones donde hay confianza y donde uno pueda contar y ser transparente y que al otro le importe eso que tú estás contando?

Carlos: Sí.

Ítalo: ¿Tú le das eso a alguna gente?

Carlos: Sí.

Ítalo: ¿Me puedes contar un poco acerca de eso? ¿A quién le das confianza, a quién lo escuchas, a quién lo aconsejas?
Carlos: Con mis amigos, mi mamá…
Ítalo: Ya, tus amigos y tu mamá…
Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Me puedes dar algún ejemplo que sea importante respecto de eso?
Carlos: Puede ser con mi mamá. Siempre que discute yo estoy ahí, la calmo y la escucho. Me cuenta todo lo que pasó, por qué pelearon, si Gustavo *(su pareja)* le hizo algo o ella le hizo algo y todo… Me cuenta su vida también, cómo fue…
Ítalo: ¿Y tú crees que eso hará una diferencia en la vida de tu mamá?
Carlos: Yo creo que sí.
Ítalo: ¿Qué te imaginas tú?
Carlos: Que tiene un hijo que la puede escuchar y que siempre va a estar ahí y que le puede contar todo.
Ítalo: ¿Y qué pensará ella de quien eres tú como persona cuando le regalas esta oportunidad de confianza, de escuchar, de tener un hijo que siempre va a estar ahí disponible?
Carlos: Ella me ha dicho que ella sabe que yo soy buena persona aunque tenga estos, como rabia, enojos, no sé, faltar el respeto…
Ítalo: ¿Y cómo tú te ves a ti mismo cuando entregas esto a otros?
Carlos: ¿Cómo?
Ítalo: ¿Te gusta el Carlos que entrega confianza, que puede escuchar, que comprende, que aconseja?
Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Por qué te gusta ese Carlos? ¿Qué tiene ese Carlos que te gusta?
Carlos: Porque muestra como soy. Lo que me da rabia es que cuando me enojo muestra como yo no soy.
Ítalo: ¿Como no te gusta ser, como no eres?
Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Y por eso también encuentras que esta situación es injusta? ¿Eso tendría que ver con la historia de que esto que está ocurriendo es injusto?
Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Qué hace que acumules rabia y muestres un Carlos que no te gusta ser o que no eres tú? ¿Algo así?
Carlos: Sí.
Ítalo: Sin embargo, hay otros momentos en tu vida que muestran a otro Carlos, que es el Carlos que te gusta ser, que es el que entrega confianza, el que escucha, el que aconseja…
Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Cuál sería otro ejemplo? Con tu hermana, por ejemplo.
Carlos: Con mi hermana no tanto, porque ella no tiene muchas cosas que contar.
Ítalo: Estoy pensando si ella se dará cuenta que a ti te importa su sufrimiento.

Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Sí? ¿Y qué diferencia hará en su vida que tú te preocupes por ella? ¿Que haya alguien y que ese alguien sea su hermano más grande que se preocupe por su sufrimiento?
Carlos: Creo que le da seguridad.
Ítalo: ¿Seguridad?
Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Y te gusta? ¿Para ti es importante poder darle seguridad, poder regalarle eso? ¿Crees que es una contribución que tú estás haciendo a la vida de ella?
Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Por qué te importa ella? ¿Te ha contribuido en algo también a ti? ¿Te ha regalado algo en términos de vida? ¿Cariño, una mirada, una risa?
Carlos: ¡Sí! Risa, cariño… Y también me hizo…, porque como antes era hijo único y nació ella, me hizo ser menos egoísta.
Ítalo: Ya, o sea ella hizo una gran contribución en tu vida enseñándote a no ser tan egoísta, quizás sin saber tanto, pero con el solo hecho de existir. ¿Tú aprecias eso que ella te regaló? ¿Tú aprecias ser una persona que no es tan egoísta?
Carlos: Sí.
Ítalo: Si eres una persona menos egoísta, ¿entonces eres una persona más solidaria, más social, más comunitaria? ¿Más qué?
Carlos: Más solidaria.
Ítalo: ¿Más solidaria? ¿Esa es una buena palabra?
Carlos: Sí.
Ítalo: ¿Te está haciendo sentido esto que estamos hablando?
Carlos: Sí.

Este extracto, como los demás presentados a lo largo de este capítulo, son solo ejemplos reales de conversaciones, no muestran la forma correcta ni ideal de hacerlo. No existe una forma correcta o ideal de llevar estas conversaciones, lo que existe es un sentido, un camino y una intención.

En este caso, Carlos, producto de esta conversación, puede acceder a historias de sí mismo en torno a la solidaridad y el escuchar que son diferentes a las historias de rabia, enojo y violencia. Y este logro está desarrollado en un marco de conversación que pone en el centro de la identidad de Carlos su relación con su mamá y su hermana, cuyos ojos reflejan, 'un Carlos que soy, no uno que no soy'.

4. Ceremonias de definición o ritos de reconocimiento y celebraciones de identidad

Narrar, renarrar y renarrar la renarración, esta es la descripción de lo que se busca con este mapa de la ceremonia de definición.

Al finalizar la conversación, invito a Carlos a compartir estos nuevos conocimientos y aquello que para él es importante en las relaciones con otros, e invitamos a su mamá y a la pareja de su mamá a unirse a la conversación. Además quedó con la intención de pensar en nuevas posibles formas para manejar la rabia en este contexto injusto. Estos *otros significativos* serán testigos de estas historias preferidas y contribuirán en el enriquecimiento de estas historias subyugadas preferidas de Carlos a través de la renarración y la renarración de la renarración. Por temas de espacio no compartiré la conversación completa que tuvimos, pero sí un extracto de su final. La conversación comenzó con una entrevista a Carlos en la que le leí un documento terapéutico que resumía parte de la conversación anterior en torno a aquello que es importante para él en las relaciones: la tolerancia, la sinceridad, el apoyo, el cariño, la confianza, etc. Mientras leía la carta y luego la comentábamos con Carlos, la mamá y su pareja escuchaban en el rol de testigos externos. Los tres participaron tanto en el rol de entrevistada, entrevistado y de testigos externos. Al final volví a conversar con Carlos de todo lo que había escuchado y me comentó:

Carlos: Me pareció justo… que se escucharon y se tomó en cuenta lo que cada uno decía.

Ítalo: ¿Ese es un conocimiento que tú tienes acerca de la justicia? ¿Para ti, que la gente se escuche y pueda decir lo que cada uno quiere decir tiene que ver con la justicia?

Carlos: Sí.

Ítalo: ¿Tú sabías que tenías una noción de justicia en tu vida y que tenía que ver con todo esto?

Carlos: Sí.

Ítalo: Después de todo esto que hablamos, Carlos, todos aquí, ¿dónde estás ahora que no estarías si no hubieras estado presente en esta conversación? ¿Te quedas con esta sensación de justicia? ¿Hay algo que te llevas de acá? ¿Una sensación de tranquilidad, de esperanza o de algo?

Carlos: Esperanza y tranquilidad.

Ítalo: Esperanza y tranquilidad… son entonces sensaciones compartidas con Graciela y Gustavo las que te llevas.

Lo que comparto aquí es un efecto que difícilmente podría haber logrado en mi rol de terapeuta y que sí se pudo lograr en el contexto de este rito conversacional en el que las voces de cada una de las personas pudo ser escuchada y respondida, aunque con un formato diferente a las conversaciones de escuchar y responder que llevamos a cabo en la cotidianeidad. Esta práctica rompe con las reglas de conversación habitual y propone una forma diferente que habilita a las personas a responder desde

sus resonancias, donde se evita cualquier tipo de evaluación o prácticas asociadas al aplauso. Estas no son prácticas de celebración en el sentido de aprobación o desaprobación -implícitas en el aplauso-, más bien invitan a las personas a descubrir nuevos territorios de sus vidas, lugares que han sido desconocidos hasta aquí o que se creían perdidos.

Personalmente, me gusta llamarlas *rito de reconocimiento y celebración de identidad*, esto me ha ayudado a compartir con la gente el sentido que para mí tiene esta práctica. Es un rito organizado para reconocer aspectos de la vida de la persona que está al centro del rito, aspectos de los cuales la persona se siente orgullosa, aquellas cosas que hablan de quién es él o ella de una manera preferida.

La estructura básica de este rito es en tres partes. *Primero* se entrevista a la persona cuyas historias están al centro de las conversaciones, se hace una reautoría. Aquí se obtiene la primera narración. *Segundo,* se entrevista a los testigos externos en torno a las historias que escucharon, esto puede ser de a uno o a todas juntas, según el contexto. Esta parte es la renarración de la narración. *Tercero,* se vuelve a entrevistar a la primera persona, ahora en torno a todo lo que ha escuchado de la renarración. Aquí se obtiene una historia aún más gruesa que sería la renarración de la renarración de la narración.

Michael dividió las preguntas a los testigos externos en cuatro categorías. Aquí compartiré brevemente cada una con ejemplos de preguntas posibles. Por supuesto, hay mucho que dejaré fuera. Las cuatro categorías son:

a. La expresión. Estas preguntas tienen que ver con aquello que a los testigos llamó la atención al oír el relato. Las expresiones, los gestos, alguna frase o palabra que haya destacado o interesado en particular. Expresiones en torno a aquello que para la persona es importante en la vida, sus valores, sus nuevos desarrollos.

Preguntas que pueden asistir en esta parte:

- De lo que escuchaste en este relato, ¿hay algún gesto o palabra que te haya llamado particularmente la atención?
- ¿Cuál de las expresiones particulares de Pedro te interesó más?

b. La imagen. Estas preguntas buscan indagar en las imágenes que el relato ha evocado en torno a la vida de la persona, su identidad preferida, lo que es importante para ella, etc. Son solo supuestos, no se invita a la persona a decir verdades ni conclusiones objetivas de la identidad de la persona. Lo que se invita es a suponer, imaginar y evocar imágenes desprendidas del relato.

Preguntas de este tipo pueden ser:

- De lo que te llamó la atención del relato, ¿qué imagen te haces de la vida de Karin?
- ¿Cuáles crees que serán las cosas importantes para Tamara?
- ¿Cuál podría ser un compromiso que Claudio guarda en su vida?
- Lo que oíste ¿te habla algo acerca de cuáles serán sueños o esperanzas de José Luis?
- ¿Qué te imaginas que Isabel valora en la vida?

c. *Resonancia personal*. Estas preguntas buscan indagar en lo que White llama la incorporación, con qué de la historia personal de las y los testigos está relacionada la resonancia, eso que les llamó la atención; cómo aquello que llamó la atención o que tocó una fibra sensible está en relación a algo que para la o el testigo, ahora entrevistado, es importante en su propia vida.

Algunas preguntas podrían ser:

- Lo que oíste y te llamó la atención ¿tiene relación con algo que sea importante en tu vida?
- ¿Me puedes contar una historia de tu vida que esté en relación con esto que te llamó la atención del relato?
- ¿La perseverancia y la paciencia están presentes también en tu vida? ¿Me das un ejemplo en que estén presentes?
- ¿Son estos compromisos y sueños que tú también compartes? ¿Son importantes para ti también? ¿Me puedes contar cómo surge esto en tu vida?

d. *Transporte*. Estas preguntas están relacionadas con el concepto de *katarsis*. Al ser testigo y partícipe de las historias, hay un movimiento hacia algún lugar, un nuevo pensamiento, una nueva idea, emoción, sentimiento, compromiso, intención, plan, deseo, etc. No se es indiferente a las historias en un contexto como el de los ritos de reconocimiento y celebraciones de identidad (ceremonias de definición). A este movimiento Michael asignó el concepto de *katarsis*, haciendo hincapié en que se refería al significado clásico del concepto, asociado a la tragedia griega, en el que los espectadores de las historias ya no eran los mismos que antes de ser testigos del espectáculo. Distingue este concepto de la significación moderna estructuralista que refiere la catarsis (con 'c') a un proceso de descarga o 'pulsión', como de olla a presión que al abrirse libera todo lo que había dentro y queda vacía, limpia o liviana. El concepto asociado a la tragedia griega tiene relación con el movimiento que se puede producir de una historia a otra historia, de un tema a otro y cómo esto impacta en la identidad y en la sensación de sí mismo.

Preguntas que pueden ayudar a indagar acerca de esto podrían ser parecidas a:

- Luego de haber participado de toda esta conversación, ¿dónde estás que no estarías de no haber estado aquí?
- ¿Te quedas pensando en algo diferente a lo que tenías en mente cuando llegaste? ¿Alguna idea, emoción, sentimiento diferente?
- Cuando vayas bajando la escalera luego de despedirnos, ¿tendrás algo en mente que te lleves de aquí? ¿Ganas de hacer algo diferente a lo que has estado haciendo? ¿O quizás hacer lo que estás haciendo con aún más ganas?
- ¿Te conectaste con algo que sea importante para ti luego de toda esta conversación?

El pequeño fragmento que compartí antes del final del rito con Carlos tenía relación con la katarsis. La mamá y su pareja coincidieron en la esperanza, como una sensación nueva, como transporte. Carlos también coincidió con esa sensación como producto de la conversación y agregó la idea de justicia, la sensación de que había sido 'justo' hablar de esto. Aunque en esta ocasión coincidieron con la sensación de esperanza, no es en absoluto un objetivo de estas prácticas que el transporte sea el mismo, pueden ser completamente diferentes y está muy bien.

5. Destacando las excepciones

Es difícil, cuando las personas tienen relatos saturados de problemas, poder encontrar excepciones, eventos pequeños que contradigan la historia dominante. Sin embargo, cuando estos aparecen y son identificados y significados como tales por la persona al centro de la conversación, es muy frustrante no saber qué hacer con ella, con la excepción, para convertirla en una historia rica, en un territorio amplio de identidad preferida.

White propone el uso del mapa declarativo de posición *versión 2*. Este contempla las mismas cuatro categorías comentadas en las conversaciones de externalización (en inglés, *externalizing conversations*) pero, en lugar de trabajar con el problema, se trabaja con la excepción o iniciativa de la persona.

Verónica, 16 años, llega a consultar porque se siente 'muy angustiada', una 'angustia que viene de la nada' y que la invita a cortarse los brazos. Esto ocurre al menos una vez al mes. Además, producto de esto andaba 'sin ánimo ni energía', 'media depre', y esto, según me dijo, tenía consecuencias en que había dejado de preocuparse de su pelo, de su higiene. Me cuenta que 'incluso hay veces que no me lavo los dientes en todo el día y no me gusta'. Yo la miré y me dio la impresión que estaba duchada, con el pelo limpio, con una ropa que mostraba más que un mínimo de preocupación. Además, noté que la angustia no estaba presente en ese momento de la manera en que ella me describía que algunas veces estaba.

Esto no siempre ocurre. Hay muchas veces en que los problemas acompañan a las personas a terapia y se sientan cerca, muy cerca de ella. Esta vez no fue así y me dio curiosidad preguntar sobre esto, pues pensé que esta podía ser una excepción a la historia dominante de la angustia. También pensé que quizás estaba siendo testigo de una iniciativa en torno a su higiene personal que era contradictoria con la historia que me estaba contando.

«Vero, ¿te puedo preguntar algo?», le dije, «¿Estoy correcto en pensar que la angustia no te acompañó a esta cita conmigo? Además quería preguntarte si es correcto también pensar que hoy parece que te bañaste y te preocupaste por tu ropa e higiene?». Me respondió, con una sonrisa amable, que estaba en lo correcto con ambas y continué: «¿Puedo pensar que esta es una excepción a lo que me estás contando respecto de como la angustia trata de invadir tu vida?». «Sí», respondió breve y cortado, más

con un gesto de cabeza que con la palabra. «¿Puedo también pensar que tu relación con tu higiene hoy fue diferente y que te preocupaste más por estar cómoda contigo misma o algo así?». «Sí», nuevamente con la cabeza, como curiosa de hacia dónde quería llegar con mis preguntas. «¿Está bien si hablamos de una de las dos, de la excepción a la angustia o de tu iniciativa con tu higiene?». «No sé, me da lo mismo», me dice. «¿Puedo hacerte unas preguntas acerca de cómo es que lograste que la angustia no te acompañara a esta cita conmigo hoy? ¿O preferirías que te preguntara acerca de cómo lo hiciste para tomar la decisión de bañarte y arreglarte hoy?». «Eso, de que me arreglé hoy», me dijo. Esto para mí fue un punto de partida, un pequeño regalo que Verónica me hizo, una puerta de entrada a la posibilidad de ampliar esta iniciativa de una manera enriquecida.

Comencé a hacer preguntas de las cuatro categorías de indagación del mapa declarativo de posición 2, centrado en su iniciativa de 'arreglarse' y preocuparse por su higiene y presencia, a lo cual llamó con el nombre de 'amor propio'. Esta fue nuestra negociación de una *descripción particular, cercana a su experiencia de la iniciativa (primera categoría de indagación)*. A continuación comparto algunas de las preguntas que apoyaron todo el proceso:

- *Segunda categoría de indagación: mapeando los efectos de la iniciativa*
  - Cuando el amor propio está presente en tu vida, ¿cómo te sientes contigo misma? ¿Qué piensas de ti y de tu vida cuando te relacionas con el amor propio?
  - Cuando las personas notan que en tu vida está presente el amor propio, ¿qué piensan de ti? ¿Qué habla esto de lo que es importante en tu vida?
  - ¿Qué piensas que podría pasar en tu vida si te relacionaras más seguido con el amor propio? Tus esperanzas, tus sueños, ¿calzan con las esperanzas y sueños que el amor propio tiene planeado para ti?
  - Cuando el amor propio está presente, ¿qué nuevas cosas puedes hacer? ¿Cómo te hace sentir? ¿Qué efectos tiene esto en las dificultades que puedan estar presentes en ese momento en tu vida?
  - ¿Cómo impacta el amor propio en tu relación con las demás personas?
  - Cuando el amor propio se hace presente mientras estás estudiando o preparando un trabajo, ¿qué diferencia hace? ¿Te ayuda a realizar esas tareas o te las dificulta?
  - ¿El amor propio te contribuye más a dañar tu cuerpo o a cuidar de ti y de tu cuerpo?
  - ¿Qué historia de tu futuro podría ser más posible que ocurriese si el 'amor propio' fuera un aliado tuyo?
- *Tercera categoría de indagación: evaluando los efectos de la iniciativa*
  - ¿Cómo suena para ti todo esto que logras cuando te relacionas más de cerca con el amor propio?

  - ¿Son resultados preferidos para ti estos que obtienes cuando el amor propio tiene más fuerza en tu vida?
- *Cuarta categoría de indagación: justificando la evaluación de los efectos de la iniciativa*
  - Yo creo tener alguna idea pero quisiera oírlo de tu propia voz, ¿por qué para ti son 'muy buenos' estos efectos del amor propio en tu vida?
  - ¿Qué historia familiar me podrías contar que sea testimonio de tu preferencia por estos efectos?
  - ¿Qué valores y compromisos que tienes en la vida me podrían ayudar a entender por qué estos resultados son 'muy buenos' para ti? ¿Qué historias de tu vida me puedes contar como ejemplo de estos valores y compromisos?
  - ¿Qué creencias tienes de la vida que me pueden ayudar a entender por qué estos efectos de relacionarte de cerca con el 'amor propio' son 'muy buenos'?

Estas son preguntas parecidas a las que hice en la conversación. En el contexto mismo de la charla las preguntas no son tan estructuradas, van abrazándose con el lenguaje, con la forma de expresarse de la persona que está en frente y de la relación que formamos.

'Pero las preguntas no funcionan', 'son preguntas muy complejas', 'solo sirven para personas con un alto nivel de educación', '¿será que esta terapia solo funciona en inglés?' o '¿serán Michael White y David Epston los únicos a los que estas preguntas les han funcionado?', son comentarios que me ha tocado oír en numerosas ocasiones, especialmente de personas que están recién aprendiendo y familiarizándose con el lenguaje particular de la práctica narrativa. También -y en más ocasiones aún- he oído estas frases de terapeutas que usan la narrativa como 'técnica'.

Las preguntas narrativas no son fáciles de aprender. El lenguaje narrativo, como dice Epston (2010, comunicación personal), es un lenguaje diferente al que hemos estado acostumbrados en la cultura psicoterapéutica, es un segundo lenguaje que deberíamos aprender si nos interesan estas prácticas. El lenguaje de la narrativa, como cualquier otro lenguaje, es testimonio de una cultura, de una serie de valores, creencias y conocimientos de la vida y las relaciones que dan forma a una manera particular de expresarse y de usar las palabras (o cualquier otro lenguaje expresivo). Hacer preguntas narrativas requiere la comprensión de la ética y de los valores que están apoyando las prácticas.

Cuando trabajamos en terapia deberíamos poder desarrollar con las personas que nos consultan una conversación que las ayude a hablar de aquellas historias de las cuales no han podido hablar en otros contextos. Por esto es que el uso del lenguaje, las palabras y las formas de expresión en el contexto terapéutico se ven diferentes al lenguaje, las palabras y las formas de expresión que se utilizan fuera de este contexto.

Si estamos proponiendo a la sociedad que, como terapeutas, una hora de conversación tiene un valor diferente, en resultados y en dinero, a una conversación coloquial, entonces pienso que es nuestra tarea no reproducir un tipo de conversación que podría desarrollarse en cualquier otro contexto. ¿Qué es lo distinto que ofrecemos los terapeutas? A mi manera de entender, estamos ofreciendo un lenguaje particular, nutrido por una serie de conocimientos particulares acerca de la vida y de las relaciones, del proceso de construcción de identidad, del valor de las historias, etc., que consideramos pueden ser útiles para las personas.

Cuando un guionista escribe un guión, o un dramaturgo una obra de teatro, necesita utilizar un lenguaje que parece cotidiano pero que en realidad no lo es. Es un diálogo o son acciones que se ven como si fueran del día a día, pero en realidad son un lenguaje nuevo que responde al contexto particular, como es el de una película o una obra. El diálogo que pueden tener dos personajes en un café, que dura un minuto y medio, debe poder expresar lo que ahí está ocurriendo, proveer de información y hacer avanzar de algún modo la historia. Difícilmente un diálogo de la vida cotidiana podría servir para desarrollar una película y, si así fuera, requeriría de la 'edición' del guionista o del director o de quien esté contando la historia.

El lenguaje de terapia también es un lenguaje diferente. No necesariamente es el que utilizamos cuando hablamos con las personas en la cotidianeidad. Tiene algunas adecuaciones y está moldeado por la responsabilidad que tenemos en cuanto a los efectos reales que nuestras conversaciones tendrán en las vidas de las personas. Sin embargo, también requiere -como en un guión- poder construir un puente entre lo que es familiar y conocido para la persona y lo que es posible de conocer y hacer. De esto trata el siguiente mapa.

6. Conversaciones de andamiaje

Interesado en el trabajo del psicólogo ruso Lev Vygotsky (1995), en relación al desarrollo de conceptos en las niñas y los niños y su impacto en el aprendizaje, White elaboró el mapa de las conversaciones de andamiaje.

La metáfora de andamiaje alude a la colaboración que el terapeuta hace a la persona para cruzar el espacio que existe entre lo que es familiar y conocido hacia lo que es posible de conocer y hacer. Vygotsky llamó a este espacio, la zona de desarrollo próximo. El terapeuta ofrece un andamiaje de preguntas que van apoyando los pasos de la persona; una vez que la persona ha construido un camino sólido y llega al lugar de lo posible por conocer y hacer, entonces el terapeuta puede 'quitar el andamio' que ya no hace más falta.

Vygotsky postuló que el desarrollo humano no antecede al aprendizaje, más bien son interdependientes. Al ser interdependientes, el aprendizaje no corresponde a un proceso individual determinado por el desarrollo biológico de la niña o el niño, sino que es resultado de la interacción colaborativa con

otras y otros que han desarrollado conocimientos más sofisticados. Así, la mediación social colaborativa contribuye al desarrollo de la niña y el niño y este contribuye con la sofisticación de su aprendizaje.

Para White estas ideas fueron muy atractivas en cuanto a poder transparentar el proceso terapéutico que se desarrolla en la práctica narrativa. Él mismo señaló varias veces que los mapas de la práctica narrativa y las categorías de indagación son un andamiaje de esta zona de desarrollo próximo. Las historias dominantes, las acciones que estas promueven y las conclusiones de identidad que promocionan se podrían entender como el territorio de lo familiar y conocido en la vida de la persona; por su parte, las historias subordinadas, las acciones que promueven y las conclusiones de identidad que apoyan pueden entenderse como ubicadas en el territorio de lo posible por conocer y hacer.

En la cultura psicoterapéutica y médico-psiquiátrica es muy común oír frases como 'no se puede trabajar con esta persona porque tiene un nivel muy bajo de desarrollo' o 'no se puede sostener una conversación terapéutica ya que su nivel intelectual es muy bajo'. Estas y otras muchas expresiones son argumentos, muy comunes, que ponen la responsabilidad del fracaso terapéutico en la persona que está solicitando ayuda en lugar de la falta de conocimientos y destrezas terapéuticas de los profesionales consultados. Los terapeutas tenemos la responsabilidad de ser capaces de andamiar una conversación terapéutica y de proveer de un espacio para que cualquier persona, con cualquier tipo de problema, pueda cruzar la zona de desarrollo próximo y acceder a territorios de vida preferidos.

White propone cinco categorías de indagación para este mapa de las conversaciones de andamiaje. Estas son:

a. Tareas de bajo nivel de distanciamiento: tareas que alientan a las personas a caracterizar objetos específicos y acontecimientos de su mundo.

b. Tareas de mediano nivel de distanciamiento: tareas que animan a las personas a poner en relación objetos específicos y acontecimientos de su mundo, al desarrollar cadenas de asociación o «complejos» y al establecer vínculos y relaciones entre esos objetos y eventos.

c. Tareas de nivel medio-alto de distanciamiento: tareas que animan a las personas a reflexionar sobre esas cadenas de asociación y a extraer de ellas comprensiones y aprendizajes de fenómenos específicos.

d. Tareas de alto nivel de distanciamiento: tareas que alientan a las personas a resumir esas realizaciones y aprendizajes de su circunstancia específica y concreta en conceptos acerca de la vida y de la identidad.

e. Tareas de muy alto nivel de distanciamiento: tareas que estimulan a la formulación de predicciones sobre los resultados de ciertas acciones fundadas en los conceptos desarrollados, y tareas que fomenten la planificación e iniciación de esas acciones (2007: 275-276).

Comentario

Hay tanto más que hablar acerca de los mapas de la práctica narrativa. Michael desarrolló un trabajo muy riguroso, detallado y reflexivo de su práctica que es muy importante conocer desde su propia voz.

Los mapas que aquí compartí, siguiendo el mismo orden y estructura de White (2007), no se ven tan ordenados en la práctica. Las conversaciones son a menudo mucho más complejas y requieren de mucha práctica y de una incorporación de todas estas ideas, pero también de un interés genuino por conocer el contexto particular de trabajo en el que se ejerce la práctica de cada uno, además de una auténtica curiosidad por conocer esos territorios de vida diversos de cada persona, familia o comunidad con la que uno esté trabajando. Los mapas de la práctica narrativa, «como otros mapas, pueden ser empleados para apoyarnos en encontrar nuestro camino a destinos que no podrían haber sido especificados antes de nuestro viaje, a través de rutas que no habrían podido ser predeterminadas» (2007: 5).

Algunas consideraciones políticas de la terapia

> «Se supone que los historiadores sociales deben describir cómo actúa la gente sin pensar, y los historiadores de las ideas cómo piensa la gente sin actuar. Todo el mundo actúa y piensa a la vez». (Foucault, 1990)

Ideas, prácticas, ética y política

Tanto el desarrollo de *ideas* como su traducción a las *prácticas* son acciones políticas en las que una serie de conocimientos, valores y éticas locales las nutren y moldean. Las *ideas* no se generan solas, sino más bien se producen en la práctica conversacional, en relación con otras y otros en la vida, en la producción y reproducción de discursos culturales, en un contexto sociohistórico determinado, alimentadas por múltiples historias culturales e individuales, especialmente las que tienen más circulación y espacio para ser contadas y recontadas. Las *ideas* tienen un contexto sociopolítico y su producción es también una *práctica* con una intencionalidad.

Podemos entender la producción de las ideas como una acción intencionada informada por determinadas prácticas; y a las prácticas como acciones intencionadas informadas por determinadas ideas. Ambas apoyadas por la práctica del discurso y de la reproducción de comprensiones acerca de la vida producidas en un contexto social, cultural, político e histórico de relaciones de poder. También las *prácticas* pueden animar y nutrir la generación de nuevas ideas y prácticas que pueden tanto potenciar discursos e

historias culturales dominantes, como producir nuevos discursos e historias asociadas a experiencias negadas de la vida.

Cuando pensamos en la terapia narrativa o en cualquier práctica terapéutica, pensamos en 'una serie de ideas y prácticas o acciones'. Estas últimas, las prácticas, se desarrollan en un contexto relacional y por ende en un contexto de poder (Foucault, 1979, 1981, 1984, 2000, 2008). Esto implica tener presente y hacer visible la dimensión política y ética de nuestras ideas y prácticas terapéuticas y los efectos reales que esta manera de comprender nuestro trabajo tiene en la vida de las personas con las que trabajamos y en la nuestra como terapeutas.

Pienso que el proceso que ocurre al llevar las *ideas* a la *práctica* es el de la traducción, que implica pasar de un lenguaje (ideas) a otro (prácticas) intentando la mayor congruencia entre ambos. Sin embargo, el proceso de traducción es necesariamente realizado por alguien y en un contexto local particular. Es por esto que no me interesan los conceptos de traducción oficial, ni traducción neutra, sino comprender el proceso de traducción como un acto político de interpretación local particular a la cultura.

Me interesa la metáfora de la traducción para comprender el proceso de tránsito de las ideas a la práctica, dado que es una metáfora que implica un proceso, que a su vez involucra un acto interpretativo, compromete hacer visible el contexto en el que este proceso se produce y reconocer la influencia de los discursos culturales dominantes, pero también de una serie de conocimientos particulares de vida. De este modo, el proceso de traducir ideas narrativas a prácticas narrativas incluye una responsabilidad ética y política de hacer visible las consecuencias reales de nuestras acciones.

Metáfora narrativa

Diversas tradiciones terapéuticas utilizan distintas analogías y metáforas para organizar su comprensión acerca de los seres humanos y sus relaciones. Por ejemplo, la terapia sistémica utiliza la metáfora de los sistemas; la terapia psicoanalítica, la metáfora de la intrapsiquis; la terapia humanista, la metáfora de la naturaleza humana; la psicología positiva, la metáfora de la felicidad, de lo humano, etc.; la práctica psiquiátrica utiliza metáforas como la de los síntomas, las patologías, los trastornos, las personalidades, etc.; y las prácticas narrativas utilizan la metáfora narrativa.

Todas las metáforas han sido desarrolladas en alguna época específica por alguien o algún grupo en particular, en algún contexto sociohistórico y político. Por tanto, las metáforas que utilicemos a partir de una determinada comprensión no son neutrales en sus efectos, al contrario, tienen consecuencias reales en los pasos que damos en la vida. Las metáforas que utilicemos para acceder a la experiencia tienen el poder de hacer visibles ciertos aspectos de esta y de invisibilizar otros. Por lo tanto, cuando trabajamos con personas estamos realizando una serie de acciones informadas

por éticas y morales determinadas, no neutrales e insertas en el contexto de una relación de poder, en la cual se nos atribuye el grado de expertas. De este modo se presume que nuestros conocimientos acerca de cómo *hay* que vivir la vida están por sobre los conocimientos de las personas que nos consultan acerca de cómo ellas *quieren* vivir sus vidas.

Entonces no da lo mismo cuál metáfora utilicemos, ya que esta va a tener efectos reales en las identidades y vidas de las personas, familias o comunidades con las que trabajemos. Nos va a abrir posibilidades y cerrar otras en el acceso a un determinado entendimiento de las vidas de las personas. La metáfora que utilicemos va a determinar en gran medida aquello que nos va a interesar investigar y aquello que no, y va a moldear nuestras respuestas terapéuticas en la relación con la persona, familia o comunidad que nos está consultando.

La metáfora narrativa abre la posibilidad de acceder a la multiplicidad y la riqueza de la experiencia particular de las personas y de promover su diversidad a partir de la multiplicidad de formas de vida posible. Al comprender que las historias moldean nuestras vidas y relaciones -en lugar de nuestra naturaleza humana o nuestro inconsciente, los sistemas o las estructuras de personalidad, etc.- se hace posible la indagación dentro de la complejidad cultural ofrecida por la multiplicidad de historias paralelas y contradictorias a las cuales podemos acceder y visibilizar.

La metáfora narrativa nos permite indagar en los significados que las personas otorgan a sus experiencias de vida, y colaborar con ellas en la construcción de significados de experiencias que se han quedado en lo oscuro. Además, la metáfora narrativa nos habilita para comprender de manera compleja y no patologizante el proceso por el cual los problemas se convierten en problemas, las influencias y responsabilidades sociales, la práctica de los discursos dominantes que las reproducen, las institucionalidades que las apoyan, producen y reproducen, etc. A la vez, esta metáfora nos permite deconstruir discursos dominantes, desempacar conclusiones de identidad pobres y problemáticas, desnudar las tácticas de los problemas y desarrollar otras historias que hacen una diferencia, que enriquecen y diversifican las vidas de las personas y que promueven conclusiones de identidad preferidas.

La metáfora narrativa incorpora, además, la dimensión temporal. White, refiriéndose a la obra de Bateson, señala:

> Al afirmar que toda la información es necesariamente la 'noticia de una diferencia', y que es la percepción de la diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demostró que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia, para la detección del cambio. (1990: 2).

Hacer sentido es una capacidad humana, lo que se logra ubicando la experiencia en el tiempo. Es relevante incorporar esta dimensión temporal en la terapia si nos interesa la construcción de sentido y significado.

La dimensión temporal es parte de la naturaleza de las historias y su incorporación al proceso terapéutico, en el marco de la práctica narrativa es ineludible y esencial en el proceso de construcción de historias alternativas. Si la dimensión temporal quedara fuera de nuestro quehacer narrativo no sería posible construir historias, ya que solo tendríamos eventos y temas. Citando a Paul Ricœur en torno a la función mimética de las narraciones con la vida:

> Mientras que la redescripción metafórica predomina en el campo de los valores sensoriales, pasivos, estéticos y axiológicos, que hacen del mundo una realidad *habitable*, la función mimética de las narraciones se manifiesta preferentemente en el campo de la acción y de sus valores *temporales* (1995: 33).

Responsabilidad desde una comprensión no-estructuralista de la identidad

Cierro este capítulo con una revisión de lo antes expuesto, pero a la vez ahondando un poco más en las comprensiones estructuralistas y no-estructuralistas de identidad.

Las historias tienen habitualmente un estatus de verdad para quien las vive y son siempre generadas socialmente en un contexto cultural particular y mediado por las relaciones de poder. En este marco han sido desarrolladas todas las grandes historias o narrativas asociadas a la práctica psicoterapéutica que nutren nuestras prácticas con personas. La mayor parte de estas, o casi todas las que conocemos hoy en día, se han generado en la tradición estructuralista -en particular para el ámbito de la salud mental, el modelo médico-, en la que el profesional es el experto en las vidas de las personas, por tanto, observa con objetividad signos y síntomas externos para diagnosticar una condición interna y luego prescribe un tratamiento para controlar y modificar la conducta de la persona y tener impacto sobre los síntomas o, más escasamente, sobre el desorden o la anomalía interna que producen los síntomas. Finalmente determina si las personas han logrado acercarse en un nivel aceptable a los cánones establecidos por su tradición profesional -cuando las personas han alcanzado el estatus más cercano a lo que se conoce por normalidad-, y, si el profesional no logra que la persona se acerque a estos cánones, entonces para dar respuesta argumenta que la persona es incapaz de *ser como debería ser* a causa de una desviación, trastorno, patología o anormalidad interna que lo imposibilita de tal logro.

La tradición estructuralista entiende que el sí mismo o la identidad del ser humano están encapsuladas, contenidas en un núcleo o esencia, la cual se expresa a la superficie a través de lo que se conoce habitualmente con el nombre de *conductas*. Por tanto, los esfuerzos históricos realizados por los campos de la psiquiatría y de la psicología han estado dirigidos a determinar cuál es esa esencia y cómo poder tener acceso a ella. Esto supone

la idea de que todas las personas en el mundo, de cualquier cultura y época, poseemos una estructura interna común. En consecuencia, la psicoterapia y otras terapias estructuralistas que no se autoprefijan con la metáfora 'psico' -referida a la existencia de una 'psiquis'-, plantean la idea de que nosotros, los expertos en psicoterapia, tenemos un acceso privilegiado a este núcleo, esencia o psiquis y de este modo podemos explicar, controlar y predecir las 'conductas' de las personas.

Todas estas teorías respecto de la esencia de los seres humanos son un cuerpo de ideas construidas en un contexto sociohistórico de relaciones de poder particular. Estas ideas fundamentan las prácticas. Los efectos de estas prácticas en la vida de las personas que consultan reproducen e imponen una sola forma posible de vivir la vida, lo que oscurece la diversidad de formas de vida y otras nuevas posibilidades que las personas tenemos.

Desde la tradición estructuralista, estas ideas alcanzan el estatus de verdad, perdiendo así su categoría de ideas, buenas o malas, sin embargo, ideas y no verdades objetivas. Cuando una idea alcanza el estatus de verdad, habitualmente se 'naturaliza' y comienza a formar parte de la comprensión social respecto de quiénes somos como personas y cómo debemos ser y vivir nuestras vidas para cumplir con la definición occidental contemporánea de 'normalidad'.

Otro efecto de esta tradición de pensamiento estructuralista es que, como las ideas alcanzan el estatus de verdad, los profesionales pierden el interés (o quizá nunca lo desarrollan) por responder a los efectos reales que sus prácticas tienen en las vidas de las personas con las que trabajan, ya que su responsabilidad no está en ese lugar, sino más bien en las verdades para y con las cuales trabajan (White, 1997). Es decir, pierden (o no desarrollan) un interés por deconstruir sus prácticas y cuestionar sus 'verdades' para volverlas nuevamente a su categoría de 'ideas'.

Bruner hace la distinción entre dos modalidades de pensamiento que ofrecen dos posibilidades diferentes de construir la realidad. Estas dos modalidades de pensamiento, dice, son complementarias, pero irreductibles entre sí. Se refiere a:

> Un buen relato y un argumento bien construido son clases naturales diferentes. Los dos pueden utilizarse como un medio para convencer a otro. Empero, aquello de lo que convencen es completamente diferente: los argumentos convencen de su verdad, los relatos de su semejanza con la vida. En uno la verificación se realiza mediante procedimientos que permiten establecer una prueba formal y empírica. En el otro no se establece la verdad sino la verosimilitud (2010: 23).

Lo descrito respecto de la tradición y comprensión estructuralista de la identidad ha utilizado el argumento como medio para conocer y estudiar los fenómenos de la vida. Es momento de ocuparme ahora de la modalidad de pensamiento asociada al *buen relato* o historias y la metáfora narrativa,

modalidad de pensamiento asociada a la comprensión no-estructuralista de la identidad.

Los terapeutas que practicamos la narrativa y utilizamos la metáfora narrativa estamos interesados en las historias que moldean las vidas de las personas. Entendemos que esta metáfora está nutrida por las ideas de la tradición no-estructuralista de la identidad en la que la existencia de un núcleo, esencia o psiquis no tiene cabida.

La comprensión y ética no-estructuralista propone que la identidad es el resultado de un proceso colectivo, y está constituida por múltiples historias producidas en un contexto sociohistórico de relaciones de poder de género, etnia, edad, sexualidad, nivel socioeconómico, religión, etc.

De este modo, quienes practicamos la narrativa estamos interesados en los contextos de relaciones de poder que promueven la narración y renarración de ciertas historias que están siendo problemáticas para las personas que nos consultan, historias que podrían estar promoviendo sentidos de identidad pobres e incongruentes con aquello a lo cual la persona atribuye valor en su vida. Pero, además, estamos interesados en proveer un contexto en el cual, a través de la conversación terapéutica, especialmente a través de preguntas específicas, las personas puedan tener acceso a otras historias de sus vidas que han tenido menos espacio para ser contadas, que han sido subyugadas y que tienen la característica de ser preferidas para las personas por calzar con lo que es importante y valorado por ellas.

White (2007) se refería habitualmente a la identidad como territorio y utilizaba esta metáfora para hablar de la construcción de historias preferidas como el proceso por el cual la persona ampliaba su territorio de vida; como pasar de una isla a un continente de identidad. Es este proceso de narración y renarración de historias preferidas donde la persona accede a nuevos territorios de vida y a una sensación enriquecida de los pasos que puede dar en la vida, un sentido de agencia personal fortalecido. Así, no poseemos una identidad única, sino múltiples posibilidades de sí misma o sí mismo, acción y sentido.

Palabras finales

Lo que presenté aquí es un esbozo de lo que es la terapia narrativa, esbozo con el que pretendo animar a la curiosidad de las lectoras y lectores a buscar más material que les ayude a tener una comprensión más rica de estas prácticas. No es en ningún caso una guía ni un manual de las prácticas narrativas. Lo que he compartido aquí es claramente insuficiente para esos fines. Mi presentación, incluidos los mapas de la práctica narrativa, es una invitación, un primer acercamiento. Existen muchísimas páginas escritas sobre cada uno de estos temas que me parece indispensable consultar para poder enriquecer la práctica narrativa que estamos haciendo.

Michael White decía siempre que para desarrollar las habilidades terapéuticas lo más importante es 'practicar, practicar, practicar'. Yo toco

guitarra y me gusta la metáfora de un guitarrista que primero conoce la guitarra, las cuerdas y la postura. Luego aprende las notas, una a una, y las va juntando de a poco para formar una canción. También afina el oído para poder afinar las cuerdas. Al principio piensa cada nota y su concentración está en la nota siguiente y en la posición de los dedos que ya se han endurecido, que cambiaron su forma original para poder conversar con las cuerdas. Y gracias a la práctica -amiga del tiempo-, la música y el canto, pueden poner la vida a su servicio. En la terapia conocemos la guitarra al aprender las ideas y las metáforas con las que queremos trabajar, desarrollamos preguntas como si fueran las notas y afinamos el oído para escuchar múltiples historias. Nos concentramos en cada pregunta y en la siguiente posible. Cada palabra, como los dedos, cambia su forma para acercarse a los mundos particulares de las personas. Después de mucha práctica llega la espontaneidad y con ella la sensación de agencia personal como terapeutas, como el músico con su canción.

Quiero terminar diciendo que, para mí, lo más importante en nuestro trabajo con personas es ejercer la responsabilidad siendo críticos con nuestra propia práctica, conscientes de los efectos que puede tener en las vidas de quienes nos consultan. Debemos transparentar nuestras prácticas y consultar a las personas su opinión respecto a nuestro trabajo, también conversar y transparentar nuestras prácticas con nuestros colegas, de todas las aproximaciones y modelos. Y desarrollar nuevas respuestas, prácticas respetuosas con el conocimiento local. Creo que esta es una base fundamental para el trabajo terapéutico de cualquier corriente, escuela, filosofía o forma de entender la vida que nutra el trabajo que hacemos.

Agradecimientos

Quiero agradecer de manera muy especial a Carolina Letelier, Claudio Garvizo y Harún Oda, por sus revisiones y muy útiles comentarios a versiones anteriores de este capítulo. También a Felipe García, por animar todo este proceso de escritura y hacer del tiempo algo relativo, a mi favor.

Referencias

Allen, M. (2012). *Narrative therapy for women experiencing domestic violence*. London: JKP.

Augusta-Scott, T. (2007). *Narrative therapy. Making meaning, making lives*. London: SAGE.

Berger, P. y Luckman, T. (2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bruner, J. (1991). *Actos de significado*. Madrid: Alianza.

Bruner, J. (2010). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
Derrida, J. (1973). *Speech and phenomena, and other essays on Husserl's theory of signs*. Evaston, IL, USA: Northwestern University Press.
Derrida, J. (1976). *Of grammatology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Derrida, J. (1978). *Writing and difference*. London: Routledge and Kegan Paul.
Dulwich Centre Publications (Eds.) (2003). *Responding to violence*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
Durrant, M. & White, C. (1990). *Ideas for therapy with sexual abuse*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
Epston, D. (1989). *Collected papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
Epston, D. & White, M. (1992). *Experience, contradiction, narrative and imagination: Selected papers of David Epston & Michael White, 1989-1991*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
Epston, D. (2010) Comunicación personal, ciudad, país.
Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo ¿XXI?.
Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza.
Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
Foucault, M. (1990). Tecnologías del yo. Y otros textos afines. Barcelona: Paidós.
Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
Foucault, M. (2008). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
Gilligan, S. & Price, R. (Eds.) (1993). *Therapeutic conversations*. NY, USA: W.W. Norton.
Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
Jenkins, A. (1990). *Invitations to responsibility*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
Jenkins, A. (2009). *Becoming ethical. A parallel, political journey with men who have abused*. UK: Russell House.
Larraín, J. (2010). *El concepto de ideología. Vol. 4. Postestructuralismo, postmodernismo y postmarxismo*. Santiago: LOM Ediciones.
Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
Myerhoff, B. (1982). 'Life history among the elderly: Performance, visibility and remembering.' En J. Ruby (Ed), *A crack in the mirror: Reflexive perspectives in anthropology (pp.)*. Philadelphia, PA, USA: University of Pennsylvania Press.
Myerhoff, B. (1986). 'Life not death in Venice: Its second life.' En V. Turner & E. Bruner (Eds), *The anthropology of experience (pp.)*. Chicago, IL, USA: University of Illinois Press.

Myerhoff, B. (1992). *Remembered lives*. Ann Arbor, MI, USA: University of Michigan Press.

Payne, M. (2006). *Narrative therapy. An introduction for counsellors*. London: SAGE.

Ricœur, P. (1995). *Tiempo y narración I*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Russell, S. & Carey, M. (2004). *Narrative therapy. Responding to your questions*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Sween, E. (1998). *The one-minute question: What is narrative therapy?* Geko Journal. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Vygotsky, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.

White, M. & Epston, D. (1989a). *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1989b). *Selected papers*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1995). *Re-Authoring lives. Interviews & essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1997). *Narratives of therapists' lives*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2000). *Reflections on narrative practice*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2001). Título de la conferencia. Ponencia presentada en la Hong Kong Conference, fecha, ciudad.

White, M. (2004). *Narrative practice and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2005). Evolution of psychotherapy. Ponencia presentada en el *nombre del congreso*, fecha, ciudad.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY, USA: WW.Norton.

White, M. & Morgan, A. (2006). *Narrative therapy with children and their families*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2011). *Narrative practice. Continuing the conversations*. NY, NY, USA: WW.Norton.

Capítulo 4

La psicología positiva: un marco conceptual para su aplicación en la psicoterapia contemporánea

Margarita Tarragona Sáez

A la memoria de Christopher Peterson, quien nos recordaba siempre que «los demás importan».

Introducción

La psicología positiva es el estudio científico del bienestar, la felicidad y el funcionamiento óptimo o «florecimiento» de las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Gable y Haidt, 2005; Seligman, 2011; Vázquez, 2006; Tarragona, 2012). Entre sus fundadores están el Dr. Martin Seligman, el Dr. Mihaly Csikszentmihalyi, el Dr. Ed Diener y el Dr. Christopher Peterson. Cada uno de ellos ha ofrecido diferentes definiciones de la psicología positiva que, juntas, dan una buena idea de esta: el recientemente fallecido Christopher Peterson la definía nada menos que como la ciencia de lo que hace que la vida valga la pena (2006). Seligman (2011) describe la psicología positiva como el estudio de aquello que escogemos libremente, mientras que Csikszentmihalyi la define filosóficamente como «una orientación metafísica hacia lo bueno» (Pawelski, 2008). Esto puede sonar muy bien, pero un poco abstracto. Una lista de algunos de los temas que de manera científica estudia la psicología positiva nos puede ayudar a tener una idea más concreta de este campo. Entre ellos tenemos: la felicidad y el bienestar de las personas y de los países, el optimismo, la gratitud, las fortalezas de carácter y los talentos, las emociones positivas, la satisfacción con la vida, el propósito y sentido de ella, las emociones positivas, las metas y cómo lograrlas, las decisiones morales, la sabiduría, el humor, la capacidad de gozar, las buenas relaciones de pareja, el bienestar en el trabajo, el liderazgo positivo y las organizaciones que funcionan bien, entre muchos otros.

Hoy existe tal cantidad de investigaciones sobre los factores que contribuyen a una «vida bien vivida» que sería imposible enumerarlos todos. Lo que sí vale la pena mencionar es que frecuentemente los fenómenos que son objeto de estudio de la psicología positiva se agrupan en tres tipos, de acuerdo a su duración (Peterson, 2006): tenemos las experiencias positivas,

que tienden a durar poco tiempo. Entre ellas están las emociones positivas y las experiencias óptimas o de «*flow*» (que discutiré más adelante). Por definición las emociones duran un rato. No se puede estar siempre gozoso ni sereno, y los momentos en los que estamos totalmente concentrados e involucrados en una actividad rara vez duran más de unas horas. Sin embargo, lo fugaz no les quita importancia, puesto que hoy sabemos que, cuantas más experiencias positivas tengamos, más probable es que seamos felices. Otro tipo de fenómeno estudiado en la psicología positiva es el de los rasgos positivos. Un rasgo se refiere a una manera relativamente estable o frecuente de comportarnos (como los rasgos de personalidad). En este caso, los «rasgos positivos» se refieren a las virtudes, talentos y fortalezas de carácter de las personas que se manifiestan en diferentes situaciones y a través del tiempo. Los fenómenos más largos que estudia la psicología positiva perduran más allá del individuo y se refieren a las instituciones positivas: las organizaciones, como familias, empresas y otros grupos, que funcionan bien, que contribuyen de manera positiva al desarrollo y desempeño de sus integrantes y de la sociedad.

Seligman (2002) hace un recuento de la historia de la psicología y señala que antes de la Segunda Guerra Mundial esta disciplina tenía tres objetivos: curar las enfermedades mentales, ayudar a la gente a tener vidas más productivas y plenas, e identificar y promover los talentos. Pero después de la Guerra la psicología dio un giro: tomó fuerza la psicología clínica basada en el modelo de enfermedades de la Asociación Psiquiátrica Americana y cada vez había más fondos para estudiar la psicopatología. Con el tiempo la psicología perdió de vista sus otras misiones y, como dice Seligman, se distorsionó, pues la psicología «no es solo el estudio de la enfermedad, la debilidad y el daño, también es el estudio de la fortaleza y la virtud» (2002: 4).

Aunque han sido minoría, sí han existido en la historia de la psicología grandes figuras interesadas en la salud psicológica y el desarrollo normal y óptimo de las personas. Peterson (2006) menciona, entre otros, a Marie Jahoda, Abraham Maslow, Alfred Adler y Victor Frankl. Todos ellos hicieron grandes aportaciones teóricas, pero sus propuestas no estaban basadas en la investigación.

Otro de los precursores de la psicología positiva es Carl Rogers, fundador de la psicología humanista. Él propuso la idea del desarrollo del potencial humano y la autorealización. Rogers fue también uno de los pioneros de la investigación en psicoterapia y realizó algunas de las primeras investigaciones sobre los procesos terapéuticos, pero, tras él, ni sus seguidores ni la psicología humanista en general se han caracterizado por hacer mucha investigación empírica.

Algunos autores (Pawelski, 2008; Peterson, 2006) enfatizan que tan importante como definir qué es la psicología positiva es explicar lo que no es. La psicología positiva NO es lo mismo que «pensar positivamente», ni tiene nada que ver con las ideas *new age* expresadas en libros como

El secreto[35](Byrne, 2006). ¿Cuál es la diferencia? ¡La ciencia!. Lo que caracteriza a la psicología positiva es precisamente que estudia de manera científica lo que funciona bien en la vida de las personas. Utiliza todas las herramientas de investigación de la psicología científica, como la experimentación, la psicometrías, la observación y las entrevistas a profundidad, para indagar sobre lo mejor de la experiencia humana.

La ciencia no es la única fuente de conocimientos sobre la felicidad y la plenitud. La filosofía, las religiones y las tradiciones espirituales, así como la sabiduría popular, la experiencia de nuestros antepasados y nuestras propias vivencias, tienen también mucho que decir sobre lo que hace que la vida valga la pena. Pero la psicología positiva poseee algo valioso y distinto que ofrecer: aporta evidencia científica sobre los factores que contribuyen al bienestar. Pawelski (2008) señala que uno de los méritos de la psicología positiva es que se trata de una combinación original de dos elementos que ya existían por separado: muchos pensadores se habían interesado en la felicidad, pero pocos la habían estudiado científicamente. Y la psicología claramente ha sido una ciencia, pero casi no se había enfocado en estudiar la felicidad. La aportación de la psicología positiva es usar la ciencia psicológica para tratar de encontrar algunas respuestas a preguntas que la humanidad se ha hecho durante siglos.

La psicología positiva no se trata de ir por el mundo con unos lentes de color de rosa para ignorar las dificultades, mucho menos de ser insensibles al sufrimiento ajeno. Numerosos autores (Seligman y Csikszentmihlayi, 2000; Seligman, Parks, y Steen, 2004; Peterson, 2006; Tarragona, 2012) han enfatizado que la psicología positiva no pretende reemplazar a la psicología «tradicional», sino que simplemente aspira a que la psicología sea una disciplina más equilibrada, en la que se estudien tanto los problemas, los déficits y las patologías, como las fortalezas, los talentos, la resiliencia y lo que sí funciona en la vida de las personas. ¿Por qué esta necesidad de desarrollar y promover una psicología equilibrada? Porque durante los últimos sesenta años la psicología se ha centrado mucho más en entender el sufrimiento y la psicopatología que en comprender y promover el bienestar (Seligman, 2002).

Obviamente existe una relación entre no estar mal y estar bien, pero una de las premisas de la psicología positiva (sustentada en evidencia) es que la ausencia de lo malo no es lo mismo que la presencia de lo bueno. No estar deprimido no es lo mismo que ser felíz. Por ejemplo, las investigaciones de Barbara Fredrickson (2009) han encontrado que el tener pocas emociones negativas no es suficiente para ser una persona «floreciente»[36],

[35] Obra que propone que, si deseamos fuertemente algo y lanzamos ese deseo al universo, lo que queremos se nos «manifestará».

[36] Fredrickson (2009) y Seligman (2011) usan la palabra «florecientes» para referirse a las personas que funcionan a excelentes niveles en lo personal, lo laboral y lo social y que, además, contribuyen al bienestar de los demás y de la comunidad.

sino que hace falta una proporción de emociones positivas a negativas para que la gente sea feliz.

El PRISMA del bienestar

Aunque la psicología positiva es un movimiento reciente (se dice que «nació» en 1998), ha crecido de manera vertiginosa. Hoy contamos con centenares de artículos y libros sobre las investigaciones del bienestar psicológico. Sería imposible sintetizar este acerbo de información, pero el Dr. Martin Seligman (2011) nos ofrece un marco conceptual para entender el bienestar que es muy útil como un destilado de lo que sabemos sobre los componentes del florecimiento humano. Seligman utiliza el acrónimo en inglés PERMA[37] para agrupar los cinco factores que caracterizan al bienestar psicológico. En español lo he traducido como PRISMA:

Positividad
Relaciones interpersonales
Involucramiento
Sentido de vida
Metas
Alcanzadas

La positividad se refiere a experimentar emociones positivas con frecuencia y en mayor proporción que las negativas. Abarca también el tener un marco cognitivo optimista. Las buenas relaciones interpersonales son fundamentales para la felicidad. Estar implicados o involucrados en nuestras actividades, poniendo toda nuestra atención en ellas y utilizando nuestras habilidades es otro de los elementos del bienestar. Sentir que nuestra vida tiene un propósito y darle sentido a la existencia es otra de las claves. Finalmente, el ponernos metas y alcanzarlas contribuye a que nos sintamos competentes y capaces, lo que también es parte de la felicidad.

Hay mucha evidencia sobre como cada una de estas áreas contribuye a la felicidad y la plenitud. A continuación ofrezco solamente unos «botones de muestra» para ilustrar la importancia de cada una de ellas:

La investigadora más importante de la positividad es la Dra. Barbara Fredrickson, de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Ella ha encontrado que las emociones positivas más frecuentes son: el gozo, la gratitud, la serenidad, el interés, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración, el asombro y el amor (2009). Uno de sus hallazgos más importantes es que existe una tasa o proporción de positividad que caracteriza a las personas que funcionan óptimamente. Esta es de 3 a 1, es decir, experimentar 3 emociones positivas por cada emoción negativa que sintamos. Dicha proporción de positividad a negatividad también fue encontrada en

[37] Positivity, Engagement, Relationships, Meaning y Achievement.

las investigaciones de Fredrickson y Losada (2005) sobre equipos exitosos en empresas. Por su parte, el Dr. John Gottman, en sus estudios con parejas, también ha encontrado algo similar: que las parejas felices tienen una tasa de 5 a 1, es decir, 5 interacciones positivas por cada interacción negativa (Gottman y Silver, 1999).

Las emociones positivas también se correlacionan con la longevidad (Harker & Keltner, 2001; Danner, Snowdon & Friesen, 2001; Diener y Chan, 2011). Por último, cada vez hay más evidencia de la relación entre la positividad y ciertos aspectos de la salud física, como el buen funcionamiento del sistema cardiovascular y el inmune (Diener & Chan, 2011).

El segundo componente del PRISMA del bienestar son las relaciones interpersonales. Cristopher Peterson solía decir una y otra vez que la psicología positiva se puede resumir en tres palabras: «los demás importan». Cuando se ha investigado a la gente que es muy feliz, los resultados indican que todos tienen algo en común: buenas relaciones con los demás (Peterson, 2006). Peterson (2006a, 2006b, 2008) señala que la variable que más frecuentemente se correlaciona con el bienestar es la calidad de las relaciones interpersonales.

La evidencia sobre como mejora nuestro estado de ánimo cuando estamos acompañados (Csikszentmihaly, 1997), sobre el papel protector que las redes sociales juegan para nuestra salud física y mental (House, Landis y Umberson, 1988) y los hallazgos sobre el «cableado» que biológicamente nos predispone a conectarnos y relacionarnos (Peterson, 2006) apuntan al papel fundamental de las relaciones interpersonales en nuestras vidas. Diener y Biswas-Diener (2008) sintetizan por qué las relaciones son tan importantes: nos permiten amar y ser amados, nos brindan ayuda y apoyo, estimulan nuestras mentes y nos empujan a aclarar nuestras ideas, nos dan un sentimiento de pertenencia y ¡son divertidas! George Vaillant (2009), tras conducir el estudio longitudinal más largo de la historia sobre el desarrollo adulto y ver qué contribuye a la plenitud en la vida, se atreve a decir: «La felicidad es amor. Punto» (Vaillant, 2009).

La «vida involucrada» o el involucramiento es el tercer factor del modelo PRISMA. Uno de los fenómenos más característicos de este componente del bienestar es la experiencia óptima o de *flow*, descubierta por el Dr. Mihaly Csikszentmihalyi (Csikszentmihalyi, 1997, 2005; Csikszentmihalyi y Selega Csikszentmihalyi, 2006; Fernández, 2012). Estamos en un estado de *flow* cuando nos encontramos tan concentrados en una actividad que focalizamos toda nuestra atención en ella. En ese momento no pensamos en nada más y muchas veces se nos pasa el tiempo rápidamente. Para estar en *flow* es necesario concentrarnos y que exista cierta relación entre nuestra habilidad para hacer algo y el reto o dificultad que esa actividad presenta: entramos en *flow* cuando nos enfrentamos a un reto relativamente alto y tenemos habilidades también relativamente altas para desarrollarla. Si el nivel de reto es bajo en comparación a nuestra habilidad, es probable que nos sintamos aburridos; mientras que si la actividad nos es demasiado

difícil, sentiremos frustración y ansiedad. Csikszentmihalyi y sus colaboradores han encontrado que cuantas más experiencias de *flow* tenemos, más satisfacción y felicidad sentimos. Al concentrar nuestra atención y ponerla al servicio del desarrollo de habilidades, estamos acumulando lo que Csikszentmihalyi llama «capital psicológico». Para él, una buena vida requiere de un desarrollo de nuestra complejidad cognitiva, emocional y social (Csikszentmihalyi, 2003).

La S de PRISMA se refiere a «significado». ¿Qué contribuye a que nuestra vida tenga sentido? Esta es una pregunta que han ponderado los filósofos a través de los siglos. Los psicólogos se la han hecho también. Uno de los investigadores más importantes sobre el tema desde la perspectiva psicológica es el Dr. Michael Steger. Él define el sentido de vida como el grado en el que una persona comprende o le ve significado a su vida y siente tiene un propósito, misión o meta (Steger, 2009). En su revisión de las investigaciones sobre el tema, Steger (2009) concluye que las personas que piensan que su vida tiene sentido son más felices, experimentan mayor bienestar y satisfacción, se sienten más en control de sus vidas y están más involucrados con su trabajo. También tienen menos depresión y ansiedad y son menos propensos a abusar del alcohol y otras sustancias. Las investigaciones también indican que quienes se dedican a una causa o ideal que va más allá de ellas mismas tienden a tener mayores niveles de significado en su vida. Robert Emmons (2003) ha identificado cuatro fuentes frecuentes de sentido de vida: el trabajo-logro, la intimidad-relaciones interpersonales, la espiritualidad y la trascendencia-generatividad.

Las últimas dos letras de PRISMA, M y A, representan las metas alcanzadas. Seligman (2007) también se ha referido a este componente como la «vida victoriosa» y piensa que buscamos los éxitos y logros y nos enfrentamos a retos porque estos nos traen satisfacciones. Al igual que las emociones positivas, las experiencias de *flow* y las relaciones interpersonales, estas experiencias son satisfactorias en sí mismas, las buscamos no solo como medios para otros fines sino porque nos gusta vivirlas.[38] Seligman piensa que una de las razones por las que tener y alcanzar metas es importante es porque estas nos ayudan a desarrollar habilidadades y sentirnos competentes.

Seligman (2011) señala que los cinco componentes del bienestar están atravesados o coloreados por las fortalezas de carácter. Estas son cualidades morales valoradas en muchas culturas y que se pueden aprender y desarrollar. Peterson y Seligman (2004) han compilado una serie de 24 fortalezas de carácter que cumplen con estas características. Por ejemplo: la valentía, el amor por el aprendizaje, la chispa por la vida, el sentido del humor, la prudencia, el sentido de justicia, entre otras.

[38] Recordemos que una de las formas en las que Seligman define la psicología positiva es como el estudio de aquello que elegimos libremente.

Para terminar este panorama general, a «vuelo de pájaro» sobre la psicología positiva, quisiera mencionar el trabajo de la Dra. Sonjya Lyubomirsky, otras de las grandes investigadoras de la felicidad. Ella propone una «fórmula» para explicar los componentes de la felicidad: F = PF + C + V, donde la felicidad (F) está compuesta por un punto fijo (PF), probablemente biológico, más las circunstancias de la vida (C) y nuestra voluntad o volición (V) (Lyubomirsky, 2008). Las conclusiones de Lyubomirsky, basadas en la evidencia, sobre la aportación de cada uno de estos factores, son que el componente genético que explica el rango fijo puede explicar hasta el 50% de la felicidad, que nuestras circunstancias solo impactan el 10% de la felicidad y que el 40% de esta depende de nuestra voluntad, de nuestras decisiones, actitudes y acciones. Otros autores han encontrado que el factor genético explica menos de la mitad de la felicidad (entre el 22% y el 40%) (Bartels *et al.*, 2010), pero parece haber un consenso respecto a que una buena parte de nuestro bienestar está en nuestras manos.

Psicología positiva y psicoterapia

Aquí es donde podemos empezar a discutir la relación entre la psicología positiva y la psicoterapia: si en buena medida el bienestar tiene que ver con la voluntad, es maleable, se puede modificar. Las personas por sí mismas, con el apoyo de sus amigos y familiares o con ayuda de terapeutas, *coaches* y otros profesionales, pueden aumentar sus niveles de felicidad.

El modelo PRISMA del bienestar nos ofrece un mapa de las áreas sobre las que podemos indagar y, dependiendo de nuestra orientación, intervenir en la terapia para promover la felicidad y la plenitud de nuestros clientes.

¿Por qué la psicología positiva y la psicoterapia se pueden enriquecer mutuamente?

Uno de los hallazgos más robustos de la investigación en psicoterapia es que gran parte del cambio terapéutico se debe a factores «extraterapéuticos», es decir, que no tienen que ver con lo que sucede en las sesiones. Probablemente, el factor «extraterapéutico» más importante es el cliente mismo (Hubble, Duncan, & Miller, 1999). Si lo más importante es el cliente, ¿cómo podemos ayudarlo a tener acceso a lo mejor de sí? La psicología positiva nos orienta hacia lo mejor de cada persona, hacia los recursos, talentos, fortalezas y resiliencia de las personas como las áreas en las que concentrar el trabajo terapéutico. Hubble y Miller (2004) ofrecen una excelente discusión sobre el tema y llaman al cliente el «eslabón perdido» de la psicoterapia para promover una psicología positiva.

Seligman (2002) comenta que la psicología se ha concentrado tanto en reparar los daños que se ha olvidado de construir sobre las fortalezas y cultivar las mejores cualidades humanas. Justamente, esta construcción a partir de las fortalezas puede ser el elemento más potente del «arsenal» terapéutico.

¿Cómo traducir los hallazgos de las investigaciones sobre el bienestar y la felicidad a la práctica terapéutica? Varios autores (Joseph & Linley, 2006; Seligman en Wyatt, 2008) coinciden en que no hay UNA psicoterapia positiva, sino que la psicología positiva se puede integrar de diferentes maneras en el trabajo clínico. Seligman, quien es un apasionado horticultor, dice que la psicología positiva se puede «injertar» en diferentes modelos terapéuticos.

Los autores que actualmente están desarrollando terapias basadas en la psicología positiva, como Joseph y Linley (2006), le dan crédito a pioneros como Rogers (con su enorme confianza en el potencial humano) y Berne (quien partía de la premisa de que las personas esencialmente están bien), por haber sido precursores de estos esfuerzos. Seligman, Rashid y Parks (2006) mencionan también a Fordyce, quien hace más de 40 años desarrolló una «intervención de felicidad» que incluía 14 actividades con efectividad probada, entre ellas: estar más activo, socializar más, crear relaciones profundas con los demás y tener un trabajo significativo. Seligman *et al.* (2006) y Joseph y Linley (2006) también reconocen el trabajo de G. A. Fava, creador de la Terapia del Bienestar (*wellnes therapy*), un enfoque cognitivo conductual que enfatiza la importancia de la autoaceptación, las buenas relaciones interpersonales, el sentido de vida y la capacidad de influir sobre el entorno como fundamentos del bienestar psicológico.

En la actualidad hay muchos terapeutas que están utilizando la psicología positiva de manera sistemática y creando modelos nuevos: Michael Frisch (Frisch, 2006) ha desarrollado la Terapia de Calidad de Vida (*Quality of Life Therapy*) basada en un marco cognitivo conductual. Seligman, Rashid y Parks (2006) llamaron «Psicoterapia Positiva» (abreviada en inglés como PPT) a un enfoque que originalmente desarrollaron para tratar la depresión al aumentar las emociones positivas, promover las fortalezas de carácter y el sentido de vida de las personas.

Joseph y Linley (2006) mencionan que, además del enfoque humanista que ellos adoptan, la psicoterapia existencial (Frankl, 1967, 1992), la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2002) y la terapia centrada en soluciones (De Shazer, 1988; 1985; De Jong & Kim Berg, 2002) son especialmente compatibles con la terapia positiva.

A pesar de que varios autores abogan por la aplicabilidad de la psicología positiva a diferentes abordajes, creo que la literatura que existe hasta ahora sobre las psicoterapias positivas enfatiza especialmente la terapia humanista y la cognitivo conductual. Recientemente hay propuestas para incorporar la psicología positiva a la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Kashdan & Ciarrochi, en prensa).

Yo pienso que existen algunos modelos terapéuticos que son especialmente congruentes con la psicología positiva y que todavía no se han discutido lo suficiente en la literatura. Me refiero a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones (frecuentemente agrupadas como terapias posmodernas, conversacionales o «constructivas») (Tarragona, 2006, 2008, 2009). Entre estas, la terapia centrada en soluciones

es probablemente la más conocida en el mundo de la psicología positiva. Bill O´Hanlon ha integrado su terapia de posibilidades con la psicología positiva y ha escrito un libro con ejercicios y actividades (O´Hanlon & Bertolino, 2012). También se empiezan a conocer otros enfoques socioconstruccionistas, como la terapia centrada en fortalezas (*Strengths Centered Therapy*), de Wong (2006). Más adelante expongo por qué pienso que la psicología positiva y las terapias narrativa, colaborativa y centrada en soluciones pueden enriquecerse mutuamente y doy ejemplos de la integración de estos dos dominios en las conversaciones terapéuticas.

La indagación apreciativa (*Appreciative Inquiry*) (Cooperrider & Whitney, 2005) es una metodología basada en el construccionismo social que ha tenido gran aceptación en el mundo de la psicología positiva. Consiste en indagar sobre lo que funciona bien en un sistema u organización para apreciarlo y a partir de esto explorar anhelos y proyectos futuros y crear un plan para implementarlos. Surgió como una forma de trabajo en la consultoría organizacional, pero actualmente también se utiliza en la terapia y el *coaching*.

Seligman (2002) habla de la importancia de la psicología positiva para la prevención. Argumenta que después de más de 50 años de programas de prevención basados en modelos de déficit y enfermedad no se han logrado prevenir problemas graves como las psicopatologías severas, las adicciones y las conductas violentas. Al contrario, los mayores logros en cuanto a prevención se han basado en perspectivas que promueven las competencias, no en las que intentan corregir las debilidades. Sabemos, dice Seligman, que hay fortalezas que pueden proteger de la enfermedad mental, entre ellas, el valor, el optimismo, la esperanza, la honestidad, la capacidad para tener experiencias de *flow* y para llevarse bien con otras personas, y que podemos ayudar a los jóvenes a desarrollar estas fortalezas.

Cómo aplicar la psicología positiva en la psicoterapia

Para terminar, quisiera compartir un esquema que me resulta útil para pensar en diferentes formas en las que los terapeutas pueden incorporar la psicología positiva en su trabajo (Tarragona, 2010). Creo que la psicología positiva se puede aplicar básicamente de cuatro maneras: 1) como una postura o actitud, 2) como una fuente de información útil, 3) como «intervenciones positivas» y 4) como una autoayuda acompañada.

Actitud y postura positiva

La primera categoría es la más amplia y yo diría que la más profunda. Tiene que ver con una postura de aprecio y curiosidad por todo lo que funciona bien en la vida del cliente, por sus fortalezas, talentos, valores y metas. No requiere de técnicas especiales sino de adoptar esa «orientación metafísica hacia lo bueno», de la que habla Csikszentmihalyi.

Fuente de información útil

La segunda forma de aplicar la psicología positiva en la terapia tiene que ver con poner al servicio del cliente la información derivada de la investigación sobre la felicidad y el bienestar. En este caso, el terapeuta es una especie de «traductor» o « vocero» que pone sobre la mesa de discusión hallazgos empíricos que pueden ser relevantes para el cliente, dependiendo de su situación (por ejemplo, información sobre la importancia de la gratitud, o sobre la tasa de emociones positivas y negativas, o sobre el papel del optimismo en el manejo del estrés, o del papel del apoyo social en la resiliencia).

Intervenciones positivas

Las intervenciones positivas son ejercicios diseñados específicamente para aumentar el bienestar subjetivo, cuya efectividad ha sido probada empíricamente. Entre las intervenciones positivas más conocidas están el escribir un diario de gratitud, el saborear (disfrutar con atención plena alguna experiencia o recuerdo) y conocer y utilizar las fortalezas de carácter (para conocer más ejemplos, ver Lyubomirsky, 2008). Las intervenciones positivas son probablemente la forma más conocida de aplicar la psicología positiva en la terapia y el *coaching*. Aunque su eficacia ha sido probada para algunas poblaciones, Lyubomirsky (2008) enfatiza que no se pueden aplicar como recetas «unitalla», sino que es importante utilizar aquellas que encajen bien con las preferencias y el estilo del cliente.

Autoayuda acompañada

La cuarta forma de aplicar la psicología positiva en la terapia es aprovechar los excelentes libros de divulgación que han escrito muchos de los mejores investigadores y profesionales de la psicología positiva. Solo por citar algunos están el ya mencionado de Lyubomirsky (2008); *Vida positiva*, de Barbara Fredrickson (2009); *La hipótesis de la felicidad*, de Jonathan Haidt (2006); *Ganar felicidad*, de Tal Ben Shahar (2008); *Aprender a fluir,* de Mihaly Csikszentmihalyi (1997); *La auténtica felicidad*, de Seligman (2002) y *Creating your Best Life*, de Caroline Miller (Miller & Frisch, 2009),entre muchos más. Estos libros pueden considerarse como autoayuda de alta calidad y se pueden usar como complementos de la terapia, para que el cliente siga trabajando entre sesiones o incluso como medios terapéuticos en sí mismos. Una especie de biblioterapia, cuando no hay suficientes recursos para que los clientes tengan una terapia completa.

Si pensamos en el modelo PRISMA de Seligman, sobre las cinco áreas que más contribuyen al bienestar, y los unimos a las cuatro maneras de trabajar antes mencionadas, tenemos una matriz que puede ser un mapa de los territorios en los que nos podemos mover o que podemos explorar en el trabajo terapéutico informado por la psicología positiva:

	Aprecio y curiosidad por lo que funciona	Información basada en la investigación	Intervenciones positivas	Autoayuda acompañada
Positividad				
Relaciones				
Involucramiento				
Sentido				
Metas alcanzadas				

Creo que la escucha desde la curiosidad y el aprecio para aprender del cliente debe de ser una constante. En este caso, una sensibilidad a la psicología positiva nos permitirá tener las «antenas» especialmente receptivas para oír en la conversación todo lo que tiene que ver con las emociones positivas, las relaciones interpersonales, el propósito y sentido de vida, las metas y anhelos de la persona, así como sus fortalezas y talentos. Podríamos decir que la primera columna, la escucha desde el aprecio y la curiosidad, siempre estará llena. El resto de las «casillas» de la matriz se pueden tocar dependiendo de la situación específica del cliente. Por ejemplo, si estoy trabajando con un hombre que después de muchos años sigue enojado con su ex esposa y se siente atorado en el pasado, incapaz de empezar una nueva etapa de su vida por esto, tal vez podría compartir con él alguna información sobre las investigaciones acerca los efectos del perdón, y/o recomendarle un libro sobre el tema. A una joven que se queja de tener baja autoestima podría pedirle que conteste el cuestionario VIA[39] y, después de haber hablado de los resultados en una sesión, recomendarle una intervención positiva: que escoja una de sus fortalezas principales y durante una semana la utilice de una manera diferente de la habitual. Con un cliente que se siente aislado tal vez «simplemente» nos dediquemos a hablar y le haré preguntas sobre sus relaciones más importantes en el presente y en el pasado.

La psicología positiva y las terapias constructivistas / construccionistas

Hasta ahora he hablado de las diferentes maneras de aplicar la psicología positiva en general en la terapia, siguiendo el lineamiento de Seligman de que la psicología positiva se puede «injertar» en distintas prácticas terapéuticas. En esta sección presentaré más específicamente algunas coincidencias entre la psicología positiva y las terapias constructivistas y socioconstruccionistas que permiten combinar exitosamente estos dos ámbitos en el consultorio.

Me parece afortunado que este libro hable justamente de terapias constructivistas y construccionistas porque, como he mencionado en otras publicaciones (Tarragona, en prensa), me gusta mucho el concepto de «te-

[39] El cuestionario VIA es un test en línea para conocer las fortalezas de carácter y se encuentra disponible en: http://www.psicologia-positiva.com/VIA.html

rapias constructivas» propuesto por Stephen Friedman (1996). Él agrupa a varias terapias dentro de este rubro y describe a los terapeutas «constructivos» como aquellos que ven la realidad como socialmente construída, tratan de reducir la jerarquía que suele existir entre los terapeutas y los clientes, ponen al cliente en el «asiento del conductor» del proceso terapéutico y no son «detectives de la patología», sino que buscan y amplían las habilidades, fortalezas y recursos de los clientes. Los terapeutas constructivos están orientados hacia el futuro, ya que son optimistas respecto a las posibilidades de cambio de quienes los consultan (Friedman, 1996: 450-451). Seguramente el lector ya ha visto desde aquí coincidencias entre estas posturas terapéuticas y la psicología positiva. Lo curioso, y complicado si aspiramos a integrarlas, es que las terapias constructivas y la psicología positiva provienen de tradiciones intelectuales muy distintas y se basan en epistemologías diferentes: la psicología positiva cuestiona el «qué» ha estudiado la psicología tradicional, el énfasis en las patologías y las disfunciones, pero no cuestiona el cómo o los métodos de la psicología como ciencia. La psicología positiva propone utilizar todas las metodologías que históricamente se han utilizado en la investigación psicológica, como los experimentos de laboratorio, la psicometría, la observación, las entrevistas, etc, para estudiar lo que funciona bien en la vida de las personas y lo mejor de los seres humanos. Claramente viene de la tradición positivista, que no se refiere a lo positivo, deseable o agradable, sino a la epistemología de la ilustración y de la ciencia, que parte de la base de que podemos observar el mundo tal como es y que existe una realidad objetiva.

Las terapias breves, centradas en soluciones, narrativas y colaborativas (que, siguiendo a Friedman, agrupo como «constructivas») también critican la cultura de déficit que ha caracterizado a la psicología, pero además cuestionan los métodos de la investigación psicológica tradicional. Puesto que se basan en epistemologías constructivistas y socioconstruccionistas, proponen que no se puede «aprehender» el mundo exterior objetivamente, sino que el proceso de observación siempre implica una interpretación de la realidad, que el observador y lo observado no se pueden separar.

A pesar de esta diferencia epistemológica, en la práctica hay una amplia área de confluencia entre la psicología positiva y las terapias constructivas. Es como si, por diferentes caminos y sin haberse comunicado entre ellos, dos exploradores llegaran a un mismo lugar. En el resto de este capítulo me concentraré en esas áreas compartidas.

Una postura de aprecio

La primera me parece que tiene que ver con una postura de aprecio: aprecio por las capacidades, fortalezas, intenciones y metas de las personas, por lo que funciona bien en sus vidas, por las soluciones que han encontrado para sus problemas y la resiliencia con la que se han sobrepuesto a la adversidad.

Interés por las soluciones y las excepciones

El segundo punto en común, relacionado con el anterior, es que ambos grupos se distancian del discurso y las prácticas patologizantes. Ninguna de las terapias constructivas se enfoca en las patologías como ejes centrales del trabajo terapéutico. Tenemos muchos ejemplos: en la terapia centrada en soluciones (De Jong & Kim Berg, 2002) casi todas las sesiones se dedican explorar las soluciones, no tanto el problema[40]. Lo más importante, lo que atrae la curiosidad del terapeuta, son las excepciones, las ocasiones en las que el problema no se ha dado o ha sido menor o menos frecuente. Aun si no ha habido mejoría, los terapeutas centrados en soluciones le preguntan a la persona cómo lo ha hecho para no estar peor. No es raro que el / la terapeuta empiece la sesión preguntando «¿qué ha ido mejor desde que nos vimos?» (este es un ejemplo de pensamiento construccionista: lo que preguntamos le da forma a lo que descubrimos o encontramos). La famosa pregunta del milagro[41] es una manera de invitar al cliente a imaginar cómo serán las cosas cuando estén mejor, y en su respuesta está la clave para la solución.

En la terapia narrativa, los terapeutas se interesan por conocer a la persona separada del problema por el que viene a consulta, antes de obtener una descripción de este y sus efectos. Nunca olvidaré una ocasión en la que vi a David Epston entrevistar a una familia que acudía por una dificultad que enfrentaba su hijito. Al empezar a hablar con ellos, David les preguntó: «díganme, cuando yo vaya conociendo mejor a su hijo, ¿qué creen que es lo que más me va a encantar de él?». Una de las prácticas narrativas más importantes es la conversación externalizante (en inglés, *externalizing conversation*). A diferencia de otros enfoques, el problema no es visto como un síntoma ni como una manifestación de algo más profundo, sino que el problema es el problema y la persona es la persona. Así, se puede hablar del problema como algo externo al cliente, indagar sobre los efectos del problema en diferentes áreas de su vida e investigar la relación de la persona con el problema, relación que generalmente el cliente quiere cambiar con ayuda de la terapia. La terapia se basa en la descripción que el cliente realiza del problema, por ejemplo, hace poco un joven me decía que el perfeccionismo era como un carcelero que constantemente lo estaba vigilando. Eso es muy diferente que pensar en este muchacho como «un perfeccionista», ya que poner al perfeccionismo afuera nos permitió hablar de muchas maneras diferentes sobre él: cuándo apareció en su vida, si era un carcelero gracioso, como de caricatura, o si daba miedo,

---

40 Sí se habla del problema, los suficiente para que el cliente se desahogue y se sienta comprendido, pero no es el foco de la terapia.

41 «Suponte que mientras estás durmiendo esta noche y toda la casa está en silencio, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que te trajo aquí se soluciona. Pero como estabas dormido no sabes que el milagro ha sucedido. Así que, cuando te despiertes mañana en la mañana, ¿qué será diferente que te haría darte cuenta de que hubo un milagro y que el problema que te trajo aquí se ha solucionado?» (De Shazer en De Jong y Kim Berg, 2002: 85,traducción de la autora).

qué lo mantenía al acecho, qué lo distraía o alejaba, qué lo alimentaba, qué lugar pensaba el cliente que el perfeccionismo debería de tener en su vida, etc.

Lenguaje cotidiano

Es fácil caer en descripciones patologizantes de las personas cuando nos basamos en el conocimiento experto de los profesionales. Otra manera en la que las terapias constructivas se alejan de la patologización es tomando en serio las descripciones «locales» o el conocimiento de los propios consultantes. Michael White (2007) hablaba de la psicología popular (*folk psychology*), es decir, de las explicaciones que las propias personas tienen sobre sus dilemas, dificultades y soluciones. Estas explicaciones generalmente tienen que ver con lo que White llamaba «estados intencionales», como los anhelos, valores y creencias de las personas. En la terapia narrativa se exploran estas metas, anhelos y valores y, al hacerlo, se reduce la distancia profesional jerárquica entre cliente y terapeuta.

Desde la perspectiva colaborativa, es importante que el terapeuta trabaje con una postura de «no conocer» (Anderson, 2005), es decir, que esté siempre abierto a ser informado por el cliente, que no llegue a conclusiones prematuramente, y que haga lo posible por dejar de lado sus preconcepciones a la hora de encontarse con el consultante.

«Volver al futuro»

Tanto la psicología positiva como las terapias breves, narrativas, colaborativas y centradas en soluciones ponen más interés en el futuro que en el pasado. Seligman (2011) ha dicho que el problema de la psicología del siglo XX fue pensar que las personas están «empujadas por el pasado», en vez de que son «jaladas por el futuro». La psicología positiva trata de corregir este error. En la terapia centrada en soluciones se le da mucha importancia a que el cliente establezca metas y en ayudarlo a alcanzarlas. En la terapia narrativa se exploran los anhelos y sueños de los clientes, así como los valores y compromisos que se relacionan con estos (Tarragona, en prensa).

El pasado no es tabú en las terapias constructivas. White y Epston (1989) proponían reincorporar la historia en las terapias sistémicas (muy centradas en el aquí y el ahora). Pero su foco al explorar la historia con sus clientes no es descubrir el origen o la causa de los problemas, sino, al contrario, encontrar en el pasado acontecimientos que sirvan como evidencia de posibles historias alternativas, diferentes de la historia dominante, saturada de problemas, con la que llegó a terapia.

La agencia personal e intencionalidad

Llamamos agencia personal a la creencia de que somos capaces y competentes y que podemos influir sobre nuestro medio ambiente. El sentido de agencia personal es fundamental en la psicología positiva, ya que las teorías más aceptadas sobre los determinantes de la felicidad (Lyubomirksy, 2008) enfatizan que buena parte de esta depende de nuestras decisiones y

de nuestra voluntad. La falta de agencia personal es una de las causas de la desesperanza aprendida, uno de los mecanismos que provocan la depresión y, por el contrario, tener un sentido de agencia personal promueve el optimismo y la resiliencia (Walsh, 2006).

Todas las terapias constructivas ven al cliente como un agente en su propia vida. Michael White (2007) habla de la agencia personal: «esta noción pone a las personas como mediadores activos y negociadores de los significados y predicamentos de la vida, tanto a nivel individual como en colaboración con otros. También ubica a las personas como quienes dan origen a los desarrollos preferidos de sus propias vidas» (White, 2007: 103)[42].

El sentido de agencia personal tiene que ver con la intencionalidad. La psicología positiva, heredera de, entre otros, William James, es una psicología de lo intencional. Ya hemos mencionado que Seligman define la psicología positiva como el estudio de lo que escogemos porque queremos (2011). Michael White estaba especialmente interesado en los «estados intencionales» que tienen que ver con los propósitos, valores y compromisos de las personas. Él escribió: «Las personas viven sus vidas de acuerdo a las intenciones que tienen al perseguir lo que valoran… activamente le dan forma a su existencia en sus esfuerzos por alcanzar las metas que anhelan» (White,2007: 103)[43].

Tanto en la terapia narrativa como en la centrada en soluciones hacemos preguntas sobre los valores, sueños y compromisos de los clientes. Al hacerlo, exploramos las intenciones y el sentido de agencia personal de nuestros clientes y, posiblemente, contribuimos en fortalecerlos al permitirles encontrar más significado a través de la conversación.

Dos tipos de indagación

Pienso en la psicología positiva y las terapias constructivas como dos niveles diferentes de indagacion y generación de conocimiento. Los investigadores en psicología positiva generalmente trabajan en laboratorios o centros de investigación donde estudian a grandes muestras. Los terapeutas constructivos trabajan, en sus consultorios o instituciones, con unos cuantos clientes. Pienso que los temas que unos y otros exploran muchas veces coinciden. Es como si los terapeutas estudiaran cualitativamente, a nivel «micro», algunos de los temas que los investigadores estudian a nivel macro: la satisfacción con la vida, las metas, sueños y anhelos, las relaciones interpersonales, la resiliencia y las fortalezas.

Palabras finales

La psicología positiva nos brinda un gran acervo de conocimientos sobre la felicidad y el bienestar que podemos poner al servicio de nuestros clientes.

[42] Traducción de la autora.
[43] Traducción de la autora.

Las prácticas constructivas en la terapia nos brindan formas de conversar y una manera de posicionarnos en la relación con las personas que es respetuosa, curiosa y generadora de posibilidades. Podemos explorar los componentes del bienestar (por ejemplo, los elementos del modelo PRISMA de Seligman, 2011) de manera colaborativa, narrativa y centrada en soluciones. Yo creo que en la buena terapia no hay recetas, y en la buena terapia informada por la psicología positiva, tampoco. Junto con nuestros clientes, podemos encontrar las maneras en las que estos conocimientos que brinda la ciencia del bienestar pueden ser útiles a la persona y la situación específica que está viviendo, para acercase más a una vida plena.

Referencias

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual - text revision (DSM-IV-TRim, 2000) (4 ed.)*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.

Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York, NY, USA: Norton.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy.* New York, NY, USA: Basic Books.

Anderson, H. (2006). A postmodern umbrella: Language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En H. Anderson & D. Gehart, *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference (pp. 7-20)*. New York, NY, USA: Routledge.

Anderson, H. (2003). Postmodern social construction therapies. En G. Weeks, T. L. Sexton & M. Robbins, *Handbook of family therapy (pp. 125-146)*. New York, NY, USA: Brunner-Routledge.

Anderson, H. (2005). The myth of not-knowing. *Family Process*, 44 (4), 497-504.

Bartels, M., Saviouk, V., de Moor, M. H., Willemsen, G., van Beijsterveld, T., Hottenga, J.-J. *et al.* (2010). Heritability and Genome-Wide Linkage Scan of Subjective Happiness. *Twin Research and Human Genetics*, 13 (2), 135-142.

Ben Shahar, T. (2008). *Ganar felicidad.* Barcelona: Integral.

Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning. Cambridge: Harvard University Press*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.

Byrne, R. (2006). *The Secret*. New York, NY, USA: Atria Books.

Cooperrider, D. & Whitney, D. (2005). *Appreciative Inquiry: A Positive Revolution in Change*. San Francisco, CA, USA: Berrett-Koehler Publishers.

Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding Flow: The psychology of engagement with everyday life*. Nueva York, NY, USA: Basic Books.

Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow): una psicologia de la felicidad*. Barcelona: Kairos.

Csikszentmihalyi, M. & Selega Csikszentmihalyi, I. (2006). *A life worth living: contributions to positive psychology.* Oxford: Oxford University Press.

Dahlsgaard, K., Peterson, C. & Seligman, M. (2005). Shared Virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology*, 9, 203-213.

Danner, D., Snowdon, D. & W. V. Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.

De Jong, P. & Kim Berg, I. (2002). *Interviewing for solutions*. Pacific Grove, CA, USA: Brooks/Cole.

De Shazer, S. (1988). *Clues: investigating solutions in brief therapy.* New York, NY, USA: W.W. Norton.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York, NY, USA: W.W. Norton.

Deci, E. L. & Ryan, R. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA, USA: Blackwell Pub.

Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1), 1-43.

Emmons, R. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. En C. K. (Ed.), *Flourishing The positive person and the good life (pp. 105-128)*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Exercise, A. (s.f.). *Harlene Anderson*. Recuperado el 30 de octubre de 2006, de Harlene Anderson: http://www.harleneanderson.org/writings/asif.htm

Fernández, E. (2012). La experiencia óptima o el fluir. En A. Tapia, M. Tarragona & M. González, *Psicología positiva (pp. 79-89)*. Ciudad de México: Trillas.

Fernández, E., London, S. & Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En H. Selikoff, Y. Paquentin & G. Licea, *Voces, voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. Ciudad de México: Alinde.

Frankl, V. E. (1992). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. Boston, MA, USA: Beacon Press.

Frankl, V. E. (1967). *The doctor and the soul: from psychotherapy to logotherapy*. New York, NY, USA: Bantam Books.

Fredrickson, B. (2009). *Vida positiva*. San Juan: Norma.

Fredrickson, B. & Losada, M. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678-686.

Friedman, S. (1996). Couple's therapy: Changing conversations. En H. Rosen & K. Kuehlwein, *Constructing realities: Meaning making perspectives for psychotherapists (pp. 413-453)*. San Francisco, estado, USA: Jossey-Bass.

Frisch, M. (2006). *Quality of Life Therapy and Coaching:Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy.* New York, NY, USA: John Wiley y Sons, Inc.

Geertz, C. (2000). *Local knowledge.* New York, NY, USA: Basic Books.

Gergen, K. (1994). *Realities and relationships*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.

Gergen, K., Hoffman, L. & Anderson, H. (1995). Is diagnosis a disaster? A constructionist trialogue. En F. Kaslow, *Handbook of relational diagnosis (pp. 102-118)*. New York, NY, USA: Wiley.

Gottman, J. & Silver, N. (1999). *The Seven Principles for Making Marriage Work*. New York, NY, USA: Three Rivers Press.

Haidt, J. (2006). *The Happiness Hypothesis: Finding Modern Truth in Ancient Wisdom*. New York, NY, USA: Basic Books.

Harker, L. & Keltner, D. (2001). Expression of positive emotion in women´s college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 112-124.

House, J., Landis, K. & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 241, 540-545.

Hubble, M. A. & Miller, S. (2004). The Client: Psychotherapy´s Missing Link for Promoting a Positive Psychology. En P. A. Linley & S. Joseph, *Positive Psychology in Practice (pp. 335-353)*. Honoken, NJ, USA: John Wiley & sons.

Hubble, M. A., Duncan, B. & Miller, S. (1999). *The heart & soul of change: what works in therapy.* Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Hyvärinen, M. & Korhonen, A. (2006). *The travelling concept of narrative*. Helsinki: The Helsinki Collegium for Advanced Studies.

Ingamells, K. & Epston, D. (2012). Placing Strengths into Storylines. Building Bridges between Strengths Based and Narrative Approaches. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work,* 3, 50-60.

IPPA, s. p. (s.f.). *Frequently asked questions*. Recuperado el 17 de diciembre de 2012, de International Positive Psychology Association (IPPA): http://www.ippanetwork.org/faq/#7

Joseph, S. & Linley, P. (2006). *Positive Therapy: A Meta-Theory for Positive Psychological Practice*. New York, NY, USA: Routledge.

Kashdan, T. & Ciarrochi, J. (2013). *Mindfulness, Acceptance, and Positive Psychology: The Seven Foundations of Well-Being*. Ciudad, estado, USA: The Context Press.

Kashdan, T. & McKnight, P. (2009). Origins of purpose in life: Refining our understanding of a life well lived. *Psychological Topics*, 18, 303-316.

Losada, M. & Heaphy, E. (2004). The Role of Positivity and Connectivity in the Performance of Business Teams A Nonlinear Dynamics Model. *American Behavioral Scientist*, 47, 740-765.

Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. Ciudad de México: Urano.

Miller, C. & Frisch, M. (2009). *Creating your best life: The ultimate life list guide.* New York, NY, USA: Sterling.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York, NY, USA: Guilford Press.

Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy to read introduction.* Adelaide, Australia: Dulwich Centre.

O´Hanlon, B. & Wiener-Davis, M. (2003). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy.* New York, NY, USA: Norton.

O´Hanlon, W. H. & Bertolino, B. (2012). *The therapist's notebook on positive psychology: activities, exercises, and handouts.* New York, NY, USA: Routledge.

Pawelski, J. (2008). Una (muy) breve introducción a la psicología positiva. Ponencia presentada en el Diplomado en Psicología Positiva, Universidad Iberoamericana. Ciudad de México, México, 28 de noviembre.

Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology.* New York, NY, USA: Oxford University Press.

Peterson, C. & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification.* New York, NY, USA: Oxford University Press.

Peterson, C. & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification.* New York, NY, USA: Oxford University Press.

Polkinghorne, D. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences.* Albany, NY, USA: SUNY Press.

Seligman, M. E. (2007). Nombre de la ponencia. Ponencia presentada en la Conferencia Plenaria del Gallup Summit, Washington, DC, USA, 15 de octubre.

Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En *Oxford Manual of Positive Psychology (pp.)*. New York, NY, USA: Oxford University Press.

Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, *55* (1), 5-14.

Seligman, M. P. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment.* New York, NY, USA: Free Press.

Seligman, M. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and wellbeing.* New York, NY, USA: Free Press.

Seligman, M. P. & Csikszentmihlayi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55* (1), 5-14.

Seligman, M. P., Parks, A. & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society*, 359, 1.379-1.391.

Seligman, M. P., Steen, A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.

Seligman, M., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, número, 774-788.

Shelley, L. & Gable, J. H. (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9 (2), 103-110.

Steger, M. (2009). Meaning in Life. En S. Lopez & R. Sneyder, *Oxford Handbook of Positive Psychology (pp. 679-687)*. New York, NY, USA: Oxford University Press.

Steger, M. (2009). Meaning in Life. En S. Lopez, & C. Sneyder, *Oxford Handbook of Positive Psychology (pp. 679-687)*. New York, NY, USA: Oxford University Press.

Tarragona, M. (en prensa). La terapia narrativa: Reescribir nuestras historias para ser como preferimos ser. En A. Roizblatt, *Terapia Familiar*. Santiago: Mediterráneo.

Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Monográfico sobre Nuevas Tendencias en Psicología, Psicología Conductual*, 14 (3), 511-532.

Tarragona, M. (2008). Postmodern / Post-Structuralist Therapies. En J. Lebow, *21st Century Psychotherapies (pp.)*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.

Tarragona, M. (2009). *Hacia una psicología equilibrada*. Recuperado el 12 de diciembre de 2012 de Psychology Today: http://www.psychologytoday.com/blog/psicolog-y-bienestar/200911/hacia-una-psicolog-equilibrada

Tarragona, M. (2010). Psicología positiva y psicoterapia. En A. Castro Solano, *Fundamentos de psicología positiva (183-206.)*. Buenos Aires: Paidós.

Tarragona, M. (2012). Breve introducción a la psicología positiva y al estudio de la felicidad y el bienestar. En A. Tapia, M. Tarragona & M. González Ramírez, *Psicología positiva (pp. 21-44)*. Ciudad de México: Trillas.

Tarragona, M. (2012). *Positive Identities: Positive Psychology and Narrative Practices*. Milwaukee, OR, USA: Positive Acorn.

Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: Una propuesta integradora. *Terapia Psicológica,* 31, 115-125.

Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 1-2.

Vázquez, C. & Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.

Vaillant, G. E. (2009). *Positive Psychology News Daily.* Recuperado el 12 de diciembre de 2012, de http://positivepsychologynews.com/news/george-vaillant/200907163163

Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience*. New York, NY, USA: Guilford Publications.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY, USA: Norton.

White, M. (2004). *Narrative practice and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre.

White, M. (2000). *Reflections on narrative practice: Essays and interviews*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre.

White, M. & Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre.

Wong, Y. J. (2006). Strength-centered therapy: a social-constructionist, virtue based psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 133-146.

Wyatt, M. (Director) (2008). *Positive Psychology and Psychotherapy* [Película]. USA.

Segunda parte:
Aplicaciones

Terapia infanto juvenil

Capítulo 5

De los días raros a los días seguros: la terapia del miedo infantil

Jorge Ayala

> *«Mientras la historia sea un secreto, me tendrá prisionero».*
> Villoro (2012: 1).

Introducción

Inspirado en el trabajo de David Epston (Epston, 1994; Freeman, Epston y Lobovitz, 2001) y la terapia narrativa (Epston & White, 1993), el pragmatismo de Richard Rorty (Rorty, 1996), la fenomenología del liberalismo de Judith Shklar (Shklar, 2010) y la etnografía de George Marcus (Marcus, 1998), este trabajo es uno de los desarrollos recientes que en la terapia del niño afectado por el miedo he venido desarrollando durante los últimos dos años. Forma parte de un proyecto denominado «Cazadores de miedos», donde intento situarme dentro de la figura que Rorty (1996) denomina el ironista liberal, recogiendo la definición de liberal de Judith Shklar (Rorty, 1996), quien dice que «un liberal es una persona que piensa que los actos de crueldad son lo peor que se puede hacer» (Rorty, 1996:17). Como ironistas, Rorty designa a «las personas que reconocen la contingencia de sus creencias y de sus deseos más fundamentales: personas lo bastante historicistas y nominalistas para haber abandonado la idea de que estas creencias y esos deseos fundamentales remiten a algo que está más allá del tiempo y del azar… personas que entre esos deseos imposibles de fundamentar incluyen sus propias esperanzas de que el sufrimiento ha de disminuir, que la humillación de seres humanos por obra de otros seres humanos ha de cesar» (Rorty, 1996: 17).

«Cazadores de miedos» es también una oportunidad de desarrollar aquello que Madigan y Epston acuñaron con la expresión «comunidades de intereses», para describir a los grupos que tienen «el poder de apreciar las historias alternativas que se están construyendo, y de ofrecer unos conocimientos y unas técnicas de base local para cambiar las historias dominantes y saturadas del problema que identifican a la persona en su problema» (Epston *et al.*, 2010: 22).

Las ideas filosóficas de Rorty (1996) y Shklar (2010) me han permitido responder a las siguientes preguntas:

- ¿No son acaso las evaluaciones y la terapia psicológica forzada, el etiquetaje, la estigmatización, la patologización y la medicación radical, actos de crueldad con los niños?
- ¿Podemos permanecer indiferentes frente a estos actos de crueldad? ¿Cómo podemos responder?
- ¿Qué podemos aprender del sentimiento de injusticia que compartimos con el niño y su familia al oír su historia?
- ¿Y el lenguaje?

Y desarrollar mi trabajo desde el horizonte de la solidaridad.

a. La solidaridad humana como primera aproximación

Para Rorty (1996), la solidaridad es algo que no se descubre, sino que se crea por medio de la reflexión, incrementando nuestra sensibilidad a los detalles particulares del dolor y el sufrimiento de seres humanos distintos y desconocidos para nosotros. La sensibilidad es necesaria porque hará más difícil marginar a personas que son distintas a nosotros. La solidaridad nos va a exigir siempre considerar a cada niño como «uno de nosotros» y no sencillamente como «ellos». La solidaridad es, para Rorty, «una meta que hay que alcanzar por medio de la capacidad imaginativa de ver a los extraños como compañeros en el sufrimiento» (1996: 18).

b. ¿Solidaridad u objetividad con las familias?

Las familias que acuden a consulta luego de experiencias anteriores, donde no recibieron la ayuda que necesitaban, afirman deseos de solidaridad antes que un deseo de objetividad (pruebas psicológicas, diagnósticos, medicación, etc.). Cuando una familia busca nuestra solidaridad no se está preguntando sobre el modo en que describimos nuestra práctica en una comunidad de profesionales. Me refiero al lenguaje experto que usan algunos terapeutas que trabajan en pos de alcanzar la verdad por sí misma y no porque sea buena para los niños. La verdad, para Rorty (1996), solo debe convertirse en aquello en lo que nos es bueno creer.

Cautivar a los niños

Descubrir la obra de David Epston (Eptson, 1994) significó también otras posibilidades para mi trabajo, pues él es probablemente uno de los terapeutas más cercanos a la figura del ironista liberal que plantea Rorty (1996). No voy a exponer en este capítulo mis fundamentos sobre esta relación, pero sí voy a presentarles la forma en que estas ideas me otorgaron un horizonte práctico. Así que empezaré contándoles la historia de Renzo[44], un niño de 10 años que llegó a mi consulta acompañado de Blanca, su madre.

[44] Para proteger el derecho a la intimidad del niño y la familia, cada nombre ha sido cambiado.

Había visitado hace dos años a un psiquiatra que le había diagnosticado un trastorno fóbico y lo venía medicando desde esa época. También le había sugerido un tratamiento psicológico que Renzo había abandonado junto con las pastillas, que le trajeron serias complicaciones en su estado de ánimo.

Jorge: ¿Así que ya habías ido antes donde un psicólogo?

Renzo: Sí, y a un psiquiatra. Yo hace tiempo fui a un psicólogo donde mi mamá me llevó, era una mujer. El problema era que la psicóloga me obligaba a entrar y siempre mentía. Llegaba al punto en que me decía «vas a entrar con tu mamá», y apenas entraba al consultorio cerraba la puerta con llave para que yo no saliera. Hasta que un día mi mamá se dio cuenta que no era buena y no me volvió a llevar. Y desde ese tiempo me da miedo ir al psicólogo y no he vuelto a ninguno.

El primer encuentro con el niño

Renzo ingresó a la consulta con una sonrisa, estrechándome la mano, con una seguridad que me sorprendió.

Jorge: Renzo, voy a ser sincero contigo: es la primera vez que un niño entra a este lugar con tanta personalidad, con tanta seguridad.

Renzo: ¿Sí? (sonríe y mira a su madre).

Jorge: Sí.

Renzo: Es que luego de eso una persona me ayudó.

Jorge: ¿Otra psicóloga?

Renzo: No, una amiga de mi mamá.

Jorge: ¿Y cómo has hecho para ingresar aquí con tanta confianza, con tanta seguridad a pesar del miedo que tenías de presentarte ante un psicólogo? Me has sonreído al mirarme, me has estrechado la mano, ¿te has dado cuenta de esa seguridad?

R: Sí.

J: ¿Cómo lo has conseguido?

R: Tranquilo, tengo que ser positivo.

J: ¿Cómo aprendiste a ser positivo?

R: Mi mamá me ha enseñado a ser positivo, me dijo que tú eras una buena persona y me animó a venir.

La impresión que un niño se forma de la terapia nace en el mismo momento en que ingresa a la consulta (Epston *et al.*, 2001), y depende en buena medida de lo primero que haga el terapeuta al recibirlo. Recordemos que el niño llega con una necesidad enorme y debemos responder a esas necesidades con nuestras propias acciones.

Buscando una palabra que pudiera resumir todo el significado de este primer encuentro, hallé una pregunta en un libro de Guy Kasawaki (2011) que esclareció mi panorama: «¿Por qué es necesario cautivar?» (18).

Kawasaki (2011) enumera algunas situaciones en las que por encima de todo, afirma, necesitamos cautivar. Y recordé a través de estas ideas que

necesitamos cautivar a los niños y convertirnos en sus cómplices (Marcus, 1998) porque ellos tienen:

a. Expectativas nobles y elevadas:

   Según Kawasaki (2011), cuando las personas persiguen un buen propósito necesitamos más que relaciones normales, comunes y corrientes. Necesitamos hacer lo posible para convencer al niño que compartimos su sueño.

b. Decisiones difíciles e infrecuentes:

   Cuanto mayor sea la necesidad de cambio para el niño, mayor será nuestra necesidad de cautivar. Si el cambio es importante para el niño, hacerlo realidad será más importante.

c. Hábitos arraigados:

   Tomamos decisiones guiados por nuestros hábitos y estos pueden impedir que el niño y la familia adopten una nueva visión que ponga en duda todo lo antes establecido. Cautivar puede abrir una puerta para plantear una nueva idea o un cambio.

d. Necesidad de desafiar a la masa:

   Los profesionales de la salud a los que estos niños han visitado no siempre han actuado de la mejor forma. Los niños han sido llevados por un camino absurdo y sobre opciones por debajo de lo aconsejable. Cautivar es necesario porque los niños y la familia llegan con cierta desconfianza, discrepando con la disciplina psicológica (lo cual es muy alentador políticamente) y con ganas de demostrar que pueden salir adelante.

¿Te resulta familiar alguna de estas cuatro situaciones? Creo que están presentes cada vez que los niños intentan conseguir que el mundo que habitan sea un lugar mejor.

Conocer al niño al margen del problema

Siendo niño, descubrí a mi madre presumiendo frente a sus amigas de los últimos campeonatos nacionales de ortografía que yo había ganado consecutivamente. A una de sus amigas, y madre de uno de mis compañeros de aula, la escuché presumiendo de los últimos laureles deportivos que Raúl había logrado en natación. Otra presumía de los clubes que se peleaban por tener a Santiago -un excelente futbolista- en su equipo para el próximo campeonato de verano. Escuchar a mi madre fue muy agradable. Imagino que lo mismo hubiese sido para Raúl o Santiago si escuchaban a las suyas.

Menciono esta anécdota porque, en una de sus tantas historias, David Epston se dirige a Marie, la madre de Billy, para decirle lo siguiente:

«Miren, no quiero que ustedes piensen que no considero los problemas de Billy como un asunto de gran consideración… Sin embargo, Billy, si yo fuera tú, no quisiera conocer a un extraño de mi edad a través del problema en que «el problema» te ha metido. Jim y Marie, ¿les importa

si yo conozco sobre su hijo a través de cómo ustedes lo conocían antes de que él se enredó en todo este problema?» (2010: 1).

Luego de hacerles esta pregunta, Epston voltea y observa por primera vez a Billy alzar la mirada para encontrarse con la suya mostrando desconcierto. Más adelante, al descubrir una habilidad que el niño había aprendido de los padres, les pregunta lo siguiente:

«¿De qué alardearían?» (2).

Momentos después Billy descubriría una buena descripción, quizás con la misma emoción que descubrí yo al pillar a mi madre; total, era lo que ella y sus amigas hacían en ese momento: alardear de sus hijos. Es una hermosa revelación ya que usualmente lo primero que sabemos del niño en una sesión ordinaria viene a través de preguntas que amplían la historia saturada del problema y una imagen negativa del niño:

- ¿Cuál es el motivo de esta consulta?
- ¿Qué problema los trae hoy por aquí?
- ¿En qué los puedo ayudar?
- ¿Qué hizo esta vez el niño?

De esta manera, la primera impresión que se forma el niño de la terapia es negativa ya que no tiene ningún control de cómo se le describe, y ni siquiera cuenta con la oportunidad de protestar por la versión que los padres ofrecen de él (Epston *et al.*, 2001).

Si estas descripciones definen al niño negativamente, ¿de qué manera puede contribuir en su identidad? ¿De qué forma puede contribuir en el proceso de la terapia?

Si aceptamos que el problema es el problema y no la persona (Epston *et al.*, 2001), ¿es posible conocer al niño al margen del problema generando otras descripciones?

Jorge: lanca, alguna vez pillé a mi padre mostrándole a sus amigos una fotografía de cuando yo tenía apenas 1 año y vestía la camiseta del club de fútbol del barrio del cual mi padre era muy hincha. Se la mostraba a sus amigos y les contaba que, 12 años después, su hijo vestiría esa camiseta para jugar en el club porque me habían escogido para ser parte del equipo como arquero, luego de pasar la prueba con otros 20 muchachos que se presentaron conmigo. Escuchar a mi padre alardear de mí de esa manera, hizo que me sintiera como *Superman*. Te cuento esto porque ahora que acabo de ver la seguridad y confianza con la que Renzo ha entrado al consultorio, me gustaría que me contaras una historia donde pudieras alardear de la seguridad y confianza que haya mostrado Renzo en alguna otra situación. Tómate un tiempo para recordar y cuéntame…

Blanca: Te refieres a una historia de…

Jorge: Valor, de orgullo.

Blanca: Es que son tantas cosas que… (hace una pausa). Por ejemplo, algo que sí me dejó sorprendida fue cuando… hubo un tiempo en que no quería

ir al colegio en el que estaba y empezamos a buscar otros colegios que a él le gustaran porque es importante que él se sienta contento adonde va, y entonces llegábamos a los colegios y él me decía: «No, no quiero ese». Y así pasamos por varios con la misma respuesta. Pero llegamos a un colegio y dijo que sí le gustaba, entonces averigüé y se entrevistó con la directora y pasó por todas las evaluaciones. Mi temor era que él estaba, por un problema que tuvo en el colegio, retrasado medio año, y yo y mi esposo pensábamos que tendría que repetir el año porque si lo hacíamos avanzar no teníamos la seguridad de que saliera bien. La cuestión es que él se entrevistó y luego de los exámenes salió muy bien en todo y nos dijeron que estaba listo para el siguiente nivel, a pesar de la aparente desventaja. Me encantó su seguridad, incluso dijeron que no necesitaba más evaluaciones porque había demostrado tener muy buena educación, académicamente estaba muy bien. Y cuando ingresó al colegio ocupó el segundo lugar y luego el primero, sorprendiéndome la seguridad con la que enfrentó algo tan difícil. Yo incluso pensé que no podría hacerlo.

Jorge: ¡Wow! Entonces yo no me he equivocado en decirle que me parecía una persona muy segura al entrar aquí.

Blanca: Sí, hay situaciones en las que él puede sentirse muy seguro.

Desde hace unos años presento esta clase de preguntas a los padres al iniciar la conversación. Y lo que he descubierto es que cuando logramos descubrir las habilidades, los recursos y los valores del niño, al finalizar la primera entrevista, cuando formulo una «pregunta de escala»[45], la percepción que tiene el niño sobre su influencia sobre el problema lo ubica a dos o tres puntos de acabar con la situación problemática y vivir la vida que desea.

Esta es una clara presentación de que las historias problemáticas y saturadas de problemas producen serias limitaciones en el niño, mientras que las historias alternativas, que reflejan toda la riqueza de su vida, producen un sentido de esperanza y fortaleza muy útiles para el desarrollo de la terapia y los objetivos.

Luego de oír la descripción de su madre, Renzo sonríe y seguimos conversando.

Renzo: Es que yo estaba ansioso por venir, tenía tantas ganas de venir que para mí el tiempo no pasaba.

Jorge: ¿Y por qué tenías tantas ganas de venir? ¿Por qué estabas tan ansioso por llegar aquí?

Renzo: Porque sabía que usted me iba a ayudar.

Jorge: ¿Y cómo sabías eso?

[45] Las preguntas de escala numérica son una herramienta terapéutica usada por Steve de Shazer (Friedman, 2001), que permite al terapeuta y consultante una manera de hablar del progreso hacia los objetivos terapéuticos cuando describir estos asuntos se pone difícil al no encontrar las palabras adecuadas (ver Capítulo 3, en este volumen).

Renzo: Porque esta es una zona bonita, tranquila, no hay mucha bulla y eso ayuda. Me ayuda a perder todos los miedos que yo tengo.

Hasta aquí hemos podido establecer dos partes importantes de la entrevista. Hemos iniciado una relación y empezamos a conocer a Renzo al margen del problema. La siguiente es una pregunta que, quizás, para fines prácticos debimos resolver primero, sin embargo, hacía falta contextualizar el paisaje que vamos a compartir en las siguientes páginas.

¿Cómo comunicarnos con el niño?

Cuando logramos respetar la forma de ser y de comunicarse del niño, aumentamos la cooperación y con esto su creatividad. El niño asume la responsabilidad por la solución usando estrategias que generalmente implican juego, un plan orientado, el desarrollo de una historia que tiene, como los cuentos, un comienzo y un final cuyo desenlace motiva y mantiene inquieto, curioso y actuante al niño, y nos permite encontrar los momentos en que se las arregla sin necesidad de ayuda, recuperando su influencia sobre el problema.

La imaginación ayuda pero muchas veces la seriedad se opone. Conversar con un niño no es lo mismo que conversar con un adulto, pero frecuentemente esto se olvida. Y tratamos de ajustar al niño a un programa establecido y una estructura que termina aburriéndolo y convirtiendo el problema en algo muy serio y poderoso, hallándonos a kilómetros de distancia de lograr una relación empática con él.

En este sentido, dos cuestiones me han permitido apoyar estas ideas hasta descubrir lo que hacía falta en mi relación con los niños.

a. La cuestión del lenguaje

Todos llevamos a cuestas un conjunto de palabras que empleamos para justificar nuestras acciones, creencias y la propia vida. Son estas palabras con las que formulamos el contenido de nuestras críticas, proyectos, dudas, deseos y sueños más elevados. A estas palabras Rorty las denomina el «léxico último» (1996: 92) de una persona. Señala que es el último porque, si proyectamos una duda sobre ellas, solo disponemos de recursos argumentativos circulares, ya que representan el punto más alejado al que podemos ir con el lenguaje. Frente a esto plantea una opción, y llama «ironista» a la persona que reúne tres condiciones que, en este contexto, son fundamentales en la relación de cooperación que vamos a establecer con los niños:

1. Tiene dudas radicales y permanentes acerca del léxico último que utiliza habitualmente, debido a que sobre él han incidido otros léxicos que consideran últimos las personas que ha conocido o los libros que ha leído.
2. Advierte que un argumento formulado con su léxico actual no puede ni consolidar ni eliminar esas dudas.

3. En la medida en que filosofa acerca de su situación, no piensa que su léxico se halle más cerca de la realidad que los otros, o que esté en contacto con un poder distinto en ella misma.

Para Rorty (1996), nos convertimos en «ironistas» cuando advertimos que es posible hacer que cualquier cosa aparezca como buena o mala redescribiéndola, renunciando al intento de formular criterios para elegir entre léxicos últimos. Utiliza la posición que Sartre llamó «metaestable», para referirse a las personas que no se toman en serio a sí mismas porque saben que los términos mediante los cuales se describen están siempre sujetos a cambio, saben de la contingencia y la fragilidad de sus léxicos últimos y, por lo tanto, saben de su Yo.

Esta posición de Rorty nos ayuda a adoptar un papel mucho más optimista con los niños, permitiéndonos ser alegres y creativos, respondiendo a la cuestión sobre cómo se puede jugar y conservar el sentido del humor (Epston *et al.*, 2001) mientras nos enfrentamos a situaciones angustiosas, desesperantes y hasta alarmantes. Nos ayuda a combatir la seriedad con la que generalmente enfrentamos los problemas. La conversación seria y racional puede dificultar la comunicación con los niños hasta acallar su voz e inhibir sus recursos creativos, sus fantasías y habilidades especiales (Epston *et al.*, 2001). Cuando la seriedad es un enemigo y nuestros «léxicos últimos» pueden afectar nuestra relación, la ironía nos recuerda que hay que luchar contra el sentido común que tanto enorgullece a muchos profesionales de la salud.

b. La cuestión etnográfica: la complicidad como aproximación

Para el antropólogo George Marcus (Marcus, 1998), la complicidad puede permitir que se establezca un entendimiento mutuo que abre puertas a la conversación que identifica como la base para el trabajo etnográfico: «la complicidad juega a y construye expresamente un sentido diferente y más complejo de la sustancia de la relación etnógrafo-sujeto» (Marcus, 1998: 121). Para el antropólogo, la complicidad permite conservar la asimetría necesaria y la búsqueda de posibilidades alternativas. En esta posición, logramos convertirnos en colaboradores elevando la confianza necesaria para un trabajo en equipo. Esto facilita comprender aún mejor los mapas locales del niño, abandonando la hegemonía de las prácticas modernas y tradicionales, generando complejidad en la comunicación y la relación emocional, además de esa autosuficiencia que nos sitúa como aprendices permanentes.

Si logramos conversar en el lenguaje del niño, si nos dejamos sorprender por su relato y seguimos curioseando, tratando de descubrir nuevas formas de tomar partido sobre el problema usando sus recursos y habilidades, ampliándolas, iremos construyendo una historia alternativa que convoque acción mutua entre nosotros, los adultos, y el niño, hasta enriquecer el relato. Participar en la generación de estas historias en lugar de hacer interpretaciones y elaborar hipótesis.

Si antes había mostrado mi admiración por la confianza y seguridad con la que Renzo había ingresado a la consulta, ahora era momento de mostrar mi sorpresa frente a la dificultad.

Jorge: ¿Quéeeee? ¿Tienes miedos?

Renzo: Algunos.

Jorge: No parece. ¿Cómo haces para mantenerlos ocultos?

Renzo: La verdad, es que soy un maestro del secreto.

Jorge: ¡Wow! ¡Un maestro del secreto! Déjame hacerle una pregunta a tu mamá: Tú me has dicho que es un chico que toma buenas decisiones y me has contado una buena historia para ilustrarlo. Entonces, esta historia que me cuentas señala que estamos frente a un niño que no es solo un maestro del secreto, sino que sabe tomar buenas decisiones.

Blanca: Sí, toma muy buenas decisiones.

Jorge: Y sabe responder muy bien, con seguridad.

Blanca: Definitivamente, sí.

Jorge: Renzo, te interrumpí, perdóname, es que me quedé sorprendido con todo esto. Bueno, me decías que habían algunos miedos por ahí rondando.

Renzo: Lo que pasa es que a espaldas de mi casa hay otra casa. Un día, estaba viendo una película y escuché una explosión y fuimos a ver y había fuego en esa casa y yo estaba súper híper asustado y pensaba: «Uy, va a llegar el fuego hasta mi casa». Y estaba muy desesperado, yo vivo en el tercer piso. Entonces desde abajo se veía luz y yo pensaba que también el primer piso de mi casa se estaba quemando, pero felizmente llegaron los bomberos. Pero yo estaba ya traumado y desde ese día siempre… Después que eso pasó, un día yo estaba así, normal, y escuché un ruido que ni siquiera era en la casa del costado, era en mi casa, en el segundo piso, y entonces yo veía humo pero no había nada de fuego y en el primer piso también se escuchaba y yo empezaba a tener miedo y pensaba en bajar, entonces mi mamá llamó a la señora del segundo piso que dijo que llegaría en 40 minutos, y entonces no pasó nada pero igual, me quedé con ese pensamiento y ahora casi siempre voy y miro la ventana y huelo a quemado y me entra el miedo.

Jorge: ¿Hay sonidos que te recuerdan al incendio?

Renzo: Olores.

Las conversaciones externalizantes

> «Voy a contar lo que ocurrió cuando yo tenía 13 años. Es algo que no he podido olvidar, como si la historia me tuviera tomado del cuello. Puede sonar extraño, pero incluso siento las «manos» de la historia» sobre mí, una sensación tan precisa que hasta sé que se trata de manos con guantes».
>
> Villoro (2012: 1).

Para obtener una perspectiva diferente que provoque realmente la percepción y la seguridad de que el problema no es Renzo (a menudo confundimos el problema con la persona frente a cualquier dificultad), sino que el problema es el problema (el miedo), las conversaciones externalizantes (en inglés, *externalizing conversations*) surgen como prácticas lingüísticas y narrativas que nos permiten adoptar una distancia crítica respecto al problema (Epston *et al.*, 2001). Las conversaciones externalizantes están hechas para romper una continuidad y fracturar la idea de que el niño es el portador del problema, permitiéndonos la reescritura de la vida y establecer otro orden, otra descripción del niño. Al conocer detalles del problema y cosificarlo, podemos conocer también detalles sobre cómo enfrenta el niño este problema junto con la influencia que tiene el problema en su vida y la influencia que tiene el niño sobre el problema. Las conversaciones externalizantes estimulan la creatividad y generan experiencias que revisan la relación del niño con el problema (Epston & White, 1993), instancias donde descubrimos las habilidades especiales que el niño necesita para superar las dificultades.

Jorge: ¿Y cómo está afectando esto a tu vida? ¿Cómo la está echando a perder?

Renzo: Con recuerdos…, siento que va a pasar algo malo o que va a aparecer el humo, el fuego y me asusto un montón. Para mí no es correcto pero mi cuerpo me dice que va a pasar algo y yo trato de controlarlo y no puedo, el miedo me gana. Normalmente sucede… en las mañanas no, en las noches.

Jorge: ¿Y cómo logras que en la mañana no suceda?

Renzo: En las mañanas, obviamente, no he visto que pase un incendio.

Jorge: Ah, ok.

Renzo: Entonces me digo: «no va a pasar nada». Pero en la noche no puedo.

Jorge: ¿A partir de qué hora el cuerpo te va alertando que puede pasar algo?

Renzo: Entre las 6 y las 6:30 pm.

Jorge: A la hora que anochece.

Renzo: Exacto.

Jorge: ¿Y cuáles son las primeras señales de que algo malo está pasando?

Renzo: Me acerco a la ventana y veo nublado, luego siento que huele a quemado y me empiezo a preocupar bastante y llamo a mi mamá y mi mamá no me cree. Justo hoy día yo estaba escuchando un ruido y llamé a mi mamá, y cuando volví ya no pasaba nada. A veces me veo diciendo: «no pasa nada, aquí no pasa nada».

Jorge: ¿Y cómo te va con eso? ¿Qué resultados tienes cuando te repites que no pasa nada?

Renzo: Lo que pasa es que yo en mi casa tengo una gran colección de Legos que son muy caros, entonces yo tengo miedo que, si pasa algo, incluso un terremoto, todo mis Legos, que son de colección y no son simples juguetes, son muy importantes, se pueden quemar. Al terremoto no le tengo miedo porque es natural, pero un incendio no es natural.

Las historias alternativas y las preguntas que generan experiencia

Las historias son importantes en la terapia narrativa porque describen y configuran la vida de las personas. Si las historias problemáticas limitan la identidad del niño, las historias alternativas nos muestran sus virtudes, habilidades especiales, sueños y esperanzas (Epston *et al.*, 2001) y los de otros miembros de su familia. Nos permiten hallar los momentos en que se las arregla sin necesidad de ayuda, reflejando toda la riqueza de su vida contrastando toda imagen problemática y deficiente.

Jorge: Renzo, quiero que pienses muchísimo antes de responder lo siguiente: ¿recuerdas alguna noche en la que hayas logrado tener dominio sobre estas señales de tu cuerpo que te alertan para salir a la ventana y oler a humo?

Renzo: Sí.

Jorge: ¿Sí?

Renzo: Dos veces.

Jorge: ¿Y las recuerdas como para que me las puedas contar?

Renzo: Sí. Yo un día estaba cenando, entonces ni siquiera me preocupé de la ventana y bajé simplemente, me fui a mi cama y me dormí. Ni siquiera me acerqué y encima me dije: «¿qué va a pasar? Segundo piso y primer piso, no puede pasar algún incendio». Y cuando terminé de subir el segundo piso, seguía sin preocuparme y me fui a mi cama y me dormí.

Jorge: ¿Eso pasó luego de cenar?

Renzo: Sí.

Jorge: ¿Cenaste en qué piso?

Renzo: Tenemos un tercer piso y un cuarto piso, ambos son nuestros.

Jorge: Explícame cómo es el edificio.

Renzo: Primer piso no es mío. Es un departamento, tiene una cocina, un dormitorio y una sala. El segundo piso también.

Jorge: ¿Y quién vive en el primero?

Renzo: Vive una señorita y su mamá.

Jorge: Una señorita y su mamá. ¿Y son confiables?

Renzo: No.

Jorge: ¿Cómo es que no son confiables?

Renzo: Es que no me inspiran confianza, en cambio los del segundo sí, porque cuando pasó el incendio yo estaba llorando y la señora del segundo piso me consoló y para mí esa señora sí es confiable, pero los del primero ni siquiera estaban.

Jorge: Y a esas dos personas, ¿les podrías dar una nueva oportunidad para volver a confiar en ellas?

Renzo: A la señora sí pero a su hija no creo.

Jorge: ¿Y qué podría ayudarte a confiar en ellas? ¿De qué manera podrías empezar?

Renzo: Por ejemplo, si pasa un incendio, y no hay nadie quien me ayude porque la señora del segundo piso no está, podría confiar en que ellas me ayuden y me digan que todo va a estar bien.

Jorge: ¿Y qué va a pasar antes de que ocurra un incendio para que empieces a confiar en ellas? ¿Tendría que pasar algo antes?

Renzo: Esto es algo raro pero lo voy a decir: es que un día yo estaba jugando con un amigo desde la ventana con unas pistolas de agua, y le cayó un poco de agua a la señorita del primer piso y gritó: «le voy a decir a tu mamá»; y yo me quedé mirándola y le dije «perdón», pero llegué a mi casa y mi mamá me quitó la pistola, entonces yo ese tiempo quería un poco de venganza y no hice nada pero obviamente estuve muy molesto y por eso siempre digo que en el primer piso viven personas que me caen mal. Es que además yo no fui, fue mi amigo. Y además esa señorita tiene varios novios y dejan sus autos deportivos y no nos dejan pasar.

Jorge: ¿Y cómo podrías reconciliarte con esta familia? ¿O no está dentro de tus planes para sentirte más seguro?

Renzo: No está dentro de mis planes.

Jorge: ¿Su confianza no es tan importante para tu seguridad?

Renzo: No.

Jorge: Ok. Entonces pasemos al segundo piso, ¿quiénes viven ahí?

Renzo: Vive una señora y un señor. Yo en la señora confío mucho porque me consoló. Y creo que el segundo piso es más confiable que el primero. Son personas más silenciosas que las del primero.

Jorge: ¿Y qué tenemos en el tercer piso?

Renzo: Mi perro, mi hermana de 14 años, mi papá y mi mamá. Mis padres me dan mucha seguridad y mi perro también. Mi hermana no tanto.

Jorge: Ok. ¿Y hay un piso más?

Renzo: Sí, el cuarto piso, allí tenemos la cocina. El tercero y cuarto piso son nuestros.

Jorge: Ok. Entonces, esa noche tú estabas cenando…

Renzo: Sí, yo estaba cenando y la cosa es que yo tenía sueño, y como yo ayudo a mi mamá a lavar y secar los platos, ese día ni siquiera me importó porque tenía sueño y estaba pensando en qué tenía que hacer al siguiente día, entonces fui y me eché a dormir.

Jorge: ¿Pasó algo antes que te haya ayudado a tener confianza y sentir seguridad para controlar este temor?

Renzo: No.

Jorge: ¿Fue algo espontáneo?

Renzo: Sí… Y hay más miedos que aún tengo.

Jorge: ¿Así?

Blanca: Más que un miedo, me llama constantemente, es una suerte de acoso. Yo estoy estudiando ahora, entre dos y cuatro horas diarias. Antes llamaba mucho y era para decirme que estaba mal del estómago y me interrumpía.

Jorge: Blanca, has dicho que antes, ¿eso significa que ahora te llama menos? ¿Es algo que está superando?
Blanca: Sí, está en proceso.
Jorge: Renzo, ¿qué pasos has dado para llamar menos a tu madre?
Renzo: Me distraigo, veo tele o juego Nintendo, y me distraigo y así ya no llamo las veinte veces que la llamaba antes.
Blanca: No sé si es mi percepción, pero al llamarme se pone nervioso y da la coincidencia que cuando estoy en clase y me llama me dice que le duele el estómago. No sé si eso se relaciona con todo esto o será coincidencia.
Jorge: Renzo, ¿recuerdas otra oportunidad, además de la cena, en la que hayas podido tener el control sobre los miedos?
Renzo: No recuerdo cuál pero fue una vez donde yo mismo me repetía «no va a pasar, no va a pasar, no va a pasar».
Jorge: ¿Y tú mismo te convenciste?
Renzo: Sí, fue fácil, muy fácil.
Jorge: ¿Sí?
Renzo: Hasta creo que me cansé de repetirlo tantas veces que me eché a dormir a mi cama.
Jorge: ¿Y cómo es que, sabiendo cuáles son tus habilidades para vencer el miedo, aún no lo has vencido?
Renzo: Trato de hacerlo.
Jorge: Me imagino, es un trabajo duro esto de vencer a los miedos. No es sencillo, te entiendo.
Renzo: Ajá.
Jorge: ¿Qué necesitas para convencerte totalmente que repitiéndote que no va a pasar y que no va a pasar y que no va a pasar y que necesitas distraerte, finalmente no va a pasar nada?
Renzo: Umm, a ver…
Jorge: ¿Cuáles son los siguientes pasos?
Renzo: Pensar en que no hay razón para que eso pase, imaginar que en el primer y segundo piso todo está asegurado… Un día perdí el miedo porque mi papá me dijo que si pasa un incendio automáticamente la corriente apaga la energía, y con esto que me dijo mi papá yo me sentí más seguro, más tranquilo.
Jorge: ¿A ti te da seguridad revisar las puertas, revisar las ventanas?
Renzo: Sí, pero lo hago muy seguido.

Generar dudas e incertidumbre mediante contradicciones

Esta es una forma de ver lo positivo dentro de algo que es percibido como negativo y puede causar vergüenza en los niños. De manera que algo que es percibido por el niño como incapacitante, es redefinido como algo muy valioso. De modo que, se opone a una visión muy negativa de la seguri-

dad, la visión positiva de las acciones que ha desarrollado Renzo (Epston, 1994). «Los lenguajes son hechos» y tenemos «la posibilidad de hacer que cualquier cosa parezca buena o mala, importante o insignificante, útil o inútil, redescribiéndola» (Rorty, 1996: 27).

Jorge: Ah, pero eso está muy bien.

Renzo: ¿Sí?

Jorge: Por supuesto. Blanca, qué afortunados son todos ustedes de tener una persona en casa que garantice diariamente que todo esté muy seguro. ¿No es una bendición acaso?

Blanca: ¿Sí, no?

Jorge: Blanca, ¿conoces algún otro niño que haga eso y se asegure que la seguridad en casa esté en orden?

Blanca: La verdad, ahora, pensándolo bien, no conozco a ningún niño que haga esto. Se necesita madurez.

Jorge: Renzo, ¿tú conoces algún adulto que, con tu técnica y habilidad, se asegure de mantener su casa a salvo y esté bien asegurada?

Renzo: No. ¿Eso es bueno?

Jorge: Definitivamente bueno. Tener una persona que se encargue de la seguridad de la casa es una bendición.

Renzo: Claro.

Jorge: Y, Renzo, ¿qué hay en esta voz interior, que dice que no va a pasar nada y que no va a pasar nada, que tú valores?

Renzo: Yo creo que valentía. Sí.

Jorge: ¿De qué manera el repetir esto cada vez que te encuentres en una situación de riesgo o de pronto para recordarte que no va a pasar nada, te va a convertir en un niño cada vez más valiente?

Renzo: Yo creo que al decirme «no va a pasar, no va a pasar, va a estar todo bien», realmente tranquilo, y yo creo que… a veces cuando mi papá sale o tiene reunión y me dice que va a llegar a tal hora, yo me preocupo y salgo a ver a la ventana, pero cuando están mi papá y mamá y todos, no pasa, no veo la ventana.

Jorge: ¿Qué hay en esto de distraerte con la tele o el Nintendo que valores muchísimo?

Renzo: Que ya no llamo a mi mamá y no me aburro. Cuando estoy con toda mi familia me siento seguro, pero hay días que me siento raro y mi conciencia me dice que algo malo va a pasar. O cuando los perros ladran, sé que puede pasar algo malo y entonces me preocupo.

Jorge: Ajá, calificas los días en los que el miedo es más fuerte como «los días raros».

Renzo: Sí, son días raros.

Jorge: Aja, ¿y te parece bien si me ayudas a identificar estos días raros y hacer una guía con todas sus características para conocerlos mejor?

Renzo: Sí, claro, esos días los perros ladran y siento mucho miedo porque pienso que algo malo va a suceder. Los trato de callar pero no me hacen caso, a menos que grite muy fuerte, y muy molesto, me imagino.

Jorge: Ajá, y logres sacar toda tu furia y asustar a los perros.
Renzo: Sí.
Jorge: ¿Y qué otras característica tienen los días raros?
Renzo: Mi conciencia me repite: «tienes que ir a la ventana a ver, tienes que ir a ver», y yo voy, lo hago y veo y me asusto, es algo que no puedo controlar.
Jorge: Es una batalla entre esta mala conciencia y tú.
Renzo: Ajá, en los días raros la mala conciencia está más fuerte que yo.
En este momento Renzo observa las paredes del consultorio y descubre algunos dibujos titulados «Antes y después», que algunos niños han dejado luego de terminar la terapia y vencer los problemas, como testimonio de superación y motivación para otros niños.
Renzo: Jorge, ¿puedo dibujar también cómo es mi miedo?
Jorge: Claro que puedes hacerlo.
Renzo: Sí.

Mientras Renzo dibuja, yo escribo en un papel una lista con las características de los días raros (ver Figura 1) y seguimos conversando. Renzo elige dibujar en el piso y usando el iPad -que utilizo para tomar notas- en vez de un papel. Mientras lo hace me cuenta que ha ido a muchos psicólogos sin obtener buenos resultados. Señala un dibujo y pregunta quién lo hizo. Le cuento que fue Daniela y me pregunta la razón por la que vino. Le cuento que fue luego del terremoto en el año 2007. Se asombra, pensaba que él era el único que podía asustarse con los desastres. Le ofrezco el teléfono de Daniela, le cuento que ella, luego de recuperarse, decidió convertirse en una Cazadora de Miedos para ayudar a otros niños con sus consejos. Y le cuento que por cada llamada Daniela recibe una estrella que la convierte en un miembro más importante del club, recibiendo además un premio, generalmente un libro de cuentos por cada niño con el que ha conversado. Me pregunta si él podrá hacer lo mismo cuando haya vencido el miedo. Contesto que sí, que antes él tiene que solicitar una membresía y su madre debe atestiguar, a través de una solicitud, que él ha recuperado la influencia sobre el miedo y su propia vida.

Finalmente pienso que ha sido una gran idea colocar en las paredes todos estos dibujos, generan una atmósfera muy estimulante y creativa para los niños.

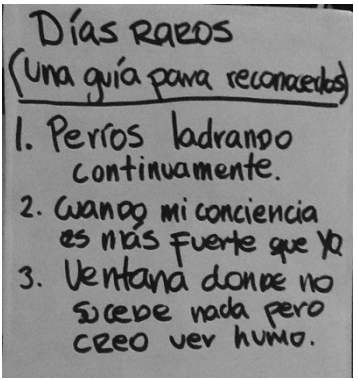


Figura 1: Características de los días raros

Renzo: Ya está mi dibujo terminado *(ver Figura 2)*. Esta es mi casa, se está quemando y yo estoy en la ventana chillando como loco pidiendo ayuda.
Jorge: ¿Y cómo imaginas que se transformará esta imagen cuando el miedo haya desaparecido?
Renzo: Lo dibujaré, sería una casa normal *(ver Figura 3)*.

Figura 2: Mi casa quemándose.

Figura 3: Mi casa normal.

Renzo me cuenta que vive en una zona muy bonita y me pregunta si yo vivo cerca.
Renzo: Yo siempre he buscado lugares, desde que fui con la psicóloga que me dio mucho temor… esos tiempos…

En adelante, cada vez que Renzo menciona alguna circunstancia en la que haya sentido el miedo enfatiza: «esos tiempos», para señalar que en la actualidad los miedos son menores o que incluso han desaparecido. Es una señal de que Renzo ha empezado a reescribir su propia historia.

Guías y manuales de conocimiento

Elaborar una guía para reconocer los días raros es una manera de reunir los conocimientos de Renzo sobre algunos detalles importantes del problema y desarrollar la capacidad de poder descubrir su experiencia (Epston *et al.*, 2001). Para elaborar estos documentos es importante no perder de vista el lenguaje del niño y las palabras que utiliza para describir estas situaciones.

Jorge: Renzo, ¿qué te parece esta guía para reconocer los días raros?

Renzo: Sí, está bien. Dudo mucho que vaya a pasar eso que he dibujado, la casa incendiándose.

Jorge: ¿Es muy pronto para pedirte algo?

Renzo: A ver, dime.

Jorge: ¿Te atreverías, ahora que conoces muy bien los días raros, a desarrollar tu propio manual para vencer los días raros durante los días en que no nos vamos a ver?

Renzo: Creo que necesito todavía un poco de tiempo.

Jorge: Ok. Entonces vamos a hacer lo siguiente. Tú me has dado grandes ideas hoy día. Creo que vencer este miedo será un trabajo duro pero tengo la sensación de que a ti ya se te está haciendo sencillo, ¿o me equivoco?

Renzo: No, no te equivocas.

Jorge: Creo que hay distintas maneras de vencer el miedo y tú has empezado con alguna de ellas. El miedo no controla tu vida completamente, has empezado a controlarlo.

Renzo: Sí, a no ser que el miedo intente seguir preocupándome. Hasta hace un tiempo… *(Renzo hace una pausa y se pone algo nervioso),* ¿no le va a parecer extraño algo que yo le diga, verdad?

Jorge: Para nada.

Renzo: Hace tiempo pensé en suicidarme, cuando no tenía control y nadie podía ayudarme.

Jorge: ¿Y cómo superaste esas ideas? ¿Qué te dijiste a ti mismo para vencerlas?

Renzo: Me distraje.

Jorge: Renzo, todo esto que estás descubriendo y me estás contando, para mí tiene mucho valor. Durante el tiempo que pasará hasta tu próxima visita, yo quiero que tú te lleves esto *(la Guía para reconocer los días raros)* para que puedas estar atento, y además te vas a llevar esto *(un cuaderno de anotaciones)* para que vayas descubriendo lo que haces cada día para vencer a los días raros. Cada vez que termines el día quiero que reflexiones y anotes las estrategias que utilizaste para lograr superar uno de estos días. Quiero que lo descubras tú mismo para que esto nos ayude a escribir el manual, ¿te parece?

Renzo: Sí, y si invito a un amigo a mi casa y descubre todo esto, yo le diré: «Sí, tengo miedo, ¿hay algún problema? Todos tenemos miedos en este mundo».

Jorge: ¡Que tire la primera piedra el que jamás haya tenido miedo en su vida!
Renzo: Sí.
Jorge: Y me olvidaba: el día de hoy quiero nombrarte como encargado de la seguridad del hogar, y quiero que cada noche te asegures de revisar que cada puerta y cada ventana de tu casa esté bien asegurada.
Renzo: Es lo que siempre hago, cada vez que escucho algo extraño, voy y cierro bien.
Jorge: Esta vez lo tienes que hacer mejor porque será tu misión: encargado de la seguridad.
Renzo: Sí, ya.
Jorge: Y para terminar, observa esta escala: la carita completamente feliz señala el momento en que hemos logrado vencer el miedo y lo tienes controlado, y la carita triste señala que aún no has hecho nada por vencerlo y el miedo controla tu vida a su manera. ¿En qué lugar te ubicas hoy?
Renzo: En un 9.
Jorge: Me ha gustado muchísimo escucharte hoy, Renzo. Agradezco toda tu confianza, estoy sorprendido de la seguridad con la que has entrado hoy aquí. Me enterneció muchísimo que digas que soy una persona buena, hace tiempo que no escuchaba algo así, me has emocionado muchísimo. Has sido muy valiente en darme una oportunidad a pesar de la mala experiencia que has tenido anteriormente, haré todo lo posible para terminar celebrando juntos una victoria sobre el miedo.
Renzo: Realmente ha sido un placer hablar contigo y conocer a alguien que al fin me haya podido comprender y con el que no haya tenido que quedarme a la fuerza.

La segunda sesión

> «Ahora que comienzo a escribir experimento un ligero alivio. Las «manos» de la historia siguen sobre mí, pero un «dedo» ya se ha soltado, como una promesa de que estaré libre cuando termine».
>
> Villoro (2012: 1).

Volví a ver a Renzo tres semanas después. Llegó con un plan que terminó conduciendo la sesión. Su madre inició la conversación señalando: «No sé qué pasó, pero el miedo a los perros ladrando se transformó». Renzo había realizado un documento que él mismo llamó «Manual para vencer los días raros» (ver Figura 4), que se ha convertido en su guía. Cuando le pregunté a Renzo por lo que había mencionado su madre, me miró sonriendo. Su madre agregó: «Ahora calla a los perros y ya no piensa que algo malo va a pasar». Renzo señala que en principio se ha dado cuenta que si los perros ladran no están lanzando ninguna señal: ladran simplemente porque es lo único que

saben hacer cuando están aburridos o molestos. Ya no provocan el temor de antes. Su madre interviene para señalar nuevamente que ahora Renzo los calla. Le pregunto qué le dice esto acerca del valor de Renzo y señala que Renzo descubrió algo que nadie había sabido cómo explicárselo: se acercó una noche a la ventana para callar al perro del vecino gritándole muy fuerte porque no le dejaba concentrarse en las tareas. A Blanca le parece interesante que Renzo vaya descubriendo cosas buenas que pueden servirle. Cuando le pregunto a Renzo lo que puso de su parte aquella noche para poder callar al perro me cuenta que solamente salió a la ventana y lo calló. Que ha venido haciéndolo todos estos días y que incluso se había atrevido a callar al perro del otro vecino, que es el más fuerte y el que más ladra, sobre todo en los momentos que él hace las tareas. Le pedí que me mostrara en ese momento la habilidad que había descubierto y Renzo de inmediato cierra los ojos para respirar profundamente y gritar con toda su fuerza: «¡Cállense!».

Renzo se había ocupado también de «Cuando mi conciencia es más fuerte que yo», tal como lo había descrito la sesión anterior en la «Guía para reconocer los días raros». Durante las dos semanas que tuvo de vacaciones, había descubierto algunas cosas que le ayudaban a sentirse más relajado: ayudar a mamá a recoger los platos y lavarlos, para luego ir a su dormitorio, ponerse el pijama y ver televisión. De esta manera lograba relajarse y sentir que su conciencia ya no era más fuerte que él, todo lo contrario, siente que ahora es el ganador. ¿Su secreto? Distraerse con estas actividades diariamente. La conciencia se había transformado: ha pasado de ser una mala conciencia a ser una conciencia que le da buenos consejos sobre el tema de la casa incendiada.

Manual para vencer los días raros

1. Seguridad en mí mismo:
Creer en mí mismo y decir: ¿Qué va a pasar aquí?

2. Seguridad en mi casa:
Asegurarme que todo esté bien, bajar la basura, mirar a las personas a los ojos, saber que su perro está bien,

3. Seguridad en mi familia:
El apoyo y los consejos de mi papá.

Además, reconozco la habilidad que tengo para:

- Callar a los perros: gritar fuerte con toda mi furia.
- Aconsejarme que no va a pasar nada: mi conciencia es más fuerte y da buenos consejos.
- Mirar por la ventana y no sentir nada malo: ver el cielo, el atardecer, oír los pajaritos cantar, tomar aire.
- Decirme: no va a pasar nada.

Figura 4: Manual para vencer los días raros.

La tercera novedad se relacionaba con «Me acerco a la ventana y veo y siento el olor a humo, cuando en realidad no sucede nada». Renzo había logrado mirar por la ventana y no sentir nada. Un día fue a casa de

su abuela y también creyó ver humo, pero se dijo: «No va a pasar nada». Y se dio cuenta que el humo era producto de su imaginación, y que este consejo formaba parte de la influencia que había empezado a recuperar sobre su conciencia. Me interesó esto e hice a Renzo algunas preguntas:

Jorge: ¿Y tú crees que la buena conciencia te está ayudando a saber todo eso?

Renzo: Sí.

Jorge: ¿Qué disfrutas ahora al poder mirar la ventana sin miedo ni preocupación?

Renzo: Cuando me dan ganas de ver el cielo y el atardecer, y escuchar a los pajaritos que cantan, porque por donde yo vivo hay varios pajaritos, es relajante, así que me quedo mirando la ventana y tomando aire cuando hace calor. O mirando, simplemente, a la gente que pasa por la calle.

Reunimos esta información y terminamos de elaborar el «Manual para vencer los días raros». Epston *et al*. (2001) señalan que estos manuales abren, a los niños y las familias, un apartado para ofrecer sus propias historias de éxito y sus consejos para futuros niños que podrían pasar por lo mismo. De esta manera los niños se convierten en especialistas que se encuentran capacitados para actuar en beneficio de otros niños que tengan el mismo problema. Los manuales sirven también para validar la explicación que el niño da de su lucha y su éxito, además de actuar como recordatorios y puntos de referencia en caso experimenten alguna dificultad en el futuro.

Divulgar la noticia

Todos tenemos una audiencia. Sí, me refiero a un grupo de personas que está siempre interesado en nosotros y nos sigue la pista de cuanta aventura emprendamos. Nuestra tarea es identificar quiénes constituyen esa audiencia entre quienes conocen al niño y tienen alguna opinión de él (Epston *et al*., 2001).

Jorge: ¿Qué personas se han dado cuenta de que estas dos semanas has ido superando el miedo?

Renzo: Mi papá.

Jorge: ¿Qué piensa él?

Renzo: Me felicita.

Jorge: ¿Has tenido oportunidad de compartir este logro con alguien más?

Renzo: No, porque he estado muy ocupado con las tareas, pero sí lo voy a hacer.

Jorge: ¿Quiénes son las personas más interesadas en saberlo?

Renzo: Mi familia, mi abuelita, mis tíos, mis primos y algunos amigos.

Jorge: ¿Has pensado cómo hacerlo? ¿Planeas invitarlos a casa? Te digo todo esto porque es increíble todo lo que has logrado, tienes un gran motivo para celebrar. ¿Eres consciente de la magnitud de tu logro?

Renzo: Sí.
Jorge: Has transformado estos días raros en…
Renzo: En días seguros. Todo ha ido bien.
Jorge: Has pasado de tener días raros a tener días seguros. ¡Hay que celebrarlo!
Blanca: A mí me parece una buenísima idea hacer un lonche y celebrarlo porque es realmente un logro.
Jorge: Cuéntame, ¿qué habilidades, recursos y fortalezas has descubierto para convertir los días raros en días seguros?
Renzo: Uno: seguridad en mí mismo, en mi casa y en toda mi familia. Claro, porque conociendo donde vives y la gente que vive contigo, tienes más seguridad. Dos: creer en mí mismo, diciéndome: qué va a pasar si tu casa es segura. Mi papá me ha dado una charla también acerca de las medidas de seguridad que hay que tener en cuenta si un incendio sucede.
Jorge: ¿Esto de asegurarte de qué tan segura es tu casa ha sido algo que te ayudó? ¿Valió la pena hablar de eso?
Renzo: Sí.
Jorge: ¿Qué has descubierto que no tendrías que olvidar nunca?
Renzo: La seguridad es lo más importante, asegurarme que todo esté bien, porque a veces, por ejemplo, si en mi casa no han bajado la basura, yo lo hago. O cuando alguien sale voy a la ventana a ver si están cerrando bien la puerta. Además, tengo la seguridad de tener a mi perro al lado. Mi perro es mi suplente.
Jorge: ¿Y tu familia, qué papel ha tenido en esto?
Renzo: De saber que son personas muy buenas, y que con ellos no me va a pasar nada. Me dan mucha seguridad. Mi papá apoya mi plan de seguridad, además.
Jorge: Te felicito.
Renzo: ¿Sí?
Jorge: Has hecho un gran trabajo, Renzo. Siento que has asumido esto con mucha seguridad, con mucha confianza y con mucha madurez. ¿Cuál es el siguiente paso que debes dar?
Renzo: Este era el único miedo que yo tenía. Después, en el colegio, por ejemplo, todo está bien, me defiendo muy bien. Soy una persona segura de lo que digo.
Jorge: ¿Quién te ha dicho eso?
Renzo: Mis amigos. Por ejemplo, ellos la vez pasada le tenían miedo a un compañero, y yo una vez lo enfrenté cuando quiso molestarme, y él dejó de hacerlo y mis amigos un día me dijeron: «Gracias a ti ya no le tenemos miedo». Porque ese niño es agresivo, pero yo no dejo que se meta conmigo.
Jorge: Y tus amigos están aprendiendo de tu valor.
Renzo: Sí, un amigo dijo: «Si un día estoy en problemas, que venga Renzo a ayudarme».

Jorge: ¡Wow! Todo este problema que has vencido con seguridad y confianza, ¿qué sueños despiertan en ti para el futuro?
Renzo: Yo he soñado que cuando sea grande voy a ser millonario pero no voy a molestar a mi esposa preguntándole a dónde sale o a dónde se va. Voy a ser un hombre normal.
Blanca: Dice eso porque antes él siempre nos andaba preguntando dónde nos íbamos y yo un día le dije: «¿Así vas a ser con tu esposa cuando seas adulto?». Él se preocupaba bastante por cómo estábamos cuando salíamos.
Renzo: Eso ha sido antes de que viniera acá.

Cuando su madre menciona situaciones del pasado, Renzo afirma: «Pero ya no lo hago, eso ha sido antes que viniera acá». Cuando le pregunto si estos son todavía algunos problemas, Renzo afirma muy seguro que no. Que solo necesita distraerse para olvidarlos: «Distraerse de las malas distracciones».
Jorge: ¿Qué tanta confianza y seguridad tienes de estar preparado para enfrentar al miedo si quiere volver a aparecer, en una escala del 0 al 10?
Renzo: ¿10 es totalmente listo?
Jorge: Sí.
Renzo: 10.
Jorge: ¿Qué tanta confianza tienes en que mantengas la influencia sobre ello?
Renzo: Un 9.
Blanca: De verdad yo estoy muy contenta y sorprendida porque lo he visto bastante tranquilo y doy fe que así será.

Felicité a Renzo. Él mencionó su interés por formar parte del Club de Cazadores de Miedos y yo utilicé algunas preguntas de admisión para saber si Renzo podía formar parte del club. Las preguntas fueron las siguientes:

- ¿Sabes que hay otros niños que luchan contra los miedos?
- Si yo llegara a conocer a otros niños con un temor similar al tuyo, ¿podría compartir con ellos tu experiencia para poder ayudarlos?
- De todo lo que te ayudó, ¿cuáles son tus ideas favoritas para abordar las dificultades que provoca el miedo?
- ¿Qué ideas le aconsejarías que adoptara otro niño que quisiera dejar atrás el miedo tal como tú lo has dejado?
- Cuando el miedo acaparaba tu vida, ¿cómo y cuánto te hacía sufrir?
- ¿Quiso el miedo convencerte que eras un niño enfermo, problemático y sin remedio?
- ¿Qué futuro te tenía preparado el miedo?
- ¿Qué cualidades y habilidades personales has aportado para enfrentarte con el miedo y poder derrotarlo?
- Viendo desde la distancia cómo le has ganado la batalla al miedo, ¿qué les dirías a otros niños para animarlos e inspirarles confianza?
- Si me topara un día de estos con el psiquiatra que te medicó y con la psicóloga que te encerraba en el consultorio, ¿qué tendría que

contarles para que supieran que se equivocaron contigo y pudiste acabar con el problema?

Paralelamente alcancé un certificado a Blanca para que, como testigo, pudiera dejarme una solicitud de admisión para aceptar a Renzo en nuestras filas.

¿Cómo está hoy Renzo?

Luego de la segunda sesión sugerí a Renzo que volviera cuando fuera necesario y no lo he vuelto a ver más en consulta. Su madre organizó una cena donde pudo compartir la noticia con sus familiares y algunos amigos de Renzo. Le entregó el diploma (ver Figura 5) que envié a Renzo aceptando la solicitud que había dejado para pertenecer al Club de Cazadores de Miedos. Hace poco, luego de seis meses, llamé a su casa y pude hablar con su madre. Renzo estaba en la escuela. Blanca me contó que Renzo estaba muy bien, tenía más seguridad en sí mismo y habían desaparecido los miedos con que llegó a consulta. Me cuenta que en una ocasión estaban caminando por la calle y un auto se estaba incendiando. Ella se asustó por Renzo pero terminó sorprendiéndose ya que él no mostró ninguna de las actitudes anteriores; todo lo contrario, mostró mucha seguridad para calmarse y alejarse de la situación. Cuando le pregunté a Blanca qué pudo haberle dado ese valor, señala que ahora Renzo anda más ocupado haciendo sus cosas, distrayéndose, y eso ha terminado por darle mucha tranquilidad. Me contó también que Renzo ha colgado su diploma de membresía en el dormitorio, y que este actúa como un «como un talismán». Se siente muy orgulloso de ser parte del Club de Cazadores de Miedos y habla de su membresía con orgullo cada vez que puede compartirlo con su familia. Para Blanca, el diploma ha sido muy importante, y agrega:

«Todas las palabras del diploma, todo lo que allí se dice, es tan real que para él existe verdaderamente y solo espera poder ayudar a algún otro niño más adelante para convertirse en consejero».

Finalizando la conversación, recordé que le pedí a Renzo mantener un diario donde reporte cada una de las apariciones del miedo, así que le pregunté a Blanca por el cuaderno. «Está vacío», fue su respuesta.

Cazadores de Miedos

Certificado de Honor y Reconocimiento

El Club de Cazadores de Miedos reconoce como Miembro Honorario y Asesor de Terapeutas y Niños a:

Renzo Castro Mendívil

Tras vencer los días raros, conformados por el miedo a los perros ladrando continuamente, por la mala conciencia que le daba malos consejos (llamar constantemente a sus padres para quejarse), y también por las ideas de que había humo tras de la ventana.

Hoy, Renzo disfruta de las puestas de sol, de callar a los perros que ladran insistentemente y del control sobre su propia conciencia, que se ha convertido en una buena consejera que le recuerda que nada malo va a sucederle.

Renzo ha logrado con valentía, creatividad y mucha inteligencia, recuperar la seguridad y confianza de creer en sí mismo, la seguridad y confianza en sus propias acciones, además de la seguridad en su casa y su familia. Y sueña con seguir viviendo una vida tranquila y segura.

Te felicitamos Renzo, estamos orgullosos de tenerte entre nosotros.

Jorge Ayala Salinas
Presidente del Club de Cazadores de Miedos

Figura 6: Diploma del Club.

A modo de reflexión

Todo lo dicho hasta ahora podría resumirse en pocas palabras, pero no en pocas emociones. Cuando un niño llega a mi consulta trae un gran peso sobre su espalda, pero en sus ojos, en su mirada, siempre hay algo que con gran fuerza quiere salir y brillar. Cada encuentro es especial porque ellos son especiales, únicos, y hacen de este encuentro algo increíblemente mágico. Ellos son los protagonistas. Muchos de estos niños, antes de encontrarnos, han pasado por procesos fríos, deshumanizados, en los que la conversación amable y cálida, la escucha empática y la complicidad, se cambian impunemente por etiquetas, informes saturados de problemas, déficits y fármacos. Esto me lleva a pensar, con cierta tristeza pero con mucha esperanza, que es necesario un cambio. Un cambio que proviene de recordar que el mundo no habla: solo nosotros lo hacemos. Los lenguajes son hechos y el cambio de lenguajes y prácticas puede producir «seres humanos de una especie que antes nunca había existido» (Rorty, 1996: 28). Los lenguajes son hechos, hechos por hallar y construir a través de descripciones que enriquecen la identidad y permiten descubrir recursos, habilidades, valores y sueños al margen del problema.

Hace un año Antonella, mi esposa, recibió el informe psicológico de Micaela, nuestra pequeña hija, que en ese momento tenía 3 años de edad. Me resultó imposible acompañarla porque esa tarde compartía un taller con mis alumnos. Nos recomendaban asistir a orientación psicológica ya que el personaje del Test de la Figura Humana, que desarrolló Micaela, carecía de brazos. La psicóloga le explicó a Antonella que eso era una señal muy

clara de la falta de afecto que siente nuestra hija. Se refirió a ella como una niña insegura respecto a su «madurez emocional». «Brindarle más afecto, confianza, seguridad y calidad de tiempo estimulándola a que haga las cosas cada vez mejor, con el fin de reforzar su integración familiar», era lo que nos aconsejaba. A mi esposa, a quien rara vez se le borra la sonrisa, esto le pareció muy serio. Consideraba una injusticia que se nos describiera de esa forma sin haberse interesado en invitarnos para compartir algo de nuestra historia familiar. Era la primera vez que la psicóloga, contratada por la escuela para realizar esta evaluación, conversaba con alguien de la familia. Micaela en esa época dibujaba cualquier personaje sin brazos porque apenas empezaba a darle un orden a la figura humana. Sus dibujos -y garabatos- eran muy redondos y graciosos. Prefería los círculos antes que las líneas, que dibujaba casi por necesidad extrema. Antonella y yo reflexionamos largas horas sobre esta situación, preguntándonos: ¿qué sucederá con cada padre que recibe una noticia como esta creyendo que, aunque es verdaderamente injusto que se les describa de esta manera, es mejor confiar en lo que dice un «experto», reduciendo su historia y experiencia familiar a estas descripciones? ¿Qué pasará con estos padres si no tienen la oportunidad, por vergüenza o por estigma, de conversar sobre estos resultados con otras personas? ¿Cuándo una desventura se vuelve una injusticia?

Y recordamos una vez más a Judith Shklar (Shklar, 2010), sobre todo cuando afirma que la crueldad es el primero de todos los vicios. Y que hace falta reconocerlo.

Agradecimientos

Le debo este texto y mucho de lo que he aprendido a Renzo y a otros niños. También a Blanca y a esos amorosos padres que, dispuestos a hacer lo mejor por sus hijos, se convierten en coterapeutas cómplices y curiosos. Divulgar esta notica es una forma de honrar la historia de Renzo y mantenerlo presente en mi corazón.

Referencias

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

Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.

Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa con niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.

Epston, D. (2010). *Poniendo presión sobre uno mismo para poner presión sobre el problema*. Recuperado el 24 de octubre de 2012, del sitio web Pranas: http://www.diplomadopranas.org/art%C3%ADculos-en-español/

Friedman, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.
Kawasaki, G. (2011). *El arte de cautivar.* Bogotá: Planeta.
Marcus, G. (1998). *Ethnography through Thick & Thin*. Princeton, NJ, USA: Princeton University Press
Rorty, R. (1996). *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona: Paidós.
Shklar, J. (2010). *Los rostros de la injusticia*. Barcelona: Herder.
Villoro, J. (2012). *El libro salvaje*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Capítulo 6

Terapia narrativa con niños a través del juego

Marta Campillo R.

El proceso de la terapia narrativa

Comenzaré analizando algunos de los supuestos centrales del modelo de la terapia narrativa para dar una visión del movimiento generado en el proceso de la terapia, para posteriormente engranarlos con la inclusión del juego. La terapia narrativa fue creada por Michael White y David Epston (1990), y planteada inicialmente en su libro *Medios narrativos para fines terapéuticos*. En ella, las personas, mediante la revisión y reedición de su historia, desarrollan conocimientos acerca de sus habilidades y significados. En esa reedición llegan a descubrir nuevos significados. Los autores propusieron una analogía diferente, la analogía del texto, de la historia y el relato, como la analogía que permite entender cómo se organiza la experiencia vivida para entender la importancia de la interacción y el accionar que se organiza en la historia, de la cual se puede derivar el significado que tiene lo vivido. A partir de estas ideas centrales el campo de terapia narrativa se ha desarrollado y se ha utilizado para crear nuevas maneras de resolver los problemas emocionales.

White y Epston (1990) desarrollan la importancia del análisis de la experiencia vivida como un texto. Ellos plantean que «las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y que, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones». Así, se retoma la importancia de las interacciones con otras personas como marco de la negociación que permite ir creando una visión de los que somos.

La terapia narrativa está organizada por la metáfora del relato. White y Epston (1990) exponen: «las personas experimentan problemas, para los cuales a menudo acuden a terapia, cuando las narraciones dentro de las que «relatan» su experiencia -y/o dentro de las que su experiencia es «relatada» por otros- no representan suficientemente sus vivencias». White (1998) propone que «La historia personal o autonarrativa es la que determina la forma de la expresión de aspectos particulares de la experiencia vivida». Los seres humanos creamos significados al explicarnos la experiencia, siendo el relato lo que permite darle coherencia y organización.

White (1994) retoma la propuesta de Bruner (1986) respecto a que existe una parte de la experiencia vivida relatada y otra parte no relatada. Vivimos y relatamos únicamente parte de la experiencia vivida, lo cual permite que, en las conversaciones de la terapia narrativa, al recuperarse la historia de la persona se haga emerger la parte no relatada, para encontrar nuevas conexiones y reflexiones, siendo el trabajo terapéutico la manera de buscar e inquirir acerca de replanteamientos de señales previamente ignoradas para, con el método propuesto en dichas conversaciones, generar la reedición de la historia de la persona para generar nuevos significados.

White y Epston (1990) plantean que «las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y que, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones». Así, la experiencia es relatada y organizada, de tal manera que ahora la historia se pueda comenzar a desentrañar, a desconstruir (del inglés, *deconstruction*) buscando relaciones en los dos panoramas (de la acción y de la identidad), de acuerdo a la trama que plantea el problema y buscando acontecimientos extraordinarios o logros aislados (en inglés, *unique outcomes*). Cuando existe un problema ese relato se convierte en una historia saturada de conflictos, donde el problema tiene preeminencia y pareciera hablar por la persona, inundar todas las áreas de su vida. Así, partiendo del problema y del mapeo de las relaciones que se ven afectadas o interferidas por este, utilizando a la conversación externalizante (en inglés, *externalizing conversation*) como vía para crear un espacio de análisis entre la persona y su relato, se pueden analizar los efectos necesarios para cambiar la relación internalizante que generalmente se tiene con el problema, tratando de hablar o de volverse la identidad de la persona.

Michael White (2007b) propuso diferentes supuestos acerca de la terapia narrativa, con lo cual entregó una perspectiva teórica de análisis que permita entender lo que se genera en sus conversaciones. Ya White (1998) había propuesto que «la historia es constitutiva de la vida». Cuando la experiencia vivida es organizada en una historia, y localizada en secuencias de eventos de acuerdo al tiempo en una trama, este proceso de organizar permite darle sentido a lo vivido, llegar a conclusiones y derivar significados de lo que hacemos en la vida. White (2007b) planteaba que para poder dar significado a la experiencia vivida se necesita organizarla, relatarla, así «la autonarrativa de nuestra propia vida es el marco primario que hace posible el darle significado a la experiencia vivida». El organizar la experiencia vivida en historias es una habilidad de creación de significados que provee una base útil para entender la experiencia y dar forma a las acciones que tomamos y a las ideas respecto a quiénes somos cuando interactuamos en el espacio relacional en el que vivimos. La idea central que propone White (2007b) es que las conversaciones de terapia narrativa contribuyen al refortalecimiento y el redesarrollo del lenguaje interno de la vida, lo cual favorece el hacer nuevas conexiones con lo que se valora: los propósitos y los compromisos de vida.

Usualmente las conclusiones a las que llega la persona, cuando la experiencia ha sido organizada alrededor del problema, son parciales o desfavorables para él o ella. White (2007b) decía que «las historias que creamos de nuestra vida hacen posible el atribuirle significado a la experiencia vivida», por lo tanto, cuando se identifica un rastro de una diferencia, una experiencia que se puede detectar como inusual o diferente (acontecimiento extraordinario), esta puede llevarnos a un entendimiento alternativo que surja al ser cuestionada su relación con esa explicación. Hacer conexiones entre las experiencias únicas que puedan tener otras explicaciones abre la riqueza de la experiencia de la persona para hacer nuevas conexiones con lo que desea, con sus aspiraciones, y para hacer visible aquello a lo que le da valor. El rico desarrollo de la historia provee de una base fuerte al reconocer las conexiones entre lo que se valora y lo que se prefiere para la vida, y desde ahí plantear una isla de seguridad desde la cual se puede enfrentar los problemas y tomar acciones. Así, podemos llegar a la conclusión de que las conversaciones en terapia narrativa crean un contexto para activar las habilidades de creación de significados que se generan en la revisión y reedición de la historia personal.

White y Epston (1990) comienzan proponiendo diferentes conversaciones, entre ellas, la conversación externalizante, la conversación de reautoría, la conversación de remembresía, la conversación con testigos externos y las preguntas de andamiaje como ejes del proceso de revisión de la historia. White (2007) describió esquemas de preguntas, a los que llamó «mapas» de preguntas, para las conversaciones que se emplean durante el proceso de la terapia narrativa.

La terapia narrativa también es un proceso en el que se desconstruyen ideas (White, 1994) contenidas en las historias para encontrar otras concepciones diferentes. Desconstruir implica desarmar nuestra manera de interpretar, puesto que esta se encuentra enmarcada en concepciones lingüísticas en las cuales hay que desentrañar las influencias ocultas en las palabras, y así analizar cuál ha sido el impacto que esa perspectiva ha tenido sobre nuestra forma de ver o de pensar, para tomar una decisión acerca de la posición que preferimos para nuestra vida. Las ideas no son neutras sino que provienen de un contexto social que las mantiene y que crea relaciones de poder mediante esas concepciones. Desconstruir quiere decir hacer visible dichas influencias y evidenciar su efecto sobre la vida y las relaciones que mantenemos. Las razones que la persona tiene para desarrollar las acciones que está llevando a cabo deben hacerse visibles para ella, lo cual implica, por un lado, la revisión de ideas que distorsionan lo posible de hacer, y, por otro, identificar nuevas conexiones en las que se planteen otras explicaciones que relacionen los propósitos y asignaciones de valor acerca de lo que es preciado, para que dichas conclusiones puedan ser utilizadas en la creación de nuevos significados de la experiencia vivida que se vinculen con su identidad preferida, permitiéndole tomar las acciones necesarias para crear una historia alternativa.

Además, un elemento que vuelve única a la terapia narrativa es que se incluye en ella la relación entre psicoterapia y relaciones de poder, el poder a través del conocimiento y de la manera que este poder se centra en el experto, lo cual tiene grandes repercusiones en el proceso terapéutico, como es el de silenciar el conocimiento local, el conocimiento que la persona tiene de su experiencia vivida pero que puede no haberse organizado en una historia, quedándose solo como lo vivido. Dicho conocimiento puede emerger únicamente al reconectarse en las conversiones de la terapia narrativa, dentro de las cuales el proceso de terapia es descentrando, esto es, poniendo el énfasis en la experiencia vivida de la persona para que en la revisión de su historia emerja lo no relatado y se hagan nuevas conexiones de significado, que le permitan reconectar su vida con lo que valora y llevar a cabo nuevas acciones para articular cambios en su identidad preferida.

Otro elemento importante del método de la terapia narrativa es que incluye a la terapia escrita, en base a cartas terapéuticas, diplomas de reconocimiento, cartas de recopilación de los conocimientos grupales, entre otros medios, que pueden circular por diferentes grupos con problemáticas comunes. El método para escribir una carta terapéutica puede describirse como la manera de continuar la conversación terapéutica externalizante y con una posición descentrada, con el objetivo que se defina previamente, atendiendo a que el lenguaje retome las palabras de la persona directamente, las expresiones que utiliza y su manera de enfocar o plantear algo.

La carta terapéutica se puede elaborar durante la sesión o después de ella y ser enviada dependiendo de su propósito. Michael White (1995), en su artículo «Nuevas consideraciones sobre los documentos terapéuticos», plantea ejemplos en que, a partir de la conversación externalizante en la que se había identificado la trama de la historia saturada por el problema como «incompetencia», las intenciones del problema y también la manera en que Nicolás había logrado muchas cosas que hablaban de «competencia», el plan que elaboraron para vencer al problema, al cual lo llamaron «Escape de Nicolás del mojar la cama», se pudo resumir en una carta. Este incluía puntos como: «1. Decirme a mí mismo: «no me gusta tener una cama mojada porque me gusta despertar seco». 2. Darme consejos: «yo sé que tengo que parar, esto me dará más independencia».

David Epston (2004) plantea un ejemplo de escribir la carta durante la entrevista como parte de la conversación externalizante. Durante esta elaboró con Sebastián una carta dirigida a Tomás Brolin, jugador de fútbol sueco. Sebastián y Epston estaban uniendo con una metáfora el enfrentar al problema del enojo de un partido de fútbol. Redactaron una carta en la que, usando el juego, Sebastián le consultaba a Tomás cómo lo haría para vencer al cactus del enojo y se la enviaron al jugador.

En la propuesta de tratamiento para jóvenes que han estado en dificultades por haber hurtado cosas a la familia, Epston y Seymour (2008) han hecho un uso muy especial de las cartas, incorporándolas a la terapia. Las cartas elaboradas en la sesión son parte de la reunión grupal.

El proceso de la elaboración de la carta se ha planteado en Epston y Seymour (2008) como una declaración de propósitos para cambar la vida. El proceso descrito es un trabajo grupal / comunitario con adolescentes que han cometido robo. Al mismo tiempo que realiza la entrevista va redactando la carta que el niño ojoven para leerá en una reunión comunitaria donde declara su intención de honestidad, dando a conocer el propósito de cambiar su vida. David Epston, de manera creativa, va elaborando la carta conjuntamente con el niño, retomando lo que este le contesta a las preguntas externalizantes y redactando como si él se la estuviera dictando.

La carta se va construyendo al realizar la entrevista, en la que se retoma la evaluación y la posición que el joven tiene de los efectos del problema y de sus propósitos para cambiar. Las cartas se realizan con la anuencia de la familia. Con ella se habla de las condiciones y usos que les parezcan convenientes para que les llegue la carta y para que su empleo se adapte a la manera en que la familia decida utilizarla.

Los documentos terapéuticos como los diplomas se elaboran para marcar un logro en las habilidades de vida, con las que el consultante ha conseguido cambiar su historia. White y Epston (1990) mencionan: «Hay prácticas, situadas en el campo de los conocimientos populares alternativos, que tienen la capacidad de redescribir y especificar a las personas de una forma tal que se destacan sus conocimientos especiales y su competencia, así como su lugar en la comunidad». Los autores incluyen en su libro el presentar diplomas que se emiten al final de una terapia; en el caso presentado por White (1994), cuando un niño vencía a los monstruos que le producían miedo. En el trabajo de Denborough y Ncazelo Ncube (2007), el diploma se elabora como un testimonio de los logros en las habilidades y conocimientos de vida que el niño o niña ha demostrado más allá de las situaciones de guerra y violencia.

En un ejemplo reciente, Russell (2012) plantea la importancia, dentro del proceso grupal, de poner la recopilación de la manera en la cual combaten el estrés laboral los trabajadores que localizan a familiares de aborígenes australianos que sufrieron la separación de su familia con lo que se llamó «la generación perdida» que los ingleses llevaron a cabo al sacar a niños aborígenes de sus familias, los cuales a la fecha sufren las consecuencias de tal ultraje. Durante las sesiones se anotan las maneras particulares en que cada uno enfrenta o resuelve la tensión laboral y todos los conocimientos identificados se resumen en una carta / documento que se devuelve a los participantes para su lectura como parte del proceso grupal.

La terapia narrativa con niños o niñas y su familia

La terapia narrativa con niños comenzó con las exploraciones de la externalización de los problemas de los niños de Michael White (1989) y David Epston (1989). En su trabajo acerca de destruir los miedos y domar los monstruos,

White (1994) plantea cómo una «descripción interaccional del problema, acompañada de un rito» puede cambiar la interacción familiar que mantiene a los miedos. Al describir la influencia de los miedos, se hace una descripción elaborada de los miedos que hacen sufrir al niño y se alienta a que los dibuje, que imagine qué aspecto tendrían. El dibujo es el primer paso para capturarlos. Se recupera la influencia del miedo en la vida del niño y su familia y la influencia del niño y su familia sobre el miedo, de tal manera que emerjan las maneras en que fueron capaces de oponerse a las invitaciones del miedo y puedan tomar una posición de oponerse a ellos. La descripción del ritual de encerrar a los miedos en una caja y seguir las reglas que impiden a los monstruos a realizar sus prácticas es un gran ejemplo del método que la terapia narrativa con niños puede seguir, y que se ha definido en lo que posteriormente White (2007a) plantea en su libro llamado *Mapas*. En el mapa de la posición (decisión) 1 y 2 se incluyen diferentes niveles de preguntas: en el Mapa 1: «1. Negociar una experiencia cercana particular y con una definición no estructural del problema, 2. Mapear los efectos del problema en la vida de la persona, 3. Evaluar los efectos de esa influencia del problema en los diferentes dominios de la vida y se toma una decisión de si se quiere conservarlos o no y 4. Justificar esa evaluación». En el Mapa 2: «1. La caracterización del Acontecimiento Extraordinario, 2. Experiencia de los efectos del Acontecimiento Extraordinario en la vida, 3. Evaluación de los efectos y de la presencia del Acontecimiento Extraordinario en la vida de la persona y 4. La justificación de esa posición».

Al finalizar la terapia se otorga un certificado de cazador y domador de monstruos y diploma de destructor de miedos, con el cual se celebran los cambios en la vida del niño y su familia.

La idea central planteaba por White (2007b) establece que, para poder dar significado a la experiencia vivida, se necesita relatarla y organizarla en historias, así «la autonarrativa de nuestra propia vida es *el marco primario* que hace posible el darle significado a la experiencia vivida», esto es, el proceso de la autonarrativa en la cual se organiza la experiencia vivida en historias se convierte es una *habilidad de creación de significados*. La posibilidad de creación de significados también tiene que ver con imaginación, fantasía, simbolismo y metáfora, todo aquello que la enriquezca, de ahí la importancia que el juego tiene para promover otros elementos que generen ideas que se puedan relatar y ser parte de nuevas maneras de entender a la experiencia vivida, la cual es la base para darle forma a las acciones que tomamos y a las ideas de quiénes somos cuando interactuamos en el espacio relacional en el que vivimos.

Retomando la idea de que las conversaciones de terapia narrativa contribuyen al «refortalecimiento y revigorización del lenguaje interno», como lo plantea de White (2007b), podemos decir que el juego aporta ese mismo enriquecimiento porque favorece el tener nuevas conexiones imaginarias, creativas, metafóricas, mágicas, simbólicas y de creación de historias posibles, en las que se recrean toda clase de conexiones incluyendo aquellas en que se refleja lo que se valora, los propósitos y los compromisos de vida.

En el siguiente diagrama se presentan los dos niveles que se entretejen durante la terapia narrativa de juego: uno es el nivel creado por la metáfora del juego y el otro nivel se crea por las preguntas de las conversaciones de la terapia narrativa. En el nivel del juego (representado por las flechas negras) se generan patrones de fantasía, simbolismo e imaginación creados por *la metáfora* de la trama del juego, en la que, a su vez, se van narrando cambios del juego relacionados con la metáfora, los que generan otras posibles versiones de lo que pudiera ocurrir, junto a otras alternativas de solución. El juego no es solo una metáfora de la historia del problema, sino también de las posibles soluciones. La metáfora substituye a la realidad con una historia paralela que deja suficiente espacio para imaginar otras alternativas posibles. Así, al jugar se activan en la metáfora muchos canales perceptuales e imaginarios que en el contenido recuperan las emociones, las imágenes, las ideas, los recuerdos y la creatividad que se ponen a la disposición de la nueva historia.

El juego, al ser una metáfora de la experiencia vivida, está menos constreñido por la lógica y moviliza al que escucha / juega a descifrar, desentrañar y entender posibles significados nuevos utilizando experiencias previas o no relatadas, recuerdos, razonamientos imaginarios y la creatividad, haciendo conexiones en la autonarrativa y estimulando su lenguaje interno. La metáfora ofrece solo implicaciones que son completadas por el que juega y se llenan en un interjuego entre lo posible y la creatividad en lo imaginario, lo que lleva a ensayar otras maneras posibles de actuar.

Al mismo tiempo, como en el proceso de jugar se incluyen las preguntas de las conversaciones de la terapia narrativa, estas van generando un desarrollo rico de la historia en la que se mezclan la trama del juego y la experiencia vivida de tal manera que «revigorizan» los descubrimientos, la autonarrativa y la posibilidad de creación de nuevas conexiones y nuevos significados (ver Figura 1).

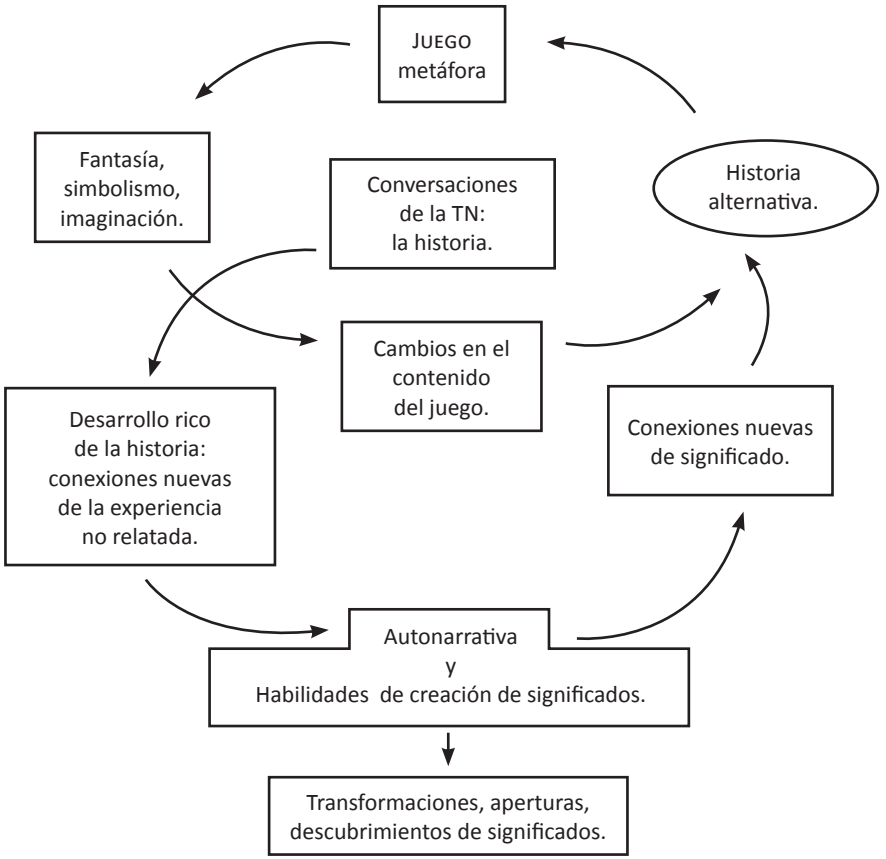


Figura 1: Esquema de los dos niveles: la metáfora del juego y las conversaciones.

Además, el juego no lleva un camino predeterminado, las respuestas a las conversaciones de la terapia narrativa van creando los escenarios en los que se exploran otras conexiones y la posible toma de decisión o posición con respecto a lo que se desea en la vida y lo que se piensa acerca de los efectos del problema y a lo que se le da valor, de tal modo que la información que emana se va uniendo para crear acciones simbólicas, como el encerrar al miedo en una caja (White, 1994), que crean nuevas conexiones de significado y la posibilidad de contemplar otras respuestas que se ensayan para crear significados alternativos al cambiar la vida.

La terapia narrativa con niños y sus familias incluye las preguntas de las conversaciones planteadas en los mapas (White, 2007a) con las cuales se enriquece la historia, se revigorizan las habilidades de creación de significados al enriquecer la historia con nuevos significados y nuevas conexiones, que llevan a la exploración de lo vivido y no relatado y de otras posibilidades generadas en la metáfora del juego. Se incluyen desde las conversaciones externalizantes, las conversaciones para la recuperación de habilidades

y conocimientos (conocimiento local) y el «saber hacer» que tienen los niños y las familias para resolver problemas; la creación de documentos para recuperar la experiencia y las habilidades o para celebrar los logros de vida, también para hacer circular esos conocimientos con otros grupos; y las prácticas de testigos externos para crear desarrollo y enriquecimiento de la historia de conocimientos y habilidades alternativos.

Michael White y Alice Morgan (2006), en su libro *Terapia narrativa con niños y sus familias*, describen ejemplos clínicos en los que se utilizaron los micromapas de las preguntas propuestas por Michael White (2007a). En el libro Érase una vez… Terapia narrativa con niños y sus familias, Alice Morgan (1999) compiló múltiples artículos de autores que trabajaban con niños en diferentes escenarios y con distintas problemáticas, en los cuales se puede encontrar aplicaciones de la terapia narrativa. En particular se incluyen los problemas de aprendizaje, escapando los efectos de la violencia, reuniones terapéuticas con madres e hijas, abuso sexual, trabajo con niños cuando un padre muere o trabajando con el molestar y fastidiar en la escuela, entre otras propuestas.

Jennifer Freeman, David Epston y Dean Lobovits (2001) publicaron *Terapia narrativa con niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. En esta obra describen su metodología para crear un espacio terapéutico en el cual una interacción lúdica e incluyente puede oponerse a los problemas, así, «el interés de los niños por estrategias alegres que impliquen juegos, imaginación, fantasía, misterio, magia, simbolismo, metáfora y contar historias… en el interior de los reinos más elípticos de la búsqueda de significados se pueden encontrar tesoros que son fundamentales para la motivación del niño o niña y su capacidad para resolver los problemas». Los autores han descrito el proceso de la terapia narrativa enfatizando el tipo de preguntas para generar un proceso de externalización en el que se hacen visibles los acontecimientos extraordinarios, que son los momentos en que el niño o niña tiene control sobre el problema y se genera un plan en que se incluye el juego como medio para crear una terapia accesible y lúdica que movilice, a los niños y niñas y sus familias, en la resolución de los problemas.

Freeman *et al.* (1997) destacan los alcances de las conversaciones de externalización en las que, al separar al problema de la identidad del niño o niña, se cambia la relación que se tenía y «En *el espacio* que media entre la persona y el problema suelen crecer *la responsabilidad, la opción y la intervención personal*» para ampliar las opciones y posibilidades en dicha relación y lograr cambios. Además, al incluir a lo lúdico en la conversación de externalización se tiene el efecto de ampliar la sensación de libertad, puesto que, al separar al niño o niña del problema, se cambia su posición y ahora se pueden observar las maniobras que el problema ejecuta para estar presente; al volver al problema como una cosa o un algo se puede recuperar lo que dice o hace y cómo controla e interfiere la vida de quien lo tiene. Ese *espacio* creado en la separación sirve para reflexionar, observar y

ensayar en juego ingeniosas formas para capturar al problema y cambiar lo que se hace con este. Aunando esta característica de las conversaciones de externalización al juego, que al ser metafórico implica activar la imaginación, la fantasía, el misterio, el simbolismo y la creación de otras historias posibles, propicia una terapia que se centra en lo que los niños necesitan para imaginar otras posibilidades de solución.

Los autores incluyen durante el proceso de las preguntas de las conversaciones de la terapia narrativa muchas estrategias lúdicas para trabajar con los niños y niñas, como dibujos que hacen patente la externalización al darle forma y figura al problema, series de dibujos para contar las decisiones tomadas durante el proceso terapéutico, historias para capturar la habilidad o conocimiento ganados, documentos para celebrar o marcar un logro y creaciones artísticas para representar al problema o la solución.

Terapia narrativa de juego

En la terapia narrativa lo fundamental es el proceso de revisión de la historia, su enriquecimiento a partir de las nuevas conexiones que se establecen desde la revisión de los efectos del problema y la decisión que se toma, o la posición de no aceptación de la continuación de los efectos de problema para lograr cambiarlo descubriendo las maneras posibles de hacerlo e ir generando una historia alternativa. La puntualización anterior se hace necesaria puesto que la utilización mecánica de algún procedimiento de juego llevaría a degradar el proceso mismo de la terapia narrativa que produce el cambio, así, cabe enfatizar que no es el juego lo central, sino la experiencia vivida por el niño o niña y su familia y la manera en la cual pueden reconocer el camino para cambiar lo que no desean en sus vidas. El juego promueve y genera creatividad y la posibilidad de crear o imaginar soluciones posibles.

Los ejercicios que se proponen a continuación (ver Cuadro 1) están diseñados como parte del proceso de la terapia narrativa con niños o niñas. Dichas intervenciones son una manera de maximizar el desarrollo del proceso, puesto que el lenguaje y la estructura del juego viabilizan la imaginación y una vivacidad en la interacción que permite que se contemplen muchas otras alternativas de la experiencia vivida, incluyendo lo que tal vez no sería posible en la realidad pero que, al tener el mismo contenido en el significado, nos permite encontrar soluciones posibles para el problema.

El juego que se escoge depende de lo que el niño o niña prefiera. Siempre será solo la metáfora que impulsa la creatividad y el descubrimiento y permite que las conversaciones de la terapia narrativa sean fructíferas en la generación de nuevas conexiones entre experiencias vividas y sus significados, lo que permite el movimiento para crear historias alternativas.

Cuadro 1: Ejercicios de terapia narrativa con niños
1. Creando historias con plastilina.
2. Creando una vasija de luz.
3. Dibujando caricaturas de una historia.
4. Contando cuentos de cambio.
5. Contando historias para respirar, imaginar y relajarse.

1. Creando historias con plastilina: encontrando habilidades y conocimientos en tiempo difíciles

Descripción**:** se comienza desprendiendo de la conversación inicial un tema que guía la trama de la historia a crear. Al seleccionar el nombre de la aventura se está creando una metáfora del problema que enfrenta, al mismo tiempo que crea, una oportunidad para identificar las maneras de abordar los peligros y retos que ese viaje imaginario origina y la manera en que pueden ser enfrentados por los personajes, lo cual hace visible sus habilidades y conocimientos.

Materiales: un cartón cuadrado, grueso y plastilina de diferentes colores.

Proceso y preguntas: una vez seleccionado el nombre y los personajes que participarán en la aventura, se proporcionan los materiales (cartón, plastilina de diferentes colores). Para seleccionar el nombre pueden darse opciones y escoger la que mejor recoja el dilema que plantea el problema y que al niño o niña le guste, por ejemplo: «Navegando en aguas tormentosas», «Cruzando el bosque en medio de la tormenta», «Capturando dragones».

Para comenzar el viaje se preguntan por las cosas necesarias para realizarlo: bote, redes, salvavidas, herramientas, y se va haciendo en plastilina lo mencionado, por ejemplo, el agua, el barco. Además, se hacen preguntas respecto a los personajes que participarán, por ejemplo: en «Navegando en aguas tormentosas» preguntaríamos: ¿quiénes van a la aventura?, ¿cuáles son sus nombres?, ¿qué hacen en el bote? Luego se comienza a platicar y preguntar por la aventura que van a emprender: ¿qué clase de peligro enfrentan los marineros? Y al mismo tiempo que se contesta (por ejemplo «una ola grande» o «un monstruo del mar profundo») se van haciendo en la plastilina y se va preguntando por las habilidades que se necesitan para enfrentar a esos monstruos y esos peligros: ¿cómo hacen los marineros para manejar ese peligro?, ¿qué hicieron, capturaron al monstruo?, ¿qué crees que harían los marineros? Se agregan preguntas como: ¿me podrías contar una historia de cómo lo hiciste para enfrentar algo asustador que hayas encontrado?

Los temas de las preguntas posibles de introducir en la historia son, entre otros:

- ¿Qué crees que sabían los marineros de sí mismos que les permitió dominar el miedo?
- ¿Dónde aprendieron esa habilidad? ¿Qué diferencia les ha hecho tener esa habilidad? ¿Por qué es importante reconocer que tienes esa habilidad?

La historia continúa con preguntas acerca de los peligros y la manera de enfrentarlos, siempre enfatizando las habilidades que ellos proponen, aun si estas son imaginarias. Las preguntas emanan de los mapas de la terapia narrativa adaptadas a la aventura imaginaria. Una vez que la aventura llega a su fin, se felicita a los marineros y al niño o niña por todo su esfuerzo y creatividad.

Documentos: una fotografía puede marcar los logros de construir esa aventura o el crear un documento narrando la experiencia, describiendo las soluciones y habilidades necesarias, que se le entrega al final como reconocimiento.

2. Creando una vasija de luz.

Descripción: cuando viene a terapia un niño o niña que se siente abrumado por muchos problemas sin saber cómo enfrentarlos, crear una vasija es la metáfora indicada. Para comenzar la creación de la «vasija de la esperanza o de luz» se cuenta una historia acerca de que todos nacemos con una luz que brilla en nosotros que se va tapando con los problemas. Al terminar se modela una vasija con plastilina, con un pequeño agujero en el fondo para dejar pasar la luz.

Materiales: plastilina de diferentes colores, un cuadrado de cartón.

Proceso y preguntas: se llena la vasija con piedritas que representan a los problemas, hechas de plastilina negra o café o del color de los problemas, que se van colocando en la vasija nombrando lo que problema hace: ¿qué nombre le daría?, ¿cómo es un problema en la vida del niño?, ¿cómo se presenta? Y se cuentan historias acerca de cómo interrumpe su vida. Se va llenando la vasija hasta que no pasa luz. Una vez nombrados lo problemas y creadas las piedritas, el segundo paso se anuncia: ¡la hora de vaciar la vasija llegó! Se pone entre las manos y se piensa en los momentos en que uno se ha librado de los problemas, para sentir la voluntad de no tenerlos más en la vida. Se da la vuelta de un tirón y se sacan las piedritas-problemas que interrumpen la vida. La luz regresa pasando por el hoyito. Ahora cada una de las piedritas se transforma en flores, animales o algo que le guste al niño o niña. Mientras se crean las figuras se cuentan historias de alguna vez en que se ha podido evitar alguno de los problemas, ¿Me podrías contar algo sobre algún momento en que descubriste que podías ignorar el problema? Cuéntame cómo has podido hacerle travesuras al problema en vez de que este te las haga a ti. Con las preguntas de las conversaciones externalizantes emergen las maneras de oponerse a los problemas y lo que puede ayudar a cambiar las rocas-problemas para que no se presenten. Las narraciones de las experiencias enriquecen la conversación acerca de las habilidades utilizadas, aunque estas sean imaginarias o no sean exactas, y se va creando un camino para la formación de significados acerca de ser capaz de transformar a los problemas. Se identifican y se nombran las

habilidades conectándolas con los deseos y esperanzas para que en su vida se abra un camino alternativo. Y al final la luz está ahí, en el jardín con los animales y las flores.

Documentos: la información mencionada por los niños para responder a los problemas se recoge para crear una carta o poema que se le entrega al finalizar.

3. Dibujando caricaturas de una historia

Descripción: cuando a los niños o niñas les gusta dibujar, los dibujos pueden ser una manera de crear una narración visual en la que la que la historia, saturada por el problema, se encuentra con descubrimientos alternativos al dibujarla en caricaturas. La trama recupera la experiencia con el problema y los conocimientos alternativos que se van generando con las preguntas de las conversaciones de la terapia narrativa, descritas en los mapas 1, 2, y de reautoría (White, 2007a), de tal manera que se vayan creando nuevas conexiones con los acontecimientos extraordinarios y las habilidades, generando significados alternativos y acciones que permitan cambiar la relación con el problema.

Materiales: hoja de papel doblada en nueve cuadritos, lápices de colores.

Proceso y preguntas: en una hoja de papel dividida en nueve cuadros, cada cuadro representará una parte de la historia a ser reconstruida con las preguntas de las conversaciones de la terapia narrativa de los mapas propuestos por White (2007a). En cada cuadro se hace un dibujo acerca de las diferentes partes de la historia:

- Dibujando los efectos que el problema tiene sobre la vida del niño o niña.
- Dibujando al problema y nombrándolo con sus características.
- Dibujando acontecimientos extraordinarios: influencia del niño o niña sobre el problema.
- Dibujando las maneras en que el problema se resiste a ser cambiado o eliminado.
- Dibujando las habilidades o conocimientos que el niño o niña identifica: lo ausente pero implícito.
- Dibujando cómo el problema continúa creando otros problemas en la vida del niño o niña.
- Dibujando las habilidades y conocimientos que han funcionado imaginariamente para cambiar al problema.
- Dibujando las habilidades para «capturar», «ignorar» o «borrar el control» del problema.
- Dibujando las líneas de la identidad alternativa: nuevos descubrimientos, planes de acción, historia alternativa, acciones futuras.

El proceso comienza al hacer preguntas externalizantes y de los micromapas propuestos por White (2007a) acerca de los efectos que el problema está teniendo sobre la vida del niño o niña y de cada uno de los cuadritos de la caricatura, propuestos en el siguiente esquema. Además, se le pide que dibuje o cree imágenes de las respuestas.

A continuación se incluyen el orden de los cuadros a llenar para hacer la caricatura y sugerencias de preguntas que pueden hacerse durante el proceso (ver Cuadro 2).

CUADRO 1: PRESENTACIÓN DE LOS CUADROS A DIBUJAR PARA LA CARICATURA		
Dibujando los efectos que el problema tiene en la vida del niño o niña: ¿Dónde aparece el problema? ¿Cómo interfiere con tu vida? ¿Qué te roba el problema cuando aparece?	*Dibujando al problema: Nombrándolo con sus características:* ¿Qué forma tendría? ¿Cómo se vería el problema?	*Dibujando acontecimientos extraordinarios:* Influencia del niño o niña sobre el problema. ¿Puedes mencionar algún momento en el que el problema quería molestarte y no lo dejaste?
Dibujando cómo el problema se resiste a ser cambiado o eliminado: ¿Cómo le hace el problema para no dejarte de molestar? ¿Cómo logra el problema no dejarte en paz y no salirse de tu vida?	*Dibujando los conocimientos y las habilidades del niño niña y lo ausente pero implícito:* ¿Qué diferencia hace el saber que tú puedes sacar al problema de tu vida? ¿Por qué saber eso es importante para ti?	*Dibujando cómo el problema continúa creando otros problemas en la vida del niño o niña:* ¿Cómo encuentra el problema formas nuevas de interferir con tu vida?
Dibujando los conocimientos y las habilidades del niño o niña que han funcionado: ¿Qué has descubierto que es una buena trampa para el problema?	*Dibujando las respuestas posibles para «capturar», «ignorar» o «borrar el control» del problema:* ¿Cómo has logrado que el problema no aparezca? ¿Qué has hecho que te ha funcionado?	*Dibujando las líneas de identidad alternativas: Planes de acción, historia alternativa y el futuro:* ahora que puedes imaginar tu vida sin el problema, ¿me podrías contar acerca de un sueño o esperanza que tienes para ti?

- ¿Dónde aparece el problema más frecuentemente?
- ¿Cómo interfiere con tu vida?
- ¿Qué es lo que más te molesta que arruine de tu vida?
- ¿Qué te roba el problema cuando se hace presente en tu vida?
- ¿Qué nombre le darías a este problema?

- Si pudieras imaginar una forma para el problema, ¿qué forma tendría? ¿Cómo se vería el problema?
- ¿Qué está pasando en tu vida cuando el problema aparece?
- ¿Cómo lo hace el problema para echarte a perder la vida? ¿Qué trucos te pone para fastidiarte?
- ¿Te puedes imaginar qué es lo que este problema quiere cuando interfiere con tu vida? ¿Qué intenciones crees que tiene?
- ¿Qué cosas te dice el problema cuando quiere darte miedo?
- Cuando el problema está presente, ¿qué cosas no te deja hacer?
- ¿Qué es lo que más te molesta acerca de este problema?
- ¿Me podrías contar una historia de algún momento en el que el problema quería molestarte y no lo dejaste?
- ¿Qué has hecho las veces que has podido evitar que el problema aparezca?
- ¿Qué has descubierto que es una buena trampa para el problema?
- ¿Cómo lo hace el problema para no dejarte de molestar?
- ¿Cómo logra el problema no dejarte en paz y no salirse de tu vida?
- ¿Me podrías contar una historia acerca de cómo encuentra el problema formas nuevas de interferir con tu vida?
- ¿Qué te dice el problema que hace que le creas?
- ¿Qué cosas hace el problema cuando aparece que no te permite hacer las cosas que quieres?
- ¿Qué es lo más insoportable de tener ese problema?
- ¿Me podrías contar una historia de alguna vez en que te ingeniaste para no dejar que el problema te molestara? ¿Cómo le hiciste?
- ¿Cómo has logrado que el problema no aparezca? ¿Qué has hecho que te ha funcionado?
- ¿Qué trucos inventa el problema para convencerte de que se va a quedar en tu vida?
- ¿Qué diferencia hace el saber que tú puedes sacar al problema de tu vida?
- ¿Por qué saber eso es importante para ti?
- ¿Cómo se relaciona eso que tú haces (habilidades o conocimientos) con lo que más te interesa o a lo que le das valor?
- Ahora que puedes imaginar tu vida sin el problema, ¿me podrías contar acerca de un sueño o esperanza que tienes para tu vida?
- ¿Quién se pondría muy contento y a quién le gustarían las cosas que has hecho para cambiar tu vida?
- ¿Me podrías contar una historia acerca de cómo esta relación te apoyó para el descubrimiento de lo que querías hacer en tu vida?
- Ahora que has reconocido las cosas que has hecho y las habilidades que tienes y que te han funcionado, ¿cuál sería el siguiente paso?
- ¿Podrías dibujar algo que te recuerde lo que has logrado y esas habilidades?

Documentos: terminado el proceso de la terapia se entrega un certificado en el que se reconocen todos los esfuerzos realizados para cambiar su vida y las habilidades y conocimientos empleados para librarse del problema.

4. Contando cuentos de cambio

Descripción: la creación de cuentos terapéuticos se centra en el uso de una metáfora en la cual se crean varios niveles de comunicación, uno acerca de la historia y la trama, otro sobre los posibles significados que emanan de las conexiones en la imaginación, la fantasía, símbolos, imágenes, sensaciones, formas, sonidos y colores. Al contar la metáfora se hace contacto con lo que es relevante para el que juega, y se inicia una búsqueda de significados importantes y de nuevas conexiones, que permite que se conecten aquellos aspectos para generar ideas, cambiar o descubrir nuevas formas de ver, sentir o pensar el problema y así promover la búsqueda de alternativas.

En la terapia narrativa se ha planteado el realizar poemas terapéuticos (Speedy, 2005), los cuales son creados durante la sesión y recopilados por el terapeuta a partir de la historia y las palabras planteadas por el o la consultante. La autora menciona que la creación de los poemas terapéuticos ha influido en su manera de escuchar en las conversaciones terapéuticas, su manera de tomar notas y sus preguntas. Speedy considera que «el lenguaje poético habla de aquello que no está fijo o es conocido y que eso que se *mueve o se escapa* y parece desafiar los límites del lenguaje en la práctica poética de la escritura de los documentos terapéuticos» (2005: página).

Según Diana Rico, «el cuento terapéutico es una forma de engrosar la historia alternativa. No es necesario ser escritor o poeta para escribir un cuento. Lo importante es conectarse con la historia de la familia o de la persona que consulta y dejarse llevar… es una coconstrucción de una nueva historia que abre nuevos caminos, que proporciona a las personas pretextos para crecer y cambiar» (2012: página).

Speedy (2000) plantea el retomar las palabras clave del consultante para elaborar un poema que se centre la experiencia de descubrimientos. En la presente propuesta el cuento planteado se escribe incluyendo una metáfora que se deriva desde los conocimientos y descubrimientos del niño o niña, retomando sus palabras y sus metáforas, de tal modo que se incluyan sus propios descubrimientos y la historia se centre en su experiencia; el terapeuta no es el autor, es el escribano que resume e integra, para ser coherente con el planteamiento de la terapia descentrada (White, 1997).

El cuento terapéutico debe: 1) incluir las palabras del niño o niña; 2) ser interactivo, creándose durante la sesión; 3) contar con personajes y protagonistas escogidos por el niño o niña; 4) tener una trama y personajes que plantean dilemas parecidos a los creados por el problema; 5) seleccionar una metáfora que presente nuevas aperturas, nuevas perspectivas de cambio y crecimiento; 6) incluir dibujos si al niño o niña le gusta dibujar.

Materiales: hojas para escribir o dibujar.

Proceso y preguntas: durante la primera entrevista, utilizando los miromapas de las conversaciones se anotan las palabras que sintetizan metas, sueños y acontecimientos extraordinarios, para ser incluidos en los diálogos que el personaje central dice. El cuento comienza preguntando: ¿podemos contar un cuento?, o diciendo: «esta historia merece un cuento, ¿lo contamos?». Entonces decimos: «Había una vez un____ (personaje)». Se prosigue preguntando: «¿Quiénes van a participar en el cuento?». Se nombra a los personajes y se sigue preguntando: «que vivían en____ ¿Dónde crees que viven?». Así se cuenta una historia con esos personajes en cuyo diálogo se ocupan las palabras recolectadas en la entrevista.

Si el problema es tener miedo a algo, la metáfora que se va a contar tiene que relacionarse con algo que vaya más allá del miedo. Lo importante del proceso es que sea el niño o niña el que proponga lo que el personaje podría hacer cuando enfrenta el dilema de tener miedo. Las alternativas que se proponen no tienen que ser reales, pueden ser imaginarias, como se hizo en el caso de White de encerrar en una caja a los miedos nocturnos.

El siguiente es un ejemplo de cómo seguir un proceso interactivo al crear un cuento creado con una niña que tenía miedo de ir a la escuela primaria:

P: Había una vez un… ¿Qué animalito quieres incluir?
R: ¡Un gusanito!
P: ¿Cómo se llamaría?
R: Merlín.
P: Merlín tenía mucho miedo de entrar en el capullo en donde cambiaría de forma, sentía ganas de llorar, mucha pena, sudaba y temblaba. Estando en… ¿Dónde vive?
R: Una planta verde.
P: Encontró a una mariposa que movía sus grandes alas. Ella le preguntó: «¿Quieres que te cuente la historia de cómo crecieron mis alas?».
R: Sí.
P: Dijo la mariposa: «Pues un día que ya había crecido, comencé a tejer una casa nueva, redonda llamada capullo, en donde me dormiría y utilizaría toda lo que mi cuerpo ya sabía para ir cambiando y creciendo». ¿Cómo te imaginas que es esa casa por dentro?
R: Como una cama.
P: Sí -respondió la mariposa y preguntó-: «¿Te acuerdas cuándo comenzaste a ir a la escuela y dejase tu casa? ¿Cómo le hiciste para no llevarte al miedo a la escuela?».
R: ¡Tenía ganas de ir a jugar!
P: ¿Y encontraste muchas cosas nuevas?
R: Sí…

La historia prosigue y la mariposa sigue nombrando los descubrimientos de tener alas y volar, al mismo tiempo que se incluyen los descubrimientos que el niño ha tenido en la escuela. Al finalizar se pueden dibujar las

imágenes de «Merlín», del capullo y de la mariposa, con una conclusión planteada por el niño o niña: ¡Merlín logró volar!

Documentos: el cuento se escribe, para entregárselo al niño o niña y así él o ella puede leerlo en casa. Además, al finalizar se entrega un diploma, dependiendo del problema tratado, para celebrar los logros alcanzados para cambiar la vida y deshacerse del problema.

6. Contando historias para respirar, imaginar y relajarse

Descripción: una intervención propuesta por David Denborough y Ncazelo Cnube (2007) y Denborough (2008), en su trabajo con el «Árbol de la vida» con niños que han sufrido los efectos traumáticos de la guerra, propone en su parte final la recuperación del conocimiento local, esto es, los conocimientos y habilidades para ir más allá del trauma que los niños y niñas tienen para enfrentar «las tormentas de la vida».

Denborough y White (2006), trabajando en la recuperación de habilidades y conocimientos en tiempos difíciles, realizan una entrevista en díadas en la que se proponen tres preguntas para la persona entrevistada: 1. Describe algo que te sostenga durante tiempos difíciles (valor, creencia, conocimiento particular, herramienta); 2. Comparte una historia de un momento en que este (valor, creencia, conocimiento particular, herramienta) haya hecho una diferencia, para ti u otros; 3. ¿Me podrías contar la historia de este valor, creencia o conocimiento?, ¿de quién lo aprendiste?, ¿con quién?, ¿cómo?; y 4. ¿Está vinculado de alguna forma con algún grupo, familia, comunidad o tradición?

Los efectos corporales del miedo y la angustia acompañan muchas situaciones difíciles que los niños y niñas enfrentan, y es posible recuperar y conocer las acciones que se están poniendo en práctica para enfrentarlos o reducirlos. Así se pueden recolectar las maneras en que se ha enfrentado al miedo en tiempos difíciles y ese hecho cambia sus manifestaciones en el cuerpo, para luego crear una historia de un *viaje imaginario* en el que se utilizan y afianzan esas habilidades.

El aprendizaje de estrategias corporales también es necesario para hacer más fuerte la historia de habilidades y conocimientos que respondan al trauma.

Materiales: colchoneta para recostarse e historia para ser leída.

Proceso y preguntas: después de la entrevista de recuperación de habilidades y conocimientos usados en tiempos difíciles (Denborough y White, 2006) y para controlar o disminuir los efectos corporales, se hace un listado de lo que al niño o niña le permite calmarse y tranquilizar su cuerpo. Se identifica una palabra que se relacione con estar tranquilo y se crea una historia con sus habilidades e imágenes en el contexto que le guste. En el presente ejemplo, el personaje es una tortuguita que está navegando en el mar:

La tortuguita

Mientras estás ahí... *cómodamente imaginando*... voy a contarte la historia de una tortuguita... una tortuguita que estaba en el lugar que más le gusta estar... Pensando en esa tortuguita e imaginando el lugar en donde está... puedes sentir mientras la imaginas... tal vez en el agua, tal vez reposando en una roca… Al mismo tiempo puedes sentir las sensaciones agradables de relajación que van llegando a tu cuerpo, con cada respiración… *cómodamente, mientras continúas escuchando esta historia*.

A esa tortuguita le gustaba nadar, salir a tomar el sol o comer las hierbitas que estaban en el agua, y mientras continúas imaginando al estar escuchando, *puedes sentir cómo llegan a tu cuerpo esas sensaciones agradables de relajación... de calorcito saludable*.

La tortuguita vivía en un estanque en el que había cosas que podían asustarle o ponerle nerviosa. Esa tortuguita... puedes ir imaginando su caparazón, tal vez verde claro, tal vez cafecito, *sabía que además de ese hermoso caparazón que la protegía tenía un recurso muy especial*… sabía que cuando se encontraba con algo asustador, algo que le podría producir nervios o hacer que latiera su corazón rápido o le sudaran las manos, diciendo *C A L M A y respirando profundamente, C A L M A..., respirando profundamente...*, tomando una gran respiración que llenara todo su pecho, su respiración traía con cada inspiración ese aire que pasaba por la nariz, por la tráquea hacia los pulmones, llevando todo lo que necesitaba, haciendo que *todas las sensaciones de relajación llegaran a su cuerpo, saludablemente... disfrutando las sensaciones de relajación... de calorcito o cosquilleo, saludablemente.*

C A L M A... respirando e imaginando un lugar muy tranquilo, en donde está *sintiéndose como se quiere sentir...* y así, respirando *saludablemente*, dejando que todas las *sensaciones de relajación* pasen de una parte de su cuerpo a la otra, la tortuguita nadaba y observaba el color del agua, *cómodamente*, nadaba jugueteando con las plantas y con los peces, *calmadamente*... sintiendo cómo su respiración traía *saludablemente las sensaciones de bienestar que necesitaba...*

Así la tortuguita jugaba con sus amigos... *cómodamente*, nadaba en el agua sintiendo las *sensaciones de tranquilidad* y se asoleaba sintiendo el calorcito del sol en su cuerpo... *saludablemente*. Desde ahí, tal vez puedes darte cuenta de las sensaciones agradables que tú también tienes en tu cuerpo, *sensaciones de tranquilidad*... de cómo están ahí y es fácil disfrutarlas… *cómodamente*… *saludablemente*. ¿Las puedes imaginar, verdad?

Y ahora, desde aquí, en el lugar en donde estás recordando todas estas cosas útiles y saludables para ti, puedes sentir cómo el

aire entra y sale por tu nariz, puedes sentir la posición de tu cuerpo, puedes recordar el lugar en donde estás y quién eres... y cuando estés lista o listo, con una respiración profunda puedes abrir los ojos.

En subsecuentes visitas se hace un recuento de cómo la práctica de su cuento ha tenido efectos sobre su cuerpo y la tranquilidad experimentada.

Documentos: al finalizar se le entrega su historia para que la lea y se relaje en casa, y se crea un diploma para celebrar haber sacado al miedo del cuerpo y recuperado la calma.

Referencias

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.

Denborough, D. & Ncazelo, C. (2007). *The Team of Life* (video). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Denborough, D. (2008). *Collective Narrative Practice*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Denborough, D. & White, C. (2006). *Recuperación de habilidades y conocimientos usados en tiempos difíciles*. Ejercicio del Curso Internacional de la Terapia Narrativa del Dulwich Centre Adelaide, Australia, en Oaxaca, México.

Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.

Epston, D. (1998). *"Catching up" with David Epston: A collection of narrative practice-based papers published between 1991 & 1996*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Epston, D. (2004). From empathy to ethnography: the origin of therapeutic co-research. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, 31-31.

Epston, D. & Seymour, F. (2008). Community Approches-real and virtual- to stealing. En D. Epston, *Down Under and Up Over: Travels with Narrative Therapy (pp. 139-156)*. Warrington, UK: Association of Family Therapy.

Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa con niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.

Morgan, A. (2000). *What is Narrative therapy? An easy to read introduction*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publication.

Morgan, A. (2006). *Once upon a Time…Narrative Therapy with Children and their families*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Rico Norman, D. (2012). Terapia narrativa y cuentos terapéuticos. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 8. En: http://www.uv.mx/facpsi/revista/contenido.html

Russell, S. (2012). La supervisión en la terapia narrativa.. Ponencia presentada en el Taller de Supervisón en Terapia Narrativa, Ciudad de México, junio.

Speedy, J. (2005). Using therapeutic documents in narrative therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33, 283-298.

White, M. & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica)*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1995). *Re-authoring Lives: essays and interviews. Collective documentation*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1997). *Narratives of therapist' lives*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1998). Notes on externalizing problems. En C. White y D. Denborough (Eds.), *Introducing Narrative Therapy: a collection of practice-based papers writings (pp. 219-224)*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. & Morgan, A. (2006). *Narrative Therapy with Children and their families*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2006). Children, trauma and subordinate storyline development. En D. Denborough (Ed.), *Trauma: Narrative responses to traumatic experience (pp. 143-165)*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2007a). *Maps of narrative practice*. New York, NY, USA: Norton & Company.

White, M. (2007b). *Trauma and Narrative Therapy*. Video. International Trauma Studies Program. En: http://www.dulwichcentre.com.au/trauma-and-narrative-therapy.html

Capítulo 7

Pistas para una intervención sistémica en niños con problemas de aula

Rodrigo Mardones Ibacache

Introducción

Para el abordaje sistémico de los problemas en el contexto escolar, resulta ineludible analizar críticamente algunas variables sobre las cuales se presenta el problema individual de algún niño o de su clase, especialmente cuando se trata de pequeños en edad preescolar (entiéndase niveles de prekinder y kínder) y de los primeros años de escolarización.

A muchos psicólogos que se inician en clínica, el trabajo con niños muy pequeños les resulta dificultoso debido a las características que poseen a esa edad para verbalizar, así como la autoconciencia de problema y la exigencia que le impone al terapeuta a la hora de dar tareas.

Si seguimos a Prochaska (1994), en su teoría de motivación para el cambio, podríamos decir que es común que los niños pequeños se encuentren en etapa de precontemplación o contemplación. Es la condición de su madurez psíquica. No atisban el problema, tampoco la necesidad de cambiar, y, si visualizan dificultades, no siempre las relacionan con sí mismos o no ven en ellos posibilidades de cambio. A esa edad, la capacidad de administrar su propia conducta aún es escasa para situaciones exigentes como la asistencia y permanencia en clases o el rendimiento escolar.

De este modo, la necesidad de tener una mirada más amplia de las variables que influyen en la situación global del niño y/o su grupo curso, resulta de suma importancia. En este sentido, la primera gran variable a considerar por el clínico es el estadio de desarrollo del menor, en lo que respecta al desarrollo fisiológico, cognitivo, emocional y social. Seguidamente, hay que comprender que se encuentra en un sistema complejo llamado escuela.

Un tercer aspecto a considerar, es que los niños provienen de otro sistema no menos complejo que corresponde al contexto familiar. En su caso, es necesario revisar cómo se ejerce la crianza, cómo es el entramado de jerarquías familiares en su hogar, cómo es la rutina que el niño vive a diario, los rituales propios de la casa, etc. Son líneas de influencia con las que en general asisten a la escuela y desde las cuales los padres sostienen su motivo de consulta.

En este sentido, la indagación de cómo se origina el problema exige una mirada acuciosa y no menos extensa. Desde esta perspectiva, se pro-

pone aquí un modelo de indagación e intervención simultánea a la hora de iniciar el proceso clínico.

Consideraciones de la condición del niño

Si bien no mencionaré las distintas etapas o estadios del desarrollo y características que poseen los niños entre 3 y 7 años de edad, debido a que existen muchos manuales que desarrollan extensamente estos conocimientos, quisiera destacar algunas características generales y fundamentales que revisten la infancia.

a. La dependencia del niño de su condición biológica

Especialmente los niños de edades tempranas poseen una dependencia mayor a sus procesos biológicos y fisiológicos, los cuales consisten en procesos cíclicos o patrones que sostienen estados de equilibrio. Desde esta perspectiva, en la primera infancia (de los 0 a 5 años de edad) los niños experimentan la tensión propia de sus demandas corporales, con las exigencias que se dan en el medio familiar y social en el que se encuentra su familia de origen.

En concreto, encontramos que los ciclos más dominantes, como los patrones circadianos, los ciclos de digestión y alimentación, procesos del desarrollo psicomotor, procesos de maduración e integración sensorial y perceptual, impactan directamente en la conducta del niño. Su desarrollo cognitivo a su vez le empuja al juego y la exploración como una actividad permanente. Estas características y las que describen Freud, Piaget, Erickson y otros tantos, hacen del niño de esta edad un sujeto muy particular y complejo, con una fuerte dependencia de los padres o cuidadores y especialmente complejo para la escuela y sus demandas.

b. Rutinas y crianza

Establecer rutinas es probablemente una de las formas que culturalmente hemos encontrado para el cuidado de los niños, por ejemplo, horarios de sueño, alimentación, higiene, actividades lúdicas, demostraciones de afecto, etc. En las rutinas, de alguna forma aseguramos que nuestros hijos satisfagan sus necesidades y logren el equilibrio necesario para desarrollarse en armonía.

Actualmente la crianza de los hijos ha sufrido ciertas variaciones que les impactan. Sin realizar un juicio valórico, se enuncian a continuación algunos de estos cambios.

1. Hemos desarrollado una conciencia más respetuosa de la infancia, declarando sus derechos pero, a la vez, el desarrollo tecnológico y las nuevas necesidades materiales que hemos asumido como seres humanos nos han llevado paulatinamente a alterar los modos de

producción de recursos económicos. En definitiva, parece ser que un solo ingreso familiar no alcanza para satisfacer las necesidades actuales de las familias. Esto ha traído la necesidad de que trabajen ambos padres de un hogar, lo que obliga a delegar la crianza a un tercero (Valdés, 2007).

2. La intromisión de medios de comunicación y redes sociales en el hogar, incluso en los dormitorios, nos hacen permanecer atentos a las distintas pantallas que se incorporan a la casa, alterando los rituales familiares tradicionales e impactando en las rutinas de crianza (Rojas, 2008).
3. La mayor facilidad con la que se separan los padres biológicos, las familias ensambladas, el abandono de los hijos al cuidado de otros familiares, las madres y padres adolescentes, etc., generan otros tipos de familia que funcionan de un modo distinto a la tradicional familia nuclear biparental.

Estos distintos contextos y situaciones familiares se catalizan en la escuela. Cada alumno proviene de una familia distinta, que se comprende a sí misma de forma heterogénea, con distintos rituales, principios y formas de ejercer la crianza (Jadue, 2003).

Consideraciones de la condición de la escuela

En el contexto social actual, la escuela juega un rol fundamental. O al menos eso queremos. La demanda que la sociedad y que cada familia hace a la escuela consiste en que esta eduque, y por educación asumimos que los niños aprendan una serie de contenidos, con una mayor valoración a los conocimientos de orden cognitivo, así como que sean capaces de retenerlos y evocarlos.

Nuestra cultura ha creado la escuela con el fin de generar personas funcionales al orden social, que sean capaces de sostener y reproducir el orden establecido[46]. De este modo, se ha creado y potenciado la educación pública y gratuita para que todos los niños asistan a ella con obligación legal. Nadie socialmente correcto se atrevería a criticar la escuela o a proponer su abolición. De este modo, concebimos a la escuela no solo como un beneficio social, sino que la revestimos de «un derecho» para sostenerla como una obligación.

En este sentido, los gobiernos se han preocupado por elaborar sistemas que resguarden los contenidos que debe transmitir la educación en general[47].

[46] Léase el artículo 2° de la Ley General de Educación. Emanada en Santiago de Chile el 28 de julio de 2009.

[47] En el caso de Chile, les llamamos Contenidos Mínimos Obligatorios. Véase, por ejemplo, los descritos para educación básica (primaria), en http://aep.mineduc.cl/images/pdf/2007/CurriculumBasica.pdf

Estos contenidos no tienen que ver con la persona del alumno. El clínico debe saber que la escuela es pensada teniendo como centro el *curriculum*, no la persona del niño o adolescente ni los estadios del desarrollo en los que se encuentra.

Esto puede hacer del contexto escolar un espacio *per se* patologizante. Seguramente tenemos muchos ejemplos que podrían contradecir esta afirmación. Pero tomemos un momento de reflexión sin tomar partido tan rápidamente.

Solo en la escuela el niño permanece gran parte del día con compañeros de su misma edad, con la obligación de atender en silencio y sentado frente a una sola persona que presenta u ordena contenidos de materia (Taylor, 1990).

Solo en la escuela un niño trabaja un momento del día en un poema, para que, incluso sin terminarlo, al sonido de un timbre o campana deba abandonar la tarea para salir a compartir libremente con sus compañeros, en algo llamado recreo. De pronto, al sonido de otra campana o timbre debe dejar esa actividad para regresar a la sala, pero no al poema, sino a resolver ejercicios de matemáticas, o a aprender reglas de ortografía, o a escuchar y escribir episodios de historia de su país.

Desde la escuela, tempranamente aprendimos que nuestro trabajo o creación tiene una valoración estándar y que puede compararse con la valoración del trabajo o la creación de un compañero. Lo mismo ocurre con el comportamiento o las conductas. En la escuela se facilita la idea de competir con los demás.

Ciertamente en la escuela se aprende a compartir, a practicar deportes y una serie de aspectos importantes para la vida que no son exclusivos de ella. Si la escuela no existiera, probablemente los niños socializarían en sus barrios y transmitirían aprendizajes tal como lo hacen en los meses de vacaciones de verano, los fines de semana y las vacaciones de invierno.

Pareciera ser que la escuela existe porque los padres no tienen el tiempo suficiente para educar a los hijos y porque no logran retener un conjunto de conocimientos que, por su diseño pedagógico, resultan inútiles para la vida diaria, puesto que no se recuerdan. Entonces, ha sido la escuela la encargada de compilar, ordenar y transmitir esos conocimientos que solo son útiles para ser compilados, ordenados y traspasados.

Durante estos últimos años la discusión acerca de la calidad de la educación ha sido un tema permanente en Chile y varios países de habla hispana, sin embargo, es una discusión sin efectos, puesto que cambiar la escuela y lo que entendemos por educación trae como consecuencia un cambio social que no estamos dispuestos a asumir.

El abordaje de problemas de comportamiento en el aula

En mi experiencia como clínico en contexto escolar, la mayor demanda de atención está asociada a problemas de comportamiento. Los cursos menores, especialmente, realizan muchas derivaciones de este tipo y no por dificultades de rendimiento, ya que los programas de educación no permiten evaluaciones cuantitativas a los procesos de aprendizajes de estos niveles.

Generalmente el alumno o alumna derivada ha sobrepasado todos los límites de inquietud en comparación con sus compañeros, y probablemente su profesor ha agotado todas sus técnicas de manejo conductual en el aula, por lo que recomendamos como principio atender a la derivación asumiendo que se está ante un problema que requiere intervención.

a. Proceso de intervención

En lo personal, al momento de recibir la derivación del alumno realizo una entrevista, primero con el profesional que deriva, para luego sesionar con el apoderado a solas, sin la presencia del niño. Aunque parezca un detalle de perogrullo, hablar de los problemas que experimenta el alumno delante de él solo le puede provocar confusión, miedo, enojo, pero jamás la toma de conciencia acerca de sus actos y la necesidad de corregirlos, ya que en edades tempranas no se han instalado aún la idea de tiempo, la posibilidad de planificar, ni la conciencia acerca de las consecuencias de nuestros actos. [48]

Con el fin de conocer a cabalidad el problema y tener información específica sobre la situación del niño, se recomienda entablar una entrevista con el profesor que deriva, manteniendo actitudes de empatía y real interés por la situación. Probablemente en el profesional que pide la atención se encuentre cierta frustración debido a que no logró resolver el problema y necesitó de ayuda.

Se invita a indagar con el profesor qué ocurre con el niño en actitud de sencillez y curiosidad. Se intenta obtener información acerca del comportamiento concreto del niño, para lo que las preguntas y respuestas deben tener un sentido descriptivo. El objetivo es establecer específicamente en qué consiste el problema y cómo se da la reacción de los otros compañeros. También se intenta buscar las excepciones del problema, así como conocer todos los intentos de solución y técnicas que aplicó el profesor (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1995).

La información obtenida es relevante porque permite varias cosas:

1. Tener un relato descriptivo de la conducta del niño susceptible de ser verificado en un proceso de observación al aula.

[48] Véase incluso en manuales de psicología y pedagogía la teoría de Jean Piaget acerca del desarrollo cognitivo en el estadio de pensamiento preoperacional.

2. Comprender la situación general del curso y en particular del profesor, puesto que es quien deriva y participa del problema al no lograr éxitos con el comportamiento del niño.
3. Conocer el tono con el que el profesor se refiere al problema. Probablemente un nivel de frustración muy alto en quien deriva le impide ver y valorar las excepciones al problema.
4. Informar a los padres acerca de lo que ocurre con el niño.
5. Monitorear si estos problemas conductuales se observan también en el hogar y, de ser así, cómo la familia interactúa con el niño en esta situación.
6. Encontrar pequeñas excepciones y ayudar a que el profesor inicie un cambio en la mirada del problema (Herrero, Beyebach & Risco, 2001).

El clínico debe hacerse cargo del caso puesto que, si él no interviene en este contexto, el niño está en la antesala de recibir un diagnóstico de Déficit Atencional con Hiperactividad, ya que, en la entrevista con el neurólogo, la opinión del profesor es un dato importante para realizar el diagnóstico, sobre todo cuando es apoyado por los padres[49].

b. Entrevista con los padres o adultos cuidadores

En la primera sesión con los padres, o adultos responsables del niño, se recomienda informar la situación que ocurre con su hijo o pupilo, evitando cualquier juicio de valor o categoría clínica. Se trata de emplear un lenguaje descriptivo acerca de la problemática que concita el encuentro.

En mi experiencia de clínico en las escuelas, puedo categorizar a los padres que viven estas circunstancias, en general, en tres grupos:

1. Primero están aquellos padres que debutan con el problema. Se sorprenden y sienten que debe haber una equivocación puesto que «el hijo no es así en casa».
2. En un segundo grupo están aquellos padres que conocen la situación del niño puesto que se repite en casa, o en cursos anteriores o en otra escuela. Algunos de ellos señalan que ya están cansados, que han intentado muchas estrategias para resolver el tema y que nada resulta. No le sorprenda que esos niños sean dejados conductualmente a lo que dictan sus antojos, sean golpeados o maltratados verbalmente por los padres y que ellos mismos no tengan mucha motivación para intentar algo nuevo.
3. Y finalmente están aquellos padres que reconocen el problema, o que a pesar de estar debutando en esto, están dispuestos a ayudar y seguir paso a paso cada una de las instrucciones que el clínico les dé.

[49] Para una exposición más detallada sobre este problema, véase Capítulo 9, en este mismo volumen.

Comprendiendo que la familia es un sistema complejo y que ninguna es igual a otra, se recomienda una entrevista tendiente a indagar e intervenir indirectamente en el problema, evitando consejos y recetas; si se actúa desde una posición experta, sin considerar lo que los padres son capaces de decir, decidir y entender, así como las características de su sistema familiar, tenemos una alta probabilidad de fracasar[50]. Por ello, el tono conversacional del clínico debe ser de apertura, aceptación incondicional y de curiosidad propia del aprendiz, sin olvidar que ingresamos, a veces sin pedir permiso, a una esfera muy privada que ellos deben abrir para compartir sus problema con el niño y en un contexto que no es habitual para el tratamiento de estos temas.

Por esta razón se recomienda indagar primeramente en la constitución del núcleo familiar: quiénes componen la familia con la que vive el niño; quiénes ejercen la autoridad y cómo la ejercen; cuáles son los rituales familiares, las creencias religiosas, el barrio donde viven, etc. La elaboración de un genograma[51] puede ser una ayuda útil para representar gráficamente las relaciones familiares.

Teniendo claro el contexto en el que habita el niño, es importante indagar en su rutina. Para este paso se recomienda la siguiente técnica:

Pedir al padre o apoderado que evoque y verbalice la rutina del niño en lo que corresponde a un día tipo con escuela y otro sin escuela. Solicitar la evocación del quehacer del niño activa en la entrevista las áreas cerebrales correspondientes a la memoria y evocación. Y, además de invitar al padre o apoderado a estructurar un relato acerca de lo que el niño hace en el hogar en dos tiempos distintos, un día con asistencia a la escuela y otro sin asistencia como festivos, fines de semana, etc., lo que ayuda a confrontar a los padres o apoderados sobre qué tan conscientes son acerca de las actividades del niño; en ocasiones no logran decir con exactitud en qué consiste el desarrollo de la vida de su propio hijo y reconocen en sesión que de verdad no saben o no conocen cuáles son las actividades que realiza el niño durante el día. Esto no solo ocurre con padres que delegan el cuidado o crianza de sus hijos con terceros. Ocurre también con aquellos padres o madres que permanecen tiempos importantes en el hogar.

Cuando el padre o apoderado logra entregar información, se recomienda, en actitud de curiosidad, indagar más detalladamente. Ejemplos de estos aspectos a indagar son: ¿qué ve en televisión?, ¿qué juega en la computadora?, ¿hay una minuta de comidas en el hogar?, ¿hay días en que se comparte una comida familiar?, ¿cómo se refiere a la escuela?, ¿qué materias o actividades le gustan más?, entre otros.

Estas preguntas nos permiten conocer las horas e higiene del sueño del niño, sus horas y tipos de alimentación, sus actividades de recreación

[50] Lo que por lo general atribuimos a una falta de colaboración o, en un lenguaje aún más experto, a «resistencia» por parte de los padres.

[51] Un genograma es un gráfico o dibujo que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones en al menos tres generaciones.

y la calidad de ellas, sus horas de estudio y cómo ejerce esta actividad, en definitiva, cómo es su calidad de vida y cómo se ejerce la crianza y el cuidado del niño.

En mi experiencia como clínico escolar, he descubierto que los niños con problemas conductuales no poseen una rutina establecida (no se trata de rigidez), que incluye muchas horas de televisión (especialmente aquellos niños que en sus familias poseen televisión por cable, cuyos canales exhiben programas infantiles las 24 horas) o juegos de computadoras, con una rutina especialmente sedentaria y empobrecida de juegos y actividades con otros niños.

Quiero en este sentido hacer un alcance de tipo local. En Chile, los medios de comunicación con sus programas de prensa sensacionalista han contribuido a desarrollar un paulatino miedo a la calle o al barrio como espacios públicos. Las generaciones como la mía fuimos criados teniendo la calle como aliada de los padres en esta tarea. Si uno molestaba lo suficiente, nuestros padres no dudaban en echarnos a la calle a jugar. Hoy día, la aliada en la crianza es la televisión. Si el niño molesta se le enciende la «tele» o se le envía a su habitación a ver «monos animados».

No quiero decir que tiempos pasados fueron mejores, pero a apuestas distintas, consecuencias distintas.

Finalizada esta etapa de la entrevista, si ocurriera que el padre o apoderado no logra estructurar la información o reconoce que no sabe en qué consisten las actividades del niño, se le puede entregar como tarea la pesquisa de esta información a partir de una pauta de registro (ver Cuadro 1), en la que se le solicita que no haga cambios aún y que en una semana se dedique a observar qué hace o qué ocurre con su hijo en un día tipo con escuela y otro sin escuela.

En el caso de tener la información en el momento, se invita al clínico a leerle al padre o apoderado todo lo recopilado. El efecto de escuchar la rutina de su hijo o pupilo impacta en el interlocutor, estimulando aquellas áreas cerebrales que se activan al escuchar y procesar la información. Ayuda al padre o apoderado a tener una visión global de la vida del niño en los detalles que se indagaron.

Luego se invita, al padre o apoderado, a realizar un juicio acerca de la rutina del niño. Que la valore, que emita una opinión acerca de qué piensa con respecto de cómo se desarrolla la vida de su hijo en estas condiciones. Esto activa las áreas cerebrales que operan al elaborar juicios o valorar moralmente los estímulos externos.

CUADRO 1: PAUTA DE REGISTRO CONDUCTUAL (PARA LA ENTREVISTA O PARA ASIGNAR DE TAREA TERAPÉUTICA A LOS PADRES)				
Actividades	Horas	Acompañado	Sin compañía	Detalle
Relativas a las horas e higiene del sueño				
• Se acuesta en la noche				
• Se levanta en la mañana				
• Duerme siesta				
Relativas a la alimentación				
• Desayuna				
• Colación de media mañana				
• Almuerzo				
• Colación de media tarde				
• Merienda				
• Cena				
Relativas a los estudios				
• Realiza tareas				
• Horas de estudio personal				
Actividades recreativas				
• Televisión				
• Videojuegos				
• Internet				
• Juegos en general				
• Actividades sociales				
• Actividades deportivas				
Actividades de la vida diaria				
• Baño				
• Lavado de dientes				
• Conductas de aseo personal				
• Realización de tareas domésticas				

En ocasiones los padres reaccionan señalando los puntos más empobrecidos de la rutina: «Es muy sedentaria, casi no tiene amigos, duerme mucho, ve mucha tele, juego poco con él». Y comienzan a señalar posibles mejoras.

Hay padres que no logran verbalizar su impresión. Se invita a respetar el silencio, pero cuando se observa que no hay gran impacto sobre la información o que no se está elaborando un discurso, se les puede invitar a ponerse en el lugar del niño: qué haría usted en este caso, cómo piensa que sería su vida de niño si viviera esta rutina, cómo era su propia infancia con respecto de la de su hijo. Pueden ser preguntas que ayudan a elaborar un juicio sobre lo que el niño vive.

Es importante este momento puesto que el padre o apoderado puede emitir una sentencia susceptible de ser traducida en metas y objetivos de trabajo terapéutico. Por ejemplo, si el padre evalúa la rutina de su hijo como sedentaria, se puede invitar a evaluar la posibilidad de trabajar en mejorar este aspecto, con la clara conciencia de que este trabajo involucra al padre o apoderado. Él o ellos son quienes deben hacer los cambios, no podemos pedir al niño que cambie su rutina sin que se involucren sus padres. En esto hay que ser claro.

Trabajar a partir de este proceso de indagación permite que sea el padre o tutor del niño quien señale las posibles áreas sobre las que se quiere trabajar o intervenir, dentro de un sistema familiar que, por sus complejidades, no logramos conocer del todo. Nos permite comprender no solo la causa, sino el sistema recurrente en el que el problema se presenta desde el seno familiar. Obtenemos información suficiente para tener una idea de lo que el niño vive y con quien vive. Especialmente si pesquisamos situaciones de abusos o vulneración de derechos, podemos realizar las derivaciones o denuncias correspondientes si se diera el caso.

Una vez que el padre o apoderado ha señalado aquellos elementos en la rutina del niño que necesitan mejorar, que se ha logrado coconstruir metas y objetivos terapéuticos, es importante, en la primera entrevista, solicitar la autorización por escrito del responsable del niño para realizar un proceso de observación en aula, para corroborar la información del profesor, para ver en *in situ* la ocurrencia del problema, para evaluar la interacción del profesor con el curso y con el niño en particular.

Posteriormente, en una segunda sesión, ya con información más completa puesto que se ha realizado una observación al aula por lo menos, se evalúan los cambios. Asimismo, se puede constatar el grado de compromiso del padre o apoderado con los cambios a realizar, así como la pertinencia y efectividad de las tareas acordadas.

c. Jerarquías en el hogar

Es importante indagar las jerarquías de poder al interior de un hogar, especialmente en las familias extendidas, es decir, aquellas que incluyen a los abuelos. Debido a que las figuras de autoridad en el niño pueden ser difusas y a veces contrapuestas, se debe indagar en cómo se ejerce la autoridad: los métodos de corrección conductual empleados (si se basan en el castigo, la reprimenda o la crítica constante hacia el actuar del niño), su consistencia (a veces los mismos padres se desautorizan a la hora de corregir o reforzar positivamente al niño) y su eficacia (es común la persistencia de métodos que no han dado resultado).

Se recomienda en estos casos presentar a los padres un método de manejo conductual basado en economía de fichas u otro. Para la explicación del método de regulación conductual elegido, es interesante generar el

encuentro con toda la familia. Esto permite establecer alianzas con los otros adultos para regular la relación jerárquica logrando que sea congruente con respecto del niño.

d. Estilo comunicacional de los padres o cuidadores

Generalmente los padres, bajo la conciencia de no golpear a sus hijos, realizan formas de corrección basadas en el diálogo, la reprimenda, el consejo, etc. Obsérvese en esos casos la forma en que se dirigen al niño, el tipo de lenguaje que se emplea.

Se puede constatar que es muy frecuente que los padres desarrollan un diálogo basado en términos abstractos, por ejemplo: «tienes que ser ordenado». Probablemente el niño no comprenda a qué se refiere la madre o el padre cuando le demanda «ser ordenado» si antes no le han mostrado una habitación ordenada, explicándole dónde deben estar los distintos elementos que hacen parte de la habitación. Se puede instruir a los padres invitándoles a mostrar al niño la habitación ordenada, y que repare en el orden en general, señalándole dónde se guardan los juguetes, la ropa, los útiles escolares. Indicándoles que, cuando la habitación permanece de esta forma, está «ordenada».

Si les piden «portarse bien», se les explica a los padres que «portarse bien» es un conjunto de muchas conductas que el niño no logra generalmente asociar como parte del «portarse bien». Por eso, en ocasiones los niños preguntan: «¿Cómo me estoy portando?». En estas ocasiones les explicamos a los padres que es necesario detallar la instrucción de «portarse bien» en conductas concretas que el niño comprenda, por ejemplo: obedecer a la mamá, al profesor, hacer las tareas, compartir con los compañeros, no agredir a los compañeros, etc. Les invitamos a repasar varias veces en el día la mención de estas conductas para que el niño logre asociarlas a la instrucción.

Hay padres que, en conversaciones con sus hijos, les indican que son tontos, porfiados, malos, flojos, pero no refuerzan cuando el niño realiza conductas deseadas. Se les puede instruir en evitar corregir en base a castigos, a omitir todo juicio o expresión cuando el niño incurre en conductas inadecuadas, pero a reconocer, felicitar y reforzar aquellas conductas positivas en base a cariño, felicitaciones, etc. Con esto esperamos que el niño establezca un estilo de relación con los padres donde busque llamar la atención desde lo positivo. Y que los padres sean capaces de establecer y provocar un estilo de relación cariñosa y que considere al niño.

Expresiones como «ser responsable», «piensa en tu futuro», «trata de ser un niño bueno» y otras tantas formas abstractas, son instrucciones y tipos de discursos que el niño no logra comprender. En este caso, no hay desacato cuando se comporta, a la vista de los adultos, de forma contraria a las instrucciones mandadas. Más bien hay un diálogo basado en un tipo

de lenguaje totalmente ajeno a lo que el niño puede de verdad comprender y traducir a conductas concretas.

e. La observación en el aula

Una vez obtenida la autorización de los padres, resulta muy interesante visitar el aula para observar el comportamiento del niño. En cursos menores como preescolar y los primeros niveles de educación primaria, se puede constatar que el desorden de los niños consiste en jugar.

El juego emerge en un momento en que no se espera que aparezca. Es un juego disfuncional a la actividad que se realiza. El desorden, de alguna forma, es la reivindicación del juego como la actividad más importante para el niño. Ciertamente hay juegos bruscos, en ocasiones con agresión, sin embargo, lo que nosotros llamamos desorden la mayoría de las veces es el juego en un momento inadecuado, considerando que no siempre las actividades lúdicas son integradas al proceso pedagógico.

Al realizar la observación en aula se puede atender a la ubicación del niño con respecto al profesor, el estilo de comunicación que desarrolla el profesor con los alumnos, el tipo de lenguaje que utiliza, cómo se refiere a ellos, cómo refuerza las conductas deseadas y cómo señala los comportamientos inadecuados; se puede observar la dinámica de la clase, las técnicas didácticas, y especialmente cómo el profesor interactúa con el alumno derivado.

De los hallazgos realizados en la observación en aula se puede informar al profesor. Es importante solicitar su colaboración, por ejemplo, pidiéndole que evite señalar en el alumno los comportamientos inadecuados y refuerce aquellos que son funcionales a la clase. El profesor debe tener claro que la derivación para atención clínica no le exime de colaborar desde su rol y funciones.

El abordaje de problemas de rendimiento

Aunque son problemas que se presentan con menos frecuencia en relación a los problemas conductuales, se recomienda realizar un proceso de indagación e intervención similar con los padres o apoderados, aunque desarrollando más el foco en los métodos de estudio que utiliza el niño. Se puede invitar al apoderado a través de la indagación a ingresar a la actividad del estudio personal del niño.

Muchos padres aún tienen como idea *a priori* que el estudio adecuado es aquel que el niño realiza permaneciendo largos tiempos sin moverse, sentado y leyendo o realizando sus tareas, forma de estudiar que se puede llamar «pocos grandes momentos». Se debe atender a los espacios físicos donde el niño estudia, a los distractores ambientales y a los horarios en

los que repasa o estudia sus materias. Esta es información relevante antes de realizar cualquier tipo de evaluación psicométrica y del consecuente diagnóstico.

Se puede instruir a los padres en metodología de estudio, al menos ayudándoles a distinguir qué otras técnicas de estudio existen como alternativa a «pocos grandes momentos» y que pueden ser «muchos pequeños momentos» de estudio al día. Además, es importante establecer desde pequeños una rutina de estudio con los niños, fijando espacios y horarios en los que se deben hacer tareas académicas o estudiar. En ocasiones, los problemas de rendimiento tienen una base en cómo el niño aborda el trabajo intelectual y cómo esta actividad va haciéndose un hábito.

Es importante que el clínico no rechace el trabajo en equipo. Generalmente los psicopedagogos, educadores en general, educadores diferenciales, fonoaudiólogos, etc., poseen competencias profesionales que nos permiten ajustar el diagnóstico y proporcionar las intervenciones más adecuadas para mejorar el rendimiento escolar del niño.

Palabras finales

Los problemas que experimenta un niño en el aula deben atenderse con una mirada sistémica global. En lo personal sostengo que la mayoría de las veces estos no se deben a problemas de salud del niño. En este sentido, una explicación que atienda a las distintas variables que influencian a la infancia, tales como el estilo familiar, la condición social, las rutinas propias de la crianza, el tipo de escuela, las estrategias y métodos pedagógicos en boga, las demandas de la sociedad a la escuela, etc., permiten comprender y establecer líneas de trabajo terapéutico de manera más efectiva que apresurarse en emitir rótulos diagnósticos sobre el niño.

Sin embargo, se invita al clínico a tener el cuidado de derivar a otros especialistas cuando observa problemas conductuales o de aprendizaje, a pesar de que en el contexto familiar el proceso de crianza sea de calidad y armónico.

Las estrategias propuestas en este capítulo invitan a indagar e intervenir a la vez, pero no deben experimentarse cuando se tienen dudas fundadas acerca de la salud del niño. Es la misma consideración a tener en cuenta cuando se está ante la sospecha de abuso o vulneración de derechos de la infancia. Ante esta situación se deben seguir los procedimientos legales que cada país establece para el cuidado de la infancia.

Por último, se invita a colaborar con los procesos terapéuticos farmacológicos, prescritos por médicos, para todos los casos, especialmente cuando existe un diagnóstico de Déficit Atencional. Hay padres que tienen apreciaciones erróneas acerca de los medicamentos recetados por el neurólogo. Es importante ayudar a los padres a aclarar esas dudas y a desarrollar con ellos un proceso de psicoterapia que colabore con el tratamiento médico.

En este sentido, la propuesta presentada en este capítulo no es excluyente para cuando existe un niño en tratamiento de especialidad médica.

Referencias

Herrero, M., Beyebach, M. & Risco, A. (2001). El proceso de cambio durante las sesiones de terapia familiar breve. *Temas de Psicología*, VIII, 225-238.

Jadue, G. (2003). Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. *Estudios Pedagógicos*, 29, 115-126.

Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. (1994). *Changing for Good*. New York, NY, USA: Avon Books.

Rojas, V. (2008). Influencia de la televisión y videojuegos en el aprendizaje y conducta infanto-juvenil. *Revista Chilena de Pediatría*, 79, 80-85.

Taylor, J. (1990). Discurso de aceptación de John Taylor Gatto, para el galardón de Maestro del año de Nueva York, Nueva York, USA, 30 de enero de 1990.

Valdés, X. (2007). *Reunión de especialistas. Futuro de las familias y desafíos para las políticas públicas. Notas sobre la metamorfosis de la familia en Chile*. Santiago: CEPAL.

Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1995). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Capítulo 8

Derrotar a la encopresis. Una intervención narrativa para colaborar con niños dispuestos a la lucha

Felipe E. García Martínez
Angélica Guzmán Arenas

Introducción

En los años 1882 y 1889 se hicieron las primeras descripciones médicas del trastorno denominado encopresis, en el cual niños mayores de cuatro años de edad y sin lesiones en el sistema nervioso continuaban defecando en lugares inapropiados. El término «encopresis» para esta descripción fue introducido por S. Wessenberg el año 1926 (Ajuriaguerra, 1996) y se convirtió en el rótulo utilizado por los profesionales de la salud hasta el día de hoy.

Actualmente, el manual DSM-IV-TR (APA, 1994) sitúa a la encopresis dentro de los trastornos de la eliminación, dividiéndola en encopresis asociada a estreñimiento, donde la incontinencia se controla médicamente, y la encopresis sin estreñimiento, donde el principal tratamiento es psicoterapéutico. En ambos casos el apoyo psicológico es importante, ya que la carga emocional que deben resistir, tanto el cliente como el cuidador, es muy intensa. En cuanto a su frecuencia, si bien existen algunos estudios que le atribuyen desde el 1,5 al 7,5% de prevalencia en niños en edad escolar (Doleys, Schwartz & Cineinero, 1981), otros autores señalan que esta cifra esconde un gran número de afectados que se encuentran ocultos, debido a su naturaleza vergonzosa para los niños y sus familias (Young, Brennan, Baker & Baker, 1996).

Las distintas corrientes psicológicas han intentado dar una explicación y proponer soluciones a esta problemática. El conductismo, por un lado, plantea que estos casos son el resultado de un aprendizaje inadecuado y la solución consiste en la aplicación de programas de condicionamiento que requieren casi por completo del trabajo de los padres y de la voluntad de los niños para cooperar. El psicoanálisis, por su parte, concluye que el trastorno se debería a la rebeldía del niño contra el excesivo control de la madre, explicación que puede generar culpa o rechazo por parte de los

involucrados, sin lograr proponer una respuesta satisfactoria a la situación. En contraposición absoluta al planteamiento psicodinámico, el enfoque sistémico, en especial la segunda cibernética, sostiene que no se puede establecer una causa única, sino más bien, debido a que los elementos de un sistema se influyen recíprocamente, la solución apunta a interrumpir en un punto la circularidad que mantiene la conducta disfuncional para de esta manera provocar una modificación global (White, 1994). Debido a que White nunca pudo encontrar «excesivo control de la madre» u otras explicaciones de esa índole al trabajar con niños afectados por este problema, prefiere denominarlo «pseudoencopresis», como una forma de cuestionar, además, la tendencia de la psicología a atribuir culpa al niño o a alguno de sus padres en el origen o mantenimiento de este problema.

White (1994), en su artículo «Pseudoencopresis, de la avalancha a la victoria», propone, a partir de la segunda cibernética desarrollada por Gregory Bateson, un modelo de intervención narrativa para el abordaje de este problema. Este modelo posibilita que cliente y terapeuta construyan en conjunto un relato alternativo y funcional que generará cambios concretos en la vida del sujeto (Díaz, 2007). La terapia permite crear un nuevo significado del problema y a su vez una nueva realidad tanto para el niño como para su familia, provocando que avancen a un estado de bienestar inimaginado (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Un nuevo nombre y un nuevo personaje

Recibir el diagnóstico de una patología puede convertirse en un factor motivador de cambio con respecto a conductas de salud o, por el contrario, se puede transformar en un factor que deprime la acción del paciente, sobre todo si este diagnóstico es lapidario o si el consultante advierte que tiene poco o ningún control sobre él. Probablemente, decirle a una persona que sufre un trastorno de angustia lo puede aliviar al descubrir que su problema no lo llevará a la muerte, que no se está volviendo loco y que se puede tratar. Por otro lado, señalarle a otra persona que «sufre» un «trastorno de personalidad *borderline*» le está comunicando, además del diagnóstico, que no puede cambiar, que el terapeuta poco puede hacer por él y que (incluso) no será bienvenido en terapia de aquí en adelante. Asumiendo que el uso de etiquetas psiquiátricas tiene ventajas, como procurar un lenguaje común entre profesionales de salud o facilitar los estudios de efectividad de distintas técnicas en problemas específicos, también tiene riesgos como el estancamiento y la estigmatización. Correr el riesgo de estancar a la persona en su problemática, o hundirla más en el desconsuelo o en la desesperanza, obliga a tratar la etiqueta diagnóstica con cuidado. Hay que comprender que las etiquetas diagnósticas son construcciones sociales, nombres inventados por personas para categorizar una lista de descripciones observadas por los lentes de un observador particular, no son «realidades externas» por lo

que, cuando decidimos no comunicarle un diagnóstico psicopatológico a un cliente, no estamos ocultándoles ninguna «verdad». No podemos olvidar que el lenguaje es humano, lo inventamos nosotros, y así como lo construimos también tenemos la posibilidad de transformarlo. En el caso de la encopresis, las palabras usadas para calificar al niño, tanto en el hogar como en la escuela, lo hunden anímicamente y disminuyen su agencia personal para poder enfrentar la encopresis y derrotarla. Se cree que la encopresis obedece a un acto voluntario e intencionado, y por lo tanto, si se denigra al niño, este reflexionará y dejará de defecarse. Hemos escuchado expresiones como niño «cagón», «hediondo» y otras que no hacen más que socavar su autoestima, agravando y cronificando este problema en vez de solucionarlo.

Muchas madres consultan a un psicólogo creyendo que estos son médicos y dicen: «Mi hijo(a) tiene una enfermedad». Desde nuestra perspectiva, la utilización de una etiqueta patológica en este contexto genera que tanto los clientes como sus familias desarrollen un lenguaje que mantiene internalizada la problemática en el niño, lo cual refuerza la desesperanza y perpetúa la conducta. Sin embargo, para reforzar la relatividad de nuestros juicios, no podemos dejar pasar lo que ocurrió con un niño que llegó a nuestras manos y que había sido violentado física y verbalmente por su padre debido a la encopresis que padecía. Tras escuchar por parte del médico derivador que el problema de su hijo era una enfermedad y que esta tenía un nombre, dejó de agredir al niño y se comprometió con otros procedimientos.

Proponemos, por lo tanto, antes de iniciar una travesía terapéutica con la familia de un niño afectado por la encopresis, hacer el esfuerzo de desmitificar la naturaleza de este problema ante los padres (Young *et al.*, 1996), de modo de ayudar a remover las atribuciones que ellos han empleado en relación a la conducta del niño (por ejemplo, creer que es una maniobra intencional y desafiante del niño, o que está completamente bajo su control) así como muchas de las soluciones inefectivas que han empleado, incluyendo la agresión a veces solapada en la que incurren.

En este sentido, la terapia narrativa propone una práctica terapéutica que puede ayudar a contrarrestar los efectos nocivos del diagnóstico y situar a la persona en una posición distinta en relación a su problema. Nos referimos a la «externalización» (en inglés, *externalizing*), la cual consiste en «instar a la persona a cosificar, y a veces, personificar los problemas que las oprimen» (White & Epston, 1993: 53), logrando de esta manera convertir el problema en algo distinto y separado del niño. La externalización permite: a) que tanto el niño como la familia despersonalice la situación, b) que todos se involucren en la tarea de vencer la problemática, y c) que el niño sea liberado de la culpa y la vergüenza. Internalizar el problema es asumir que este forma parte de la identidad de la persona (»soy depresivo», «soy obsesivo», «soy encoprético») y, por lo tanto, atacar el problema es atacar también a la persona que lo porta. No es infrecuente que la oposición de los niños a colaborar en terapia se deba a que se siente atacado, como

niño «malo», «agresivo», «desobediente» o «inquieto». De igual modo, la negativa de los padres a participar puede deberse a que se sienten ofendidos cuando se les trata de padres «sobreprotectores», «descuidados», «negligentes» o «autoritarios», en lugar de invitarlos a colaborar como expertos en la vida de su hijo y principales influencias positivas en su desarrollo. Separar a la persona del problema corresponde a una de las máximas de la terapia narrativa: «la persona no es el problema, el problema es el problema». Son el niño, junto a su terapeuta y a sus padres, los que ingenian estrategias para derrotar al problema que los está afectando.

Luego de extraer la problemática y convertirla en un ente independiente del niño, se le puede otorgar un nombre que tenga significado para él. Michel White utilizó nombres tales como: «la caca taimada», «la popó», «la caca traicionera», entre otros. Estos nombres tienen el objetivo de plasmar en palabras simples las características particulares del problema (Payne, 2002), dándole identidad cada vez más vívida. Este proceso tiene un efecto liberador para el niño, quien además aprovecha sus recursos lúdicos y su imaginación para desarrollar una postura activa de afrontamiento del problema. En conclusión, poder liberar a un niño de algo que hasta el momento pertenecía a su propia naturaleza y de lo cual no podría liberarse, es como extraer el tumor que sentencia la vida de una persona que «tiene cáncer».

Hablando sin vergüenza y sin culpa

Para nadie es grato verse expuesto a situaciones vergonzosas. En el caso de un niño que ensucia su ropa con heces es aún peor. El solo relato de la madre, frente al terapeuta, el día en que este pequeño lo está conociendo, es inmensamente vergonzoso. La mayoría de ellos baja el rostro, lo cubre con sus manos, se esconde tras el cuerpo de su madre, se sonroja o simplemente comienza a llorar. Además, toda esa carga emocional debe ser multiplicada por la cantidad de veces que ha sido expuesto a esta situación, sobre todo si consideramos que nosotros no fuimos los primeros en escuchar esta historia. Por otra parte, es imposible no considerar que el relato se vuelve aún más cruel cuando el cuidador (generalmente la madre) ya se siente sobrepasado por la situación, expresando al mismo tiempo su propia frustración. Incluso, en ocasiones el adulto busca que el niño sienta vergüenza y llega acusándolo frente al terapeuta, con la intención de que este le llame la atención, ya que considera que de esta manera se generará el cambio esperado. Es indudable que ninguna de estas estrategias ayuda a que el niño se sienta cómodo en la terapia o con el terapeuta, y, si el terapeuta no hace algo al respecto, es poco probable que consiga la colaboración del niño para la batalla que está por venir.

Debido a que el objetivo principal del psicólogo durante la entrevista inicial es conseguir una buena alianza terapéutica, sus esfuerzos debiesen apuntar a lograr establecer contacto con este pequeño que se siente aplasta-

do por la vergüenza y la culpa. La pregunta es cómo poder conseguir esto, si el niño, después de tal presentación, ya no se atreve ni siquiera a emitir palabra. Es en este punto donde conviene recordar que la psicología tiene mucho de arte, pues en esta instancia se debe desarrollar la sensibilidad, la sutileza, la creatividad e incluso el humor, con la intención de llevar este encuentro a algo más que un contacto visual y conseguir de parte del niño al menos una sonrisa que lo motive a seguir viniendo.

Para alcanzar este objetivo es necesario que el psicólogo emita un mensaje que tienda a normalizar la situación, logrando bajar los niveles de ansiedad y angustia, que pueda estar experimentando el niño, al tener que hablar del tema. Luego, al externalizar el problema, se alcanza una ventaja indiscutible, ya que si logramos iniciar un nuevo relato donde el niño ya no es el culpable, sino que es algo externo que lo asedia, este deja de sentir que se encuentra bajo la lupa, por el contrario, será él quien se pondrá en el lugar del observador, lugar que le permitirá alcanzar el control. Ahora se enfrenta a la posibilidad de llegar a ser el héroe o el libertador en esta nueva historia. Por otra parte, mantener un lenguaje externalizante invita al niño a expresar libremente sus emociones y a participar activamente de la terapia, no siendo más el avergonzado, sino el avergonzador.

Algunas personas consideran que la externalización otorga al niño la posibilidad de evadir su responsabilidad. Sin embargo, ¿cómo podemos pedirle a un niño que elimine su problema si el problema es él?, ¿cómo podemos esperar que luche activamente contra el problema si no nos hemos preocupado de reconocer que tiene suficientes armas para enfrentar esta lucha? Por lo tanto, de manera contraria a lo que se pudiera imaginar, la externalización entrega un escenario ideal para que el niño, luego de ser liberado de la vergüenza y la culpa, decida responsablemente la manera de relacionarse con el problema. De esta forma daremos paso a una nueva parte del trabajo, que podemos denominar empoderamiento (en inglés, *empowerment*), que consiste en realzar la capacidad que el cliente tiene de controlar al problema que lo acecha para de esta manera motivarlo a la acción. A la vez que se externaliza el problema, se internalizan los recursos del niño para plantarle cara a la encopresis, de modo que poco a poco vaya desarrollando su agencia personal.

El caso del «cagón»

Montenegro y García (2009)[52] recibieron a un niño de 11 años, diagnosticado con encopresis y en el que la posibilidad de abuso sexual había sido

[52] Este es un caso clínico desarrollado por Claudio Montenegro bajo la guía de Felipe García, coautor de este capítulo, en el contexto de su prepráctica profesional en la carrera de Psicología de la Universidad San Sebastián, Concepción, Chile. Debido a que Claudio trabajó directamente con el niño, en adelante nos referiremos a él como el «terapeuta».

descartada por los profesionales que lo habían tratado anteriormente[53]. En la primera sesión, la madre relató el problema calificando al niño como «cagón», que era el apodo que le tenían en su familia, mientras el niño se escondía en la gorra de su chaqueta y evitaba el contacto visual.

El terapeuta, una vez a solas con el niño, hizo uso de la externalización señalando que el problema no era él sino el «Cagón», separando en un solo acto del lenguaje la identidad del niño del problema que lo aqueja. Continuó diciéndole que le parecía claro que el niño no quería al Cagón presente en su vida, pero este se las arreglaba para interferir igual, sin que hasta ese minuto se haya elaborado un plan efectivo para impedir su influencia. El niño levantó su mirada, curioso, y entró inmediatamente en el juego, ya despojado del rótulo que hasta ese momento lo había humillado, para participar activamente en una conversación destinada a planificar estrategias que le permitieran atrapar y vencer al «Cagón».

Al finalizar la primera sesión, se le pidió al niño una tarea de observación con la finalidad de descubrir el *modus operandi* del «Cagón», antes de poner a prueba una estrategia más agresiva para atraparlo. Si quería derrotar al Cagón, primero tenía que conocerlo, saber cuándo aparecía y cuándo no, cuánto tiempo duraba molestando y qué ocurría que finalmente se retiraba. Esta tarea permitió romper con pautas inefectivas utilizadas por sus padres (excesivo control) y por el niño (excesivo automonitoreo) y que no solo no estaban resultando, sino que, al parecer de los terapeutas, mantenían y agravaban el problema. La tarea de observación implicaba no hacer nada para impedir que el Cagón apareciera, de modo de poder observar su conducta naturalmente. El terapeuta le dijo a su paciente que si se lograba descubrir cómo funcionaba «el Cagón» sería más fácil atraparlo. Ese simple ejercicio cobró efectos inmediatos y el niño disminuyó, de una semana a otra, la frecuencia con que se manchaba, evidenciando de esta manera que tan solo el cambio de postura generó cambios significativos y concretos.

Sin embargo, a pesar de que el problema se había reducido drásticamente de una semana a otra, este aún no había sido derrotado, pues habían ocurrido unos cuantos episodios en los que el Cagón sí se había aparecido. «Es cierto -se le dijo al niño -, el Cagón sigue apareciendo, pero lo tenemos acorralado». No obstante, si el Cagón se resiste a aparecer durante el resto de los días (y por lo tanto, a la posibilidad de conocer en detalle sus artimañas), había que tenderle una trampa. Le contó al niño la metáfora del ladrón: ¿cómo es más fácil atrapar al ladrón?, ¿resistiendo a cada momento su ingreso en la casa tapiando puertas y ventanas y vigilando si se acerca?, ¿o dejándole una puerta abierta y luego, cuando entre, cerrarla? El niño respondió lo obvio: dejándole la puerta abierta. Ante esto, se le pidió tender

[53] En los casos de encopresis, como en casos de conducta hipersexualizada, miedos extraños que aparecen de pronto o cambios de comportamiento fuera de lo común, se recomienda en primer lugar descartar algún tipo de abuso (violencia en cualquiera de sus formas, bullying, abuso sexual) a la vez de enseñar al niño o niña a lidiar con su problema.

señuelos para atrapar al Cagón; de lo poco que se conocía hasta el momento de su comportamiento, ¿qué ocasiones aprovechaba para aparecer? La idea era generar esas circunstancias, como distraerse jugando al computador o que su madre lo retara, a fin de que el Cagón se apareciera. Ya se había transformado completamente la postura frente al problema: antes el niño y su familia impedían a través de numerosas estrategias inefectivas que el Cagón apareciera, ahora el niño y su familia tendían trampas para que el Cagón sí apareciera.

En la tercera sesión el niño se presentó sin un solo episodio de encopresis durante la semana. «Cuidado -se le dijo al niño-, al Cagón todavía no se le derrota, pero ha demostrado que es un cobarde. Cuando sabe que están a punto de atraparle, se cuida de aparecer». La calificación del Cagón como cobarde y al niño como valiente modifica la percepción del niño frente al problema y fortalece su agencia personal. Ya estábamos conociendo características del Cagón, ahora había que generar estrategias para «darle en el suelo», en el caso que apareciera. Las siguientes sesiones se destinaron a prevenir la recaída, para lo cual se construyó una caja de recursos que contenía el «plan de evacuación»[54] en caso que apareciera, algunos dibujos en el que el niño se ubicaba como vencedor frente al Cagón y lo que el mismo niño denominaba su «arma secreta» para destruirlo en caso que apareciera: un rollo de papel higiénico.

La intervención duró, finalmente, 10 sesiones. Si bien los cambios más dramáticos se realizaron hasta la tercera sesión, fue necesario seguir trabajando para prevenir la recaída, además de permitir que tanto el niño como su familia se fortalecieran.

¿Y si ocurre una recaída?

En ocasiones, a pesar de los esfuerzos para prevenir una recaída, el problema vuelve a reaparecer en la vida de los niños. En dichas ocasiones, si bien es comprensible una decepción no solo por parte del niño y sus familias sino también del terapeuta, también constituyen oportunidades para profundizar los cambios y corregir algunas acciones.

A continuación, la terapeuta tratante expondrá en primera persona la ocasión en que tuvo que lidiar con una recaída[55].

---

[54] En estricto rigor, se le pidió al niño construir un «plan Deisy», que es el nombre que reciben en Chile los simulacros para actuar en caso de terremoto u otra situación catastrófica. Es un plan de evacuación para buscar un sitio seguro. La similitud de la evacuación de las heces y la evacuación frente a un sismo es una feliz coincidencia.

[55] Este trabajo terapéutico fue llevado a cabo por Angélica Guzmán, una de las coautoras de este capítulo, bajo la guía de Felipe García, el otro coautor, en el contexto de su práctica profesional de la carrera de Psicología, en la Universidad de las Américas de Concepción. El relato de este caso se hará en primera persona desde la perspectiva de la terapeuta tratante.

Debo reconocer que hasta no experimentar por primera vez la recaída de uno de mis clientes, jamás me había formulado la pregunta sobre sus efectos en el ánimo de los involucrados. Es cierto que teóricamente sabía que debemos prever la recaída, preparar al cliente para enfrentarse a ella, pero de igual manera es inmensamente importante prepararse personalmente para ella.

En casos de incontinencia de heces es de vital importancia incorporar al nuevo relato la posibilidad de una recaída. Primero, porque al ser la desesperanza una de las notas dominantes en el antiguo relato y tras haber vivido muchos intentos fallidos de solución, es crucial que se resignifique la recaída, ya no como una derrota, sino como un desafío y un intento desesperado del nuevo personaje por huir del dominio del niño, pues se siente atemorizado por él. Segundo, porque es probable que la recaída ocurra y, si se trabaja previamente en ella, su impacto pierde fuerza y aumenta la sensación de control del niño.

Un trabajo preventivo requiere la participación tanto del niño como de su familia o cuidadores. No debemos olvidar que en la mayoría de los casos la persona que cuida del niño solicitó ayuda terapéutica cuando se sintió superada y fuera de control. Por esto, conversar constantemente sobre las excepciones o acontecimientos extraordinarios (en inglés, *unique outcomes*) se vuelve inmensamente fructífero. Se pone énfasis en estos eventos sorprendentes y positivos ocurridos antes, durante e incluso después de la terapia, para que de esta manera el cuidador engrose la trama de su relato con una fuerte convicción de esperanza y expectativas positivas, las cuales son capaces de superar incluso la recaída (White & Epson, 1993).

Antes de comenzar la descripción de este caso es importante destacar que no busco relatar una intervención ideal, sino más bien exponer, en una situación real, todo aquello que en esta experiencia terapéutica fue de valor para mí, lo que incluye errores y vivencias personales como terapeuta.

J. V. era una niña de 8 años de edad cuando su madre la llevó a la consulta. Según su madre, había logrado el control de esfínter a los dos años de edad, sin embargo, desde ahí en adelante manchaba o defecaba en su ropa interior de manera intermitente. Había periodos en los cuales la frecuencia aumentaba o disminuía, pero nunca desaparecía definitivamente. Para la madre era casi inexplicable que esto ocurriera solo en el hogar o cuando iban de visita a otro lugar, pero no en la escuela, y que además la niña no se ensuciara cuando tenía algún malestar estomacal que le provocara diarreas. Los episodios eran diurnos y en algún momento la niña utilizó la estrategia de ocultar la ropa interior sucia, para, de esta manera, evitar una sanción.

La mantención de este problema durante tan largo periodo de tiempo hizo que los padres, en especial la madre, probaran con toda clase de métodos para inhibir la conducta (hacer que J. V. lavara su ropa sucia, limpiara el baño, palmadas en las nalgas, etc.), pero nada daba resultado. Luego, la madre la llevó al médico y tampoco tuvo ninguna respuesta satisfactoria. Ante esta situación ella decidió asumir que esto no cambiaría, por lo que

llevaba una muda y toallitas húmedas cada vez que salían del hogar, para cambiar a la niña cuando esto ocurriera.

Pasado el tiempo, una persona cercana, que estudiaba psicología, le comentó a la madre que lo que J. V. tenía era una «enfermedad» y que trabajar con un psicólogo podría ser la solución. Así se inició nuestro trabajo en el lugar donde realicé mi práctica profesional.

Lo primero que le dije a la madre fue que su hija no tenía ninguna enfermedad. Luego me dirigí a la niña y le dije que juntas trabajaríamos para lograr controlar la situación. Así fue como iniciamos el trabajo de externalización, utilizando la metáfora de un animal salvaje al cual es necesario adiestrar para que aprenda a vivir en la ciudad. La niña asoció el animal a un tigre al cual llamó «Timbre», ella lo describió y dio detalles acerca de su comportamiento. Para poder plasmar y profundizar el trabajo narrativo trabajamos con la silueta de un tigre, que ella debía terminar de dibujar y luego encerrar (ver Figura 1). Solo bastó esto para comenzar a ver los resultados.

Figura 1: El tigre en su celda (dibujo original de la niña).

Luego le pedí que comenzara a construir un cuento en que se narrara la historia en que ella había domesticado a este tigre. J. V. recordó a una domadora que había visto en un circo y utilizó el mismo personaje para ella en el cuento (ver Figura 2).

Mientras este trabajo trascurría solo tuvimos éxitos, pero en el instante en que le comenté a J. V. que sería dada de alta, tuvo una recaída muy evidente. El día en que se debía efectuar la ceremonia de cierre, la madre muy decepcionada me dio la noticia. Fue en ese momento que me embargó la angustia y creí que había sido yo quien había fallado, primero, por no haber trabajado previamente esta situación y, segundo, no haber realizado un proceso de desvinculación adecuado con la niña. Por lo tanto, debí hacer todo aquello que no había hecho antes, debí reponerme para de esta manera no desalentar aún más a la madre y mucho menos perder los avances que habíamos logrado con J. V.

En este punto fue fundamental el trabajo con excepciones incluso imaginarias, donde ella se veía enseñando a su hermanito que aún no nacía, cómo podría vencer a «Timbre». Construimos una caja de recursos (Figura 3) y en cada sesión trabajamos con la madre acerca de las excepciones observadas durante el tratamiento. Esto en minutos se volvió difícil, pero el fuerte compromiso de la madre fue clave para que ella reforzara el trabajo realizado con la niña.

Figura 2: Domando al tigre (dibujos originales de la niña).

Conclusión

A la hora de realizar un trabajo psicoterapéutico debemos incluir al niño y su familia. Nuestra principal motivación reside en aportar al bienestar de quienes concurren a vernos. Si bien estudiamos y profundizamos respecto a distintas teorías psicológicas, y, por lo tanto, podríamos considerarnos expertos en ellas, sería una exageración considerar que también somos expertos en la vida de nuestros clientes. En ese ámbito, el único experto es el propio cliente que consulta. Por consiguiente, sin perder de vista este

planteamiento base es imposible considerar que un rótulo psicopatológico, transmitido desde nuestra posición de experto y en una clara desigualdad de poder respecto al cliente, podría ser liberador y mucho menos ofrecer una solución.

En tal sentido, el uso de la externalización, además de promover la agencia personal del cliente e insertarlo en el proceso de buscar soluciones que resuelvan el problema, modifica su identidad, viéndose a sí mismo más fuerte y menos enfermo. La externalización no es solo una técnica útil y efectiva, sino que también es una opción ética: la de considerar que las personas no son su problema, sino mucho más que eso.

Figura 3: Una caja de recursos para prevenir la recaída.

En el caso de la encopresis, la externalización posee efectos que fomentan el bienestar del cliente, pues lo libera de la culpa y la vergüenza y transforma la relación que este tiene con su problema, fomentando una postura más activa y más fuerte.

Referencias

Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de psiquiatría infantil*. España: Elsevier.

Almonate, C. & Montt, M. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.

American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV*. Washington, DC, USA: Masson.

Doleys, D., Schwartz, M. & Cineinero, A. (1981). Eliminations problems: Enuresis and encopresis. En E. Mash & L. Terdal (Eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders (pp. 679-710)*. New York, NY, USA: Guilford Press.

Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.

González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos psicológicos. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.

Montenegro, C. (practicante) & García, F. (profesor guía) (2009). Informe final de prepráctica profesional sin publicar, carrera de Psicología, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Díaz, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. Cipra: Círculo de psicoterapia cognitivo constructivista. Recuperado de: http://www.cipra.cl

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

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

Young, M., Brennan, L., Baker, R. & Baker, S. (1994). Functional Encopresis. Treatment and management. En R. Feldman (Ed.), *The psychology of adversity (pp. 23-42)*. Boston, MA, USA: The University of Massachusetts Press.

Capítulo 9

Terapia narrativa para niños con déficit atencional

Felipe E. García Martínez
María Gracia González
Florencia Grosse Piña

> «No es lo mismo hablar de un niño/a que tiene un problema en su cerebro, una dificultad orgánica que no le permite tomar atención en clases y lo hace ser muy hiperactivo, que hablar de un niño/a que puede ser inquieto, activo y curioso, con un ritmo distinto de aprendizaje, para quien las actividades escolares no le resultan lo suficientemente estimulantes y motivantes, lo que lleva a que se aburra o se distraiga mucho en clase».
>
> Centro de Estudios para la Contrapsicología (2011: 12).

Introducción

Uno de los diagnósticos más frecuentes que enfrentan los niños en la escuela es el de déficit atencional con o sin hiperactividad (TDA). De ser un problema inusual hace algunas décadas atrás, por distintos cambios contextuales y culturales hoy las escuelas promueven que los niños sean diagnosticados con este problema, de modo de generar alternativas de manejo conductual que facilite su adaptación a la sala de clases. Ese manejo conductual en Chile se realiza fundamentalmente a través de la ingesta de medicamentos como el metil-fenidato (comercialmente conocido como Ritalín). En una menor proporción, estos niños son derivados a consulta psicológica para promover el control externo o el autocontrol de su comportamiento.

Pérez (2012) señala que desde los años cincuenta las nuevas tecnologías, asociadas a la comunicación, expusieron a los niños a un ambiente de estimulación sensorial mucho más complejo que cualquier otro ambiente en la historia de la cultura humana. Por otro lado, una liberalización de las costumbres en una sociedad con crecientes niveles de consumo aumentó el espacio de libertad concedido a los niños. Como consecuencia, los niños se tornaron en «inmanejables». Sin embargo, en lugar de atribuir estos cambios de comportamiento a las nuevas condiciones sociales, se descargó sobre los mismos niños el costo de las novedades que no se sabía cómo

enfrentar. Posteriormente, nuevas oleadas de medios tecnológicos, cada vez más desarrollados, fomentaron en los niños la capacidad de atender con relativa eficacia a varios estímulos a la vez, alejándolo una vez más de los estándares escolares. Ya no solo tenían un comportamiento inmanejable, ahora eran distraídos. Estábamos *ad portas* de construir una nueva enfermedad: el TDA.

En la actualidad existen casos en que más del 50 por ciento de los alumnos de una sala de clases cuenta con sospecha de TDA o han sido diagnosticados con este trastorno. Es indudable que esa cifra es exagerada y hasta escandalosa. Es probable que muchos comportamientos infantiles, ya sean normales o fuera de lo común, que interfieran con el desarrollo de la clase o con el aprendizaje, sea calificado como TDA. Estos comportamientos van desde el aburrimiento hasta conductas disociales, pasando por los niños juguetones, conversadores o con intereses distintos a lo que expone la maestra, en un aula poco apropiada para lograr el interés del niño. Por otro lado, el diagnóstico exagerado de TDA en las escuelas oculta un problema más bien pedagógico, como contextos escolares poco estimulantes, repetitivos, con una sobrevaloración del silencio, de la uniformidad y de la disciplina cuasi militar. En ese contexto, se preguntan algunos, ¿es tan inadecuado buscar actividades?

¿Qué es lo que hoy se considera trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad? El TDA es un cuadro clínico que el DSM IV define según criterios basados o en la desatención (dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas), hiperactividad (corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo) e/o impulsividad (a menudo interrumpe a la profesora).

Existen muchas descripciones del TDA. Cortés (1998, citado en Condemarín, Gorostegui & Milicic, 2005) lo define como una alteración del desarrollo asociada a problemas del aprendizaje y anomalías conductuales. Sin embargo, Thomas Szasz (2001), psiquiatra conocido por su crítica a los diagnósticos de su disciplina, advierte sobre las consecuencias de designar como enfermedad algo que no lo es. Plantea que una enfermedad es una alteración del cuerpo que se puede evaluar con exámenes médicos, como la diabetes, el cáncer o una infección gastrointestinal, pero para el TDA no existe ningún examen válido, ni de sangre, ni de orina ni de nada, que permita o confirme su diagnóstico. Pérez (2012) agrega que si alteraciones de comportamiento son consideradas como enfermedades, las terapias que se siguen son como mínimo riesgosas, o incluso pueden llegar a empeorar globalmente la situación que se pretende aliviar de manera local. Uno de los riesgos sería el escalamiento o circularidad diagnóstica, pues los medicamentos prescritos generan reacciones secundarias que es necesario paliar usando otros medicamentos, los que a su vez generan más síntomas, y así sucesivamente.

Para diagnosticar TDA basta con la opinión de padres y profesores y una observación limitada, de no más de quince minutos, por parte del

neurólogo o el psicólogo tratante. A lo más, utilizan una pauta de observaciones como el test de Conners (en versión para padres y profesores) que contiene apenas 10 indicadores, entre ellos: «Tiene aspecto enfadado» y «No termina las tareas que empieza». Hoy, el DSM-V valida prácticas que en los hechos están ocurriendo hace tiempo: se adelanta la edad para diagnosticarlo, se permite su diagnóstico solo a partir de los síntomas aunque no conlleven discapacidad y se baja a la mitad los síntomas requeridos para diagnosticarlo en adultos (Pérez, 2012).

El cuidado que debemos tener para trabajar en el TDA tiene relación, por un lado, con el riesgo del sobrediagnóstico, es decir, diagnosticar erradamente comportamientos de otra naturaleza como TDA. Por otro lado, está el riesgo de la estigmatización, que puede alterar el trato que se le da a un niño/a con probables resultados iatrogénicos y que dificultarán su desarrollo, pasando por alto su individualidad e identidad. Así, el asociar su comportamiento a este trastorno no considera su subjetividad y afecta la constitución de su identidad y posterior desarrollo (Bianco & Figueroa, 2008). El Centro de Estudios para la Contrapsicología (2011) destaca aspectos importantes para considerar el cuadro clínico de TDA. Proponen, por ejemplo, observar la diferencia entre un niño con problemas escolares, de rendimiento o de adaptación a la institución escolar; y un niño que claramente puede ser diagnosticado con un TDA. Para el primer caso, se hace referencia a un tema más bien pedagógico, el cual debe ser resuelto por la institución educativa en colaboración con padres y/o apoderados y, si fuese necesario, con consejería psicológica. En relación al segundo caso, se trata de un problema más bien de salud y para lo que debiese derivarse a un profesional especialista para su evaluación y tratamiento. El segundo caso se ve dificultado, como ya hemos dicho, por la falta de pruebas objetivas que sirvan como evidencia para justificar científicamente la evaluación del TDA y, por lo tanto, validar el uso de fármacos como forma de tratamiento.

Modos tradicionales de abordar el TDA

De acuerdo a lo que establece el Ministerio de Salud Chileno (s/f) en relación al TDA, el apoyo que se brinda para el cuadro está dirigido a niños, adolescentes y familias en establecimientos de atención primaria para el sistema público, o en sistema de libre elección y privado de salud.

Las formas de acceso a la atención, según el MINSAL, son las siguientes:

- Niños que son llevados por padres o tutores a controles de salud, consulta de especialidad no psiquiátrica o consulta de morbilidad en la cual se detectan los síntomas.
- Menores que son referidos por el sistema escolar por síntomas de probable TDA.
- Niños atendidos en servicios de urgencia por accidentes o maltratos asociados a la hiperactividad.

A partir de la detección de síntomas en alguna de las modalidades anteriores, se hace una evaluación en la especialidad de Neurología, Psiquiatría y/o Psicología para diagnosticar el cuadro, mediante el uso de evaluaciones y entrevistas de antecedentes con los padres y apoderados. Una vez hecho el diagnóstico por la especialidad, se propone un plan de tratamiento referente a cada caso, el cual puede abarcar algunas de las siguientes opciones: apoyo escolar, apoyo con fármacos y/o apoyo psicológico para el menor y/o padres o apoderados. De esta forma se hacen seguimientos en controles periódicos para evaluar el desarrollo del caso y la evolución según los tratamientos.

Al psicólogo tratante se le asigna el rol, en algunos casos, de realizar una intervención en colaboración con los sistemas educacionales; en otros, de realizar la exploración diagnóstica para ratificar y sugerir apoyo especializado para las dificultades observadas en la conducta del niño.

A su vez, el Ministerio de Educación entrega dinero en forma de subvención a establecimientos que cuentan con Programas de Integración Escolar y que educan a los niños diagnosticados con TDA (Decreto 170); por su parte, informa a los padres y apoderados acerca de los derechos de sus hijos para que no sean estigmatizados ni discriminados en base a ese diagnóstico en las instituciones educativas de nuestro país. Para la obtención de la subvención primero se debe hacer una evaluación diagnóstica del alumno, por parte del profesor y luego en la derivación al especialista. El rol de los padres y apoderados, en este caso, es el de corroborar la realización de evaluaciones correspondientes, no solo la médica. Se ha observado que muchas instituciones educativas promueven la derivación al neurólogo y la alternativa fácil de la medicación, lo que perjudicaría el conocimiento, tanto de padres como del equipo escolar, en torno al tipo de necesidades educativas para el menor y así obtener apoyos específicos (Centro de Estudios para la Contrapsicología, 2011).

Uno de los principales motivos de consulta recibidos por el psicólogo es el desajuste del niño en el establecimiento educativo. Estos pueden estar en relación a sus pares, disminuyendo su desempeño académico e imposibilitando el desarrollo de la clase. Además, muchas veces vienen acompañados de desajustes en el propio sistema familiar, generando desórdenes, desobedeciendo, faltando el respeto a sus padres, entre otros. Sin embargo, hemos observado que, además de aquellos efectos, existe muchas veces una disminuida estima personal, un desvalorado sentido de competencia personal, una baja tolerancia al fracaso y dificultad para regular las emociones. Estos aspectos son primordiales en la intervención ya que creemos que el bienestar del niño va más allá de si logró mantenerse sentado en la silla durante una clase entera o subió su promedio en algunas décimas.

Efecto del diagnóstico en el niño, su familia y su escuela

Hemos observado que muchas veces el diagnóstico de TDA tiene un efecto tranquilizador en el establecimiento educativo, generando mayor compren-

sión y disposición a apoyar. En las familias eventualmente también conlleva un alivio, ya que las impulsa a comprender qué es aquello que «tiene» su hijo, alivianando responsabilidades. Sin embargo, no podemos perder de vista que este diagnóstico y su tratamiento les quita oportunidades al niño y sus padres de ser los principales agentes generadores de cambios en la historia que han llevado hasta ese momento.

Nuestra opinión es menos auspiciosa: el diagnóstico lleva a «fijar» el comportamiento del niño, de ahí en adelante el TDA formará parte de su identidad a menos que se haga algo para impedirlo. Tanto padres como profesores mantendrán este rótulo al referirse al niño hasta que egrese de la educación formal, y el mismo niño recurrirá a este síndrome como explicación a su distracción, inquietud o problemas de rendimiento si decide seguir estudios superiores. Etiquetar al niño como TDA pasa a ser un argumento más de la historia ya saturada con la que llegan a consulta y, como ya señalamos, disminuye las posibilidades de que se transformen en agentes activos en el cambio. De hecho, cualquier cambio positivo en su conducta es atribuido al medicamento o al profesional que lo prescribió.

No queremos que se entienda que estamos en desacuerdo con el diagnóstico o el apoyo farmacológico, sino que nuestra crítica apunta a su uso indebido e indiscriminado. Con ese fin planteamos las implicancias que hemos observado, las cuales generan principalmente que los clientes vean disminuidas sus capacidades para hacerse cargo por ellos mismos de sus vidas, es decir, su agencia personal. Es así como comenzamos a considerar las herramientas que entrega la terapia narrativa como una forma de intervenir en estos casos.

La terapia narrativa

Una de las características más sobresalientes de la terapia narrativa es la recuperación de la persona como su propio «agente». A través de la externalización (en inglés, *externalizing*) y la incorporación de la influencia personal sobre el problema a través de la búsqueda de acontecimientos extraordinarios (en inglés, *unique outcomes*), se crea una nueva historia que incluye al niño como personaje central, reeditando nuevas acciones que demuestran su fuerza y poder (Campillo, 2001).

Un sello distintivo de este modelo es el lema «el problema no está en la persona; el problema está en el problema». Mediante el uso de la externalización, los terapeutas narrativos reconocen el poder de las etiquetas y evitan caer en la trampa de reforzar el apego que el cliente siente por ellas y así se desresponsabilice de su conducta. Permite además ver al cliente como una persona que tiene partes que no están contaminadas por el síntoma, es decir, como alguien que no está determinado por aquel y que es responsable de las elecciones que hace en relación con el problema (O'Hanlon, 2001).

Para esta terapia el relato es la unidad básica de la experiencia, pues da coherencia a cómo las personas actúan, piensan y sienten, y construyen

además el sentido respecto de las experiencias nuevas. La terapia narrativa propone que las personas utilizan ciertos relatos sobre ellas mismas como el lente de una cámara. Estos relatos tienen el efecto de filtrar la experiencia de una persona seleccionando, de esta manera, qué información se toma y qué información se descarta o queda de lado. Estas historias dan forma a las perspectivas vitales de las personas, su pasado, presente y futuro. A pesar de la creencia contraria, estas historias de identidad tienden a ser muy estables. La terapia narrativa propone que solo aquellas experiencias que son parte de una historia más grande tendrán un impacto significativo en la experiencia de vida de una persona, por lo tanto, se enfoca en construir la trama que conecta la vida entera de una persona (Sween, 1998).

Aplicación de la terapia narrativa

Cada persona organiza para sí mismo un relato de su experiencia y además se la narra a otros, pero, más que relatos personales de experiencias y acontecimientos vividos en forma individual, son relatos colectivos. Esto se debe a que el relato personal es conformado también por las participaciones, puntuaciones, acotaciones, selecciones y aportes de otros en la conversación social (Pedraza, Perdomo & Hernández, 2009).

Según lo anterior, las familias construyen narrativas dominantes desde aquellas distinciones, prejuicios y creencias que existen en el sistema en relación a los síntomas que se identifican en el niño. Surgen así las historias saturadas de los problemas, las cuales son relatos colectivos que se construyen a través de la suma de una serie de elementos aislados que solo cobran sentido desde el modelo del observador. White y Epston indicaron en 1990 que esta estructuración implica un proceso de selección en el cual se dejan de lado aquellos relatos que no encajan con la historia dominante. Así, a lo largo del tiempo, gran parte de las experiencias vividas quedan sin relatar y no es contada ni expresada (Campillo, 2001).

La importancia del trabajo terapéutico recae en unir a la familia en torno a la generación de una nueva historia de vida, que les ofrezca una versión diferente de lo que han vivido hasta el momento en que llegan a consultar (Freeman, Epston & Lobovits, 2001). El punto de partida es siempre el relato de la familia acerca de su comprensión del mundo. Como terapeutas nos interesamos en conocer y comprender las narrativas que las familias hacen de su experiencia y el afrontamiento que han realizado en torno a la posible existencia del TDA, sin embargo, lo reconocemos solo como una parte de la historia (Pedraza *et al.*, 2009).

La coconstrucción de narrativas dentro de la conversación terapéutica facilita hacer puntualizaciones de la realidad de una forma diferente a la que se había estado haciendo, promoviendo intentos más funcionales que permiten manejar la tensión provocada por las dificultades vividas, generando nuevos relatos, narraciones y una nueva realidad (Pedraza *et al.*, 2009).

En la terapia se facilita esa creación, sin dejar de lado la historia que los trae a consulta, sino que permitiendo la existencia paralela de otro relato que considere la existencia de recursos que permitan enfrentar la dificultad. Esta nueva historia genera una zona segura desde donde la familia puede observar e intervenir en sus problemas sin perderse en ellos (White, 2007).

En nuestra experiencia clínica pudimos detectar cómo las familias de niños con impresión diagnóstica de TDA generalmente traían a consulta relatos ya muy saturados y que generalmente implicaban la existencia de un «trastorno» por parte del niño, girando todo el sistema en torno a estos síntomas. Algunos ejemplos de estos relatos se exponen en el Cuadro 1[56].

CUADRO 1: RELATOS SATURADOS DEL PROBLEMA
• «Desde chico fue así, no podía salir a jugar con él a la plaza, cruzaba la calle corriendo, se subía al techo, era súper peleador, le pegaba a los otros niños y a su hermano chico».
• «Es muy agresivo, le pega a sus hermanos, no puedo salir con más de uno, ni con mis amigas, nos tiene a todos con los pelos de punta».
• «Yo estoy agotada, he intentado de todo. Las pastillas no hacen nada, tratamos con las gotitas y tampoco, la profesora me dice que tengo que ser más firme y le pego y no pasa nada, pero es que a veces pierdo la paciencia».
• «Siempre me da miedo que pueda tener un accidente, me acuesto agotada, mi marido no me ayuda y se enoja, y este cabro chico es súper peleador y agresivo y le pega a mi marido».
• «Es llorón, siempre hace escándalo cuando las cosas no le resultan o no le doy permiso. Al final se lo tengo que dar«.
• «Del colegio me llaman todas las semanas, está condicional desde primero básico, están a punto de echarlo y ya lo echaron de otro colegio, nunca termina lo que empieza».

Los relatos dominantes también dan cuenta de una especie de ancla situada en el terreno de los síntomas manifiestos que impide que salgan a flote relatos posibilitadores de cambios para el sistema familiar (Pedraza *et al.*, 2009), convirtiéndose en factores mantenedores del motivo de consulta.

Frecuentemente las madres repiten discursos compuestos por instrucciones o llamadas de atención como las siguientes: «haz tu tarea», «ponme atención», «no le pegues a tu hermano», «por qué eres tan difícil», «te portaste mal de nuevo». Estas declaraciones mantienen el problema ya que el comportamiento del niño, al traducirse en estos relatos, se incorpora a su historia de vida. Por ejemplo, si después de haber presenciado durante toda su crianza aquellas declaraciones y le preguntamos qué cree actualmente del problema, es muy probable que describa su propio comportamiento como «me porto mal siempre», «no hago mis tareas», «no pongo atención», «le pego a mi hermano», «soy súper difícil».

[56] Declaraciones realizadas por los padres o cuidadores de los niños atendidos por los autores que evidencian la historia saturada del problema.

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo claro que consta de diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas. A continuación presentamos las principales herramientas que la terapia narrativa nos ofrece, su descripción y evidencias de diálogos que se han llevado a cabo durante nuestra praxis clínica y que sirven de ejemplo de cómo fueron utilizadas.

Externalización: los niños no son solo etiquetados con TDA, sino también con una serie de palabras técnicas (hiperactivo, impulsivo, desatento) o no tan técnicas (raro, agresivo, inmaduro) que probablemente lo acompañarán hasta la adolescencia como parte de su identidad. La externalización consiste en la separación lingüística del problema y de la identidad de la persona. Al convertirse el problema en una entidad aparte se le separa de la persona y sus relaciones de tal manera que se puedan incorporar otras experiencias y otros significados que contradigan la visión anterior, saturada, del problema (Campillo, 2001), tal como se ejemplifica en el Cuadro 2. Es muy importante considerar la externalización como una actitud más que como una técnica. Existen evidencias de que al empezar a hablar de los problemas como entidades separadas, como algo que está afuera, se siente una diferencia casi inmediata. Esto ayuda a los clientes a ponerlos en perspectiva, a sentirse menos culpables y a sentir que pueden hacer algo para solucionar sus dificultades (Tarragona, 2006).

CUADRO 2: USO DE LA EXTERNALIZACIÓN EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TDA

Nicolás tiene 10 años y llega al Servicio de Neurología del Hospital Regional de Concepción diagnosticado con un cuadro de TDAH. En esta parte de la conversación se buscaba conocer cómo y cuándo se manifestaban las conductas de «flojera» declaradas por su madre.

T: A ver, Nico, la mamá nos estaba diciendo que no terminabas lo que hacías y que contestabas en la casa, ¿cómo es eso?

C: Que me da como lata las cosas en el colegio, son muy largas.

T: ¿Y en la casa?

C: Me da rabia cuando me retan, por eso le contesto a la mamá.

T: A ver, primero cuéntame un poco más sobre lo del colegio, ¿me decías que te venia como la lata?

C: Sí, me da lata.

T: ¿Y cuándo viene esta lata?

C: Viene cuando las tareas son como largas y aburridas.

T: ¿Y cuáles serían las largas y aburridas?

C: Las que hay que leer o cuando la profe habla harto.

T: ¿Ahí llega la lata?

C: Sí, ahí llega.

T: ¿Y cómo le podrías ganar a la lata?

C: ¿Esforzándome más?

T: Ya, bien. ¿Y cómo lo harías para ganarle a esa lata «esforzándote más»?

Como se observa en el ejemplo del Cuadro 3, una de las técnicas utilizadas para externalizar el problema es su personificación. Para hacer patente la cosificación del problema se le bautiza con un nombre propuesto, por lo general, por el propio niño. Al identificar al problema con un nombre propio se posibilita la construcción de una nueva historia, en la cual se rescata toda la influencia que la persona ya tiene sobre el problema (aunque no la reconozca) y que le permitirá asumir el control (Campillo, 2001).

CUADRO 3: USO DE LA PERSONIFICACIÓN
Sebastián, cliente de 6 años de edad quien llega a consulta al CAPSI de la Universidad de Concepción diagnosticado con TDAH y con severas dificultades de ajuste en el contexto escolar. Él llamó «mono loco» a este conjunto de conductas impulsivas.
C: El mono loco llegaba y hacía que yo botara todo, las sillas y los platos a veces. Y después se reía de mí cuando me retaba mi mamá.
T: Pero ya no botas las sillas ni los platos. Tu mamá me contó que el mono loco no ha ido últimamente.
C: Sí, es que ya no viene. Ahora estoy más grande y me tiene miedo. No aparece.

Otra práctica narrativa muy utilizada corresponde a la *identificación de acontecimientos extraordinarios*, lo cual resulta fundamental para estimular a la persona a que den nuevos significados, tanto a sí mismos como a las relaciones con los demás. Recordemos que estos acontecimientos ocurren en momentos en que la influencia del problema no es tan fuerte o simplemente es inexistente. Por ejemplo, momentos en que le fue posible concentrarse o entretenerse en una sola actividad, u ocasiones en que fue felicitado por sus profesores, o en la que demostró ser un niño inteligente, estudioso o ingenioso. Tiene mucha importancia dentro del proceso de reedición de la nueva historia debido a que su identificación amplía la competencia de la persona sobre el control del problema; además rompe la experiencia negativa (Campillo, 2001).

Por último, las metáforas son una importante herramienta en este modelo terapéutico (ver Cuadro 4). Tienen un valor heurístico que permite amplificar el conocimiento del cliente, favoreciendo su comprensión; un valor generativo, provocando nuevas imágenes en relación a un tema, y; por último, un valor mnemotécnico, facilitando el recuerdo de la idea (Campillo, 2001).

CUADRO 4: USO DE METÁFORAS
Felipe es un cliente de 18 años, quien llega a consulta al CAPSI de la Universidad de Concepción debido a que repitió un año en el colegio y está por hacerlo nuevamente. El fragmento que se describe a continuación corresponde a una sesión en la que se trabajaban las funciones ejecutivas. C: ¡Es que no puedo! Tengo muchas cosas, se me desordena la cabeza y después se me olvida. T: A ver, es como cuando hablamos de tu pieza el otro día, ¿te acuerdas? C: Sí, algo… T: Esto es como tener que ordenar la pieza cuando tenemos ropa, pelotas, comida, cuadernos, computador… Todo en el suelo o encima de la cama o en rincones. A veces eso nos desmotiva aún más para empezar a ordenar, la miramos y ya nos da lata, porque no sabemos por dónde comenzar y lo dejamos de lado. C: Sí, así es, pienso en mil cosas al mismo tiempo, todo desordenado. T: Ajá… Está desordenado, pero como hablamos, queremos partir ordenando. Va a ser largo, pero vamos a poder agrupar y ordenar, incluso tal vez encontremos cosas en rincones que hasta habíamos dado por perdidas. Si la ordenamos, también nos podremos dar cuenta si de espacio estamos bien, s es que es necesario sacar o poner algo nuevo, o bajar o aumentar la luz. Es largo y a todos nos pasa que a veces lo evitamos, ¡pero vamos!, ¡podremos!

El modelo agricultor / cazador es presentado por Wallace (s/f), un terapeuta narrativo que fue diagnosticado de niño como TDA, y su utilidad reside en que permite reemplazar el discurso normal / anormal, igual / diferente y tú / ellos, característicos del ambiente escolar, por una metáfora más neutral, fomentando las fortalezas más que las debilidades asociadas a esta categorización. Además, esta metáfora le permite entender al mismo niño la naturaleza de su condición, sin agobiarlo con palabras extrañas extraídas desde el lenguaje médico.

Es fácil para un niño entender que los cazadores basaron su supervivencia en la capacidad de ser conscientes de su ambiente y reaccionar rápidamente a los estímulos. Los agricultores llegaron posteriormente y eran menos reactivos a los estímulos; ellos plantaron cultivos en filas organizadas y no les molestaba la repetición metódica que la agricultura requiere: labranza, siembra y cosecha. Los mayores rendimientos de la agricultura permitieron que finalmente superaran en número a los cazadores. El cerebro cazador está diseñado para explorar, moverse y reaccionar, pero le es difícil comportarse como un agricultor. En un salón de clases, se espera que los estudiantes permanezcan sentados en filas y realicen tareas repetitivas con el fin de aprender; por esta razón, en el contexto escolar los agricultores están mejor preparados que los cazadores. Esta metáfora permite entender al niño que los cerebros de las personas trabajan de manera diferente pues están adaptados para funcionar en situaciones también distintas. En momentos en que sea necesaria la imaginación, la creatividad, la generación de alternativas de solución, la

toma rápida de decisiones o un gran volumen de energía para desempeñar una tarea, el cerebro del cazador probablemente esté en clara ventaja.

El niño también se puede apoyar en el uso de *documentos terapéuticos*. Los niños diagnosticados con TDA suelen tener dificultades para recordar y aplicar las cosas positivas que han descubierto sobre sí mismos y su situación. A menudo, en situaciones de estrés, al niño le resulta muy difícil enfrentar preguntas, tareas o evaluaciones y la frustración consecuente incrementa la posibilidad de reaccionar en forma inapropiada. En tal sentido, el uso de documentos terapéuticos proporciona una fácil referencia para revisar lo que se ha conversado y destacado en las sesiones de terapia. Ellos pueden enumerar los puntos fuertes y proporcionar información útil acerca de un método a seguir, tales como respirar, relajarse, leer en forma metódica una pregunta y desbloquearse en una prueba en la que ha quedado estancado. Estos documentos también pueden ser utilizados en situaciones de agresión, pues aunque estos generalmente se producen como arrebatos, el niño a menudo es capaz de reconocer que su irritación e impaciencia van en aumento. En estas circunstancias, es útil tener algunas notas como recordatorios. Pueden ser instrucciones simples, como los tres pasos que sugiere Wallace (s/f): a) mantén la calma y baja tu nivel de voz, b) retírate de la situación, y c) si sigue sin funcionar, cuenta tranquilamente de 1 a 10 tomando 2 ó 3 respiraciones entre cada conteo y concéntrate todo lo que puedas en la tarea que estás realizando.

Conclusión

Los ejemplos entregados anteriormente muestran un abordaje distinto al tradicional para trabajar con niños diagnosticados con TDA. A través de estas prácticas los niños y sus familias enfrentan este problema desde otra perspectiva, situándose desde sus recursos para descubrir (es decir, quitar sus cubiertas), analizar, enfrentar y dominar al TDA o a sus efectos. A nuestro parecer, esta perspectiva aumenta las posibilidades de acción, aun cuando no puede considerarse una «panacea» o la forma definitiva de abordar este problema. Más bien ofrece una opción ética, como lo es separar el problema de la identidad personal; una opción estética, por cuanto la forma de trabajo se hace más creativa e imaginativa; y una opción pragmática, ya que a partir de este trabajo surgen múltiples posibilidades de acción que de otro modo habrían permanecido ocultas. Uno de los efectos más trascendentes consiste en otorgar a los niños y a sus familias el control sobre el problema, a diferencia de las terapias medicamentosas o conductuales, en donde el control de la conducta pertenece al fármaco o a la manipulación de contingencias ambientales. Sin embargo, en la práctica (querámoslo o no), estas distintas alternativas terapéuticas tienden a complementarse, algo que no vemos como necesariamente pernicioso, en la medida que los involucrados vean los medicamentos o la manipulación ambiental como vías que conducen a la persona a tomar el control sobre su vida y sus experiencias.

Referencias

American Psychiatric Association (2003). *Manual diagnóstico y ystadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Autor.

Bianco, A. C. & Figueroa, P. (2008). Sobrediagnóstico, derechos vulnerados y efectos subjetivos. *Revista Ethos Educativo*, 43, 64-79.

Campillo, M. (2001). La narrativa como alternativa psicoterapéutica. *Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1, 193-208.

Centro de Estudios para la Contrapsicología (2011). *Manual del Monitor. Taller grupal Déficit Atencional*. Extraído el 20 de diciembre de 2011 de http://www.elciudadano.cl/wp-content/uploads/2011/09/Manual.pdf

Condemarín, M., Gorostegui, M. & Milicic, N. (2005). *Déficit atencional: estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa*. Santiago: Planeta.

Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (1997). *Terapia narrativa con niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.

Ministerio de Salud de Chile (s/f). *Prioridad programática: niñas, niños y adolescentes con trastorno hipercinético de la atención*. Extraído el 20 de diciembre de 2011 de www.minsal.cl

O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Pedraza, S., Perdomo, M. & Hernández, N. (2009). Terapia narrativa en la coconstrucción de la experiencia y afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica del TDAH. *Universitas Psychologica*, 8, 199-214.

Pérez, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: LOM Ediciones.

Szasz, T. (2001). *Pharmacracy: Medicine and politics in America*. Westport, CT, USA: Praeger.

Sween, E. (1998). The one-minute question: What is narrative therapy? Some working answers. *GECKO*, 2, 3-6.

Tarragona, M. (2006). Las terapias postmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en la solución. *Psicología Conductual*, 14, 511-532.

Wallace, S. (s/f). *Using Narrative practice with children labeled Attention Deficit Disorder (ADD)*. Disponible en http://www.elizemorkel.co.za/pdf/Wallace_Stephen.pdf

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY, USA: W.W. Norton.

White, M. & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Capítulo 10

El papel de lo ausente pero implícito en el trabajo con adolescentes

Leticia Uribe Malagamba
María Eugenia Nadurille Álvarez

Lo que entendemos por «adolescencia»

Si reflexionamos en el significado de la palabra adolescente, aprenderemos que «adolescencia» surge del verbo latino *adolecere* que significa «comenzar a crecer» (Yanerich, 2010). De ahí que el hablar de adolescentes nos debería de crear la consciencia de «aquel o aquella que comenzó a crecer» o «que está creciendo».

Por desgracia, es un error muy común, ampliamente difundido, creer que el origen de la palabra está relacionado con *adolecer*, que de acuerdo a la Real Academia Española (2012) significa: «1. Causar dolencia o enfermedad, 2. Caer enfermo o padecer alguna enfermedad habitual, 3. Tener o padecer algún defecto». Obviamente, esto nos lleva a pensar en un adolescente como alguien que tiene un defecto, que padece alguna enfermedad o peor aún, alguien que nos causa dolor o nos enferma. Es por esta confusión que hemos querido proponer, simultáneamente al uso de la palabra adolescente, el de «jóvenes recientes» para nombrar a las y los llamados adolescentes, pero sin dejar de usar esta palabra que en su origen y verdadera acepción tiene un significado hermosamente descriptivo de esta etapa de la vida.

Tradicionalmente los conceptos de juventud / pubertad / adolescencia han sido determinados desde diferentes aproximaciones, ya sean demográficas, sociales, psicológicas y muchas más. Para la UNICEF:

> La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta y, por motivos de análisis, puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14-16), y tardía (17-19). Es una época muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta (UNICEF, 2012, parr. 2).

Para nosotras, una clasificación que solo sigue criterios cronológicos resulta insuficiente, ya que la adolescencia y la juventud son procesos que abarcan aspectos biológicos, físicos, sociales, psicológicos, culturales y de autonomía e independencia en diferentes niveles, que difícilmente pueden ser clasificados únicamente por un rango de edad. En las definiciones de estas categorías intervienen usualmente dimensiones biológicas, como los cambios en el cuerpo (hormonas, caracteres sexuales, etc.) para marcar su inicio y su fin, muchas veces se utilizan las de tipo social y de autonomía, como la finalización de estudios o el ingreso al mundo laboral, etc.

En el contexto que vivimos, esta etapa está inundada de estigmas y estereotipos que tratan de imponer una sola historia saturada de conflictos. Es importante como terapeutas estar alerta a los propios prejuicios que tenemos acerca de las y los adolescentes, pues la cultura, la sociedad y las familias están llenas de historias de los problemas de jóvenes etiquetados de «rebeldes, flojos, retadores, enojados, irresponsables, tímidos, antisociales, etc.» y de lo que hay que hacer para «sobrevivirlos». Estas historias suelen ser dominantes y podemos dejarnos llevar por ellas sin casi notarlo.

Lo que descubrimos al trabajar con adolescentes es que muchas veces estos y estas jóvenes recientes llegan a consulta inundados por problemas en los que no saben cómo se metieron. Al iniciar las conversaciones encontramos que de ninguna manera sus acciones corresponden a las intenciones que tienen para su vida, pero, al no poder explicárselas ni ellos mismos, se justifican con las etiquetas que constantemente escuchan a su alrededor: rebelde, flojo, vaga, tonto, tímida, antisocial, problemático, etc.

Mari es una joven de 17 años en su último año de preparatoria, que hasta el final de la secundaria fue una alumna de buen promedio y ahora, casi sin darse cuenta, este último bimestre tiene reprobadas seis materias y trae arrastrando dos exámenes extraordinarios que desde el año anterior no ha podido aprobar; pero su sueño, lo que más la motiva en la vida, es iniciar el año que entra sus estudios de literatura en la universidad. Ante esta situación y al no haber podido pasar esos exámenes, se ha puesto etiquetas como «soy floja» y «no soy buena para la escuela».

A este tipo de conclusiones de identidad, Michael White (2004, 2007) les llama «entendimientos de estado internos»[57], es decir, nociones de una «naturaleza» humana que se considera la base de la existencia; conclusiones cerradas que intentan describir la totalidad del sí mismo, el cual se entiende como una «esencia» que ocupa el centro de la identidad personal. Usualmente estas nociones son el resultado de «juicios normalizadores» sociales.

Estos entendimientos de estado internos son un camino sin salida que nos deja sin opciones para poder trabajar. En estos casos el trabajo se inicia por la deconstrucción (en inglés, *deconstruction*), desnaturalización y externalización (en inglés, *externalizing*) de cada «etiqueta». Por ejemplo,

[57] Para conocer más sobre los «entendimientos de estado internos» (Internal state understandings) y «entendimientos de estado intencionales» (intentional state understandings), ver White (2007: 100-106).

se puede empezar a trabajar de manera externalizada con «la flojera»: sus significados, el momento en que aparece, de dónde surge, etc., y al mismo tiempo iniciar las conversaciones para entender a qué se refiere cuando dice «no soy buena para la escuela».

El cerebro en la adolescencia

Muchas de estas situaciones o problemas que llevan a las y los jóvenes recientes a autoetiquetarse y/o a ser juzgados y estigmatizados por sus padres, madres, maestras, maestros y adultos en general, no son el resultado de conductas planeadas, deseadas o valoradas por ellos mismos, sino que en realidad son el resultado de lo que sus hormonas y principalmente sus cerebros les permitieron hacer.

Adicional al camino terapéutico que ofrece la práctica narrativa con la externalización del problema, toma de postura, agencia personal, reautoría y remembranza (en inglés, *re-membering*), que pudieran ser algunos de los pasos lógicos a seguir en una situación como la antes descrita (Carey & Russell, 2004; White, 2007), es necesario exponer, nombrar y visibilizar en terapia el papel que les está jugando el cerebro y tratar de encontrar junto con ellos y ellas las habilidades que les permitirán minimizar los efectos negativos que esto puede traer a sus vidas.

El período por el que atraviesa el cerebro implica transformaciones muy profundas pues aún está convirtiéndose en lo que será. Está lejos de estar terminado y esto afecta de muchas maneras, desde la toma de decisiones impulsivas y sin lógica, pasando por el exponerse a riesgos absurdos, buscar la identidad a través del desafío y los riesgos, vivir el amor como si no hubiera un mañana, querer vivir de noche y dormir de día o que solo importe el ahora. Es por esta razón que a veces les es imposible levantarse y poner atención en la clase de las siete de la mañana o anticipar las consecuencias de haberse quedado en el teléfono consolando a una amiga que terminó con su novio, aunque tenga exámenes al día siguiente. Y después de un tiempo, casi sin que se den cuenta, ya se reprobaron seis materias y no han podido aprobar esos exámenes extraordinarios.

Como lo menciona la reconocida periodista científica Barbara Strauch en su libro acerca del funcionamiento de los adolescentes: «A nadie se le forman sinapsis perfectas de la noche a la mañana. Hace falta cierto tiempo para que las conexiones adecuadas funcionen como tienen que funcionar» (2003: 53).

El cerebro y el momento en que se encuentra juegan un papel principal en el desarrollo de la vida de los adolescentes, y en la terapia con adolescentes no podemos dejar fuera los efectos y las consecuencias que ejerce la aparición de este primerísimo actor. «Los neurocientíficos están descubriendo que el cerebro adolescente lejos de ser espectador inocente de una orgía de hormonas, sufre una importante transformación» (Strauch, 2003:

22). Anteriormente se pensaba que eran las hormonas las únicas que hacían difícil la vida de las personas de esta edad, pero estudios recientes indican que los cambios fisiológicos que ocurren en el cerebro durante esta etapa muy probablemente expliquen la mayoría de las «rarezas», «inconsistencias» o «problemas» con las que tienen que lidiar las y los jóvenes recientes.

Por otro lado, como también menciona Barbara Strauch (2003):

> El cerebro de los adolescentes es una maravilla, a fin de cuentas se trata del órgano que empieza a lidiar con nuestros conceptos más espinosos y abstractos, como la honestidad y la justicia. Con los recovecos neuronales de sus cerebros en evolución, los adolescentes desarrollan por primera vez una empatía digna de ese nombre. Pueden descubrir el placer de quedarse despiertos hasta las tres de la madrugada escuchando a un amigo con problemas, preocupándose por niños en Afganistán arrasado por la guerra o enamorándose apasionadamente de los matices de un poema (23).

Es por esto que también es una delicia conversar con adolescentes y escuchar todas esas historias en las que nos cuentan cómo se están formando sus valores, en las que luchan apasionadamente por lo que creen, que participan en los movimientos sociales para cambiar lo que no les gusta en el mundo y entre marcha y mitin, se enamoran, sufren, retan a las autoridades, desafían las reglas y se vuelven a enamorar.

Al parecer, el cerebro tiene efectos que se manifiestan específicamente en actitudes y comportamientos cotidianos pero, en vez de contextualizarlos como tales, les colocamos una etiqueta como «flojo, distraída, vago», etc. porque nos es invisible el proceso que está detrás. De lo que se trata nuestro trabajo como terapeutas es de hacer visibles los efectos de las etiquetas, estigmas y los procesos del cerebro. Entonces también pueden librarse de los conceptos negativos que han construido sobre sí mismos y recuperar el sentido de agencia personal[58].

La identidad, lo valorado y la «resistencia» a la terapia

La terapia para adolescentes, desde la perspectiva narrativa, busca ofrecer -entre otras muchas cosas- un espacio donde se atestigüe lo que podríamos

[58] La agencia personal se entiende como: «una sensación de ser capaz de regular la propia vida, de intervenir en la propia vida para afectar su curso de acuerdo a las propias intenciones, y de hacer esto en modos que son conformados por el conocimiento de la vida y las habilidades para vivir» (White, 2007: 263-264). «El desarrollo de un sentido del si mismo que está asociado a la percepción de que uno es capaz de tener algún efecto sobre la forma que toma la propia vida; esto es, un sentido de que (1) uno es capaz de intervenir en la propia vida como un agente de aquello a lo que uno le da valor y como un agente de las propias intenciones, y (2) que el mundo responde por lo menos mínimamente al hecho de nuestra existencia» (White, 2011: 78).

llamar una identidad «en creación», una identidad que se está formando. Es muy común que el núcleo familiar de los jóvenes recientes no pueda todavía otorgar esta mirada, pues hay un gran peso de su historia e identidad como niñas y niños.

El constructo de adolescencia asume diferentes significados de un país a otro y también está sujeto al contexto socioeconómico y/o cultural del que se trate. Trabajar con jóvenes recientes desde las ideas de la terapia narrativa, donde entendemos que la identidad no es algo fijo sino algo que se va construyendo en relación a las y los demás, se vuelve especialmente útil (Nadurille, 2011; White, 2007). No podríamos pensar en una sola juventud universal, en la que no se tomen en cuenta las diferencias culturales, sociales, étnicas y económicas, no solo entre países sino entre grupos sociales o socioeconómicos. Como dicen Mettifogo y Sepúlveda, de la Universidad de Chile:

> Uno de los rasgos más distintivos de la actual juventud es su heterogeneidad, y la velocidad de los cambios (…) Los jóvenes van construyendo identidades sucesivas, de generación en generación, de subgrupo en subgrupo, de cultura en cultura, de contexto social en contexto social (2004: 13).

Las y los jóvenes en este rango de edad sienten que el mundo de los adultos no valida lo que ellos/as valoran, por lo tanto, les es difícil confiar en cualquier adulto, no importa lo bien intencionado que sea. El primer paso para establecer una relación terapéutica que realmente sea útil es, entonces, establecer un vínculo de confianza con el o la joven. Esto cumple a lo menos dos funciones, por un lado, establecer una base fundamental para las conversaciones, y por otro, empezar a trabajar justamente en la validación de la identidad preferida que está en proceso de construir.

El camino más certero para establecer una conexión significativa tiene que ver, por consiguiente, con entrar al mundo de lo que el o la joven valora para su vida, explorar este mundo, deconstruirlo y compartirlo.

Por lo general, las y los jóvenes llegan a terapia con historias de fracaso escolar, desobediencia, mala conducta, conflictos con los padres y/o con hermano/as o compañero/as de clase, flojera, mala actitud, etc[59]. Estas historias generan, tanto en la o el joven como en sus familias, conclusiones negativas de su identidad, es decir, etiquetas y descripciones negativas totalizantes como las que mencionábamos anteriormente.

En estas circunstancias, las y los jóvenes son referidos a terapia por sus padres o maestros, muchas veces incluso contra su voluntad. Aún en

[59] Las conductas de muy alto riesgo y las problemáticas más especificas como adicciones, trastornos de la alimentación, comportamientos delictivos o violencia, entre otros, son situaciones mucho mas complejas en las que actúan una gran cantidad de factores y no solo los inherentes a esta etapa de la vida, por lo que no están siendo considerados en el presente texto.

las ocasiones en que sean ellos/as quienes soliciten la terapia, suelen tener ciertas reservas para confiar plenamente en alguien adulto. En muchos contextos, se diría que los y las adolescentes suelen «resistirse» a la terapia. Entendemos la palabra resistencia como una postura que adopta quien consulta cuando no acepta lo que se propone en la terapia, ya sea de manera abierta, rechazando lo que el terapeuta le dice o en una forma más velada que implique rechazo a estar en la sesión, a involucrarse en la conversación o a llevar a cabo las acciones que en sesión se encontraron útiles y hasta deseables.

Para Michael White (2011), lo que tradicionalmente se conoce como resistencia es una interpretación aplicada por los terapeutas a un amplio rango de fenómenos, por lo que considera que sería más apropiado hablar de «resistencias», en plural. La primera interpretación de resistencia que menciona se refiere a lo que sucede cuando el terapeuta trata de proceder de modos que pueden entenderse como inapropiados en términos de:

- Una falta de sensibilidad a los contextos étnicos y culturales en la vida de las personas.
- Una consciencia limitada de la política cultural local, por ejemplo, la política de raza, clase, heterosexismo, género (incluyendo reasignación de género), desventaja y marginalización derivada de incapacidad o privación de derechos.
- El patrocinio involuntario de normas del mundo contemporáneo en formas que descalifiquen la diversidad en la vida diaria de las personas.
- La imposición de entendimientos teóricos de vida con los que la persona no se siente relacionada.
- La introducción de soluciones que son discordantes con lo que las personas valoran y con sus intenciones de vida.

Para White, la «resistencia» en estas circunstancias es un signo de que el terapeuta necesita tomar una pausa para consultar con las personas que están acudiendo a la terapia, de tal forma que se pueda dar reconocimiento al significado que tiene para ellos/as esa resistencia. Esta consulta implica crear consciencia sobre estas consideraciones dentro de la sesión y ponerlas en primer plano de las conversaciones que se tienen acerca de los problemas que las personas traen a la terapia, así como de la experiencia misma que tienen en ella; implica buscar modos más colaborativos de proceder en el proceso terapéutico. Esto significa que el o la terapeuta necesita cuestionar sus propios modos de mirar el mundo y abrirse a escuchar y a preguntarle a quien le consulta cuáles son sus modos de mirar, desde su contexto cultural y social específico, y lo que de ahí deriva en cuanto a sus temas valorados y sus intenciones de vida particulares.

Menciona que otra forma en que los terapeutas solemos interpretar la resistencia se da cuando, incluso a pesar de proceder en modos más colaborativos, se percibe un rechazo a los esfuerzos del o la terapeuta por

ayudar a hacer cambios que son claramente deseados por la persona; ante este rechazo, los terapeutas solemos dar muchas explicaciones, pero la más frecuente suele ser que la persona está inmersa en la preservación del *status quo*, como una «resistencia al cambio».

Para White (2007, 2011), este rechazo implica algo más allá que solo resistirse a cambiar. Él explica que la naturaleza del cambio es un proceso complejo y sofisticado, y retoma los conceptos de Lev Vygotzki (2009) cuando habla de la «zona de desarrollo próximo» para explicar cómo el aprendizaje y el cambio requieren atravesar un espacio que existe entre lo conocido y lo posible por conocer. Este trayecto es un proceso social y relacional. Es el resultado de la colaboración del entorno social, que contribuye con el proceso del individuo al proporcionar un andamiaje para este recorrido, gracias al cual las personas pueden ir avanzando en pasos de aprendizaje gradual y manejable que van ganando distancia progresivamente[60]. En el transitar del espacio entre lo familiar y conocido y lo posible por conocer, las personas experimentan un sentido renovado de agencia personal, que les permite sentirse capaces de ejercer un movimiento positivo en sus propias vidas.

Entendiendo esto, lo que se interpreta comúnmente como un rechazo a los esfuerzos de la o el terapeuta por conseguir un cambio, se puede entender más bien como una expresión del grado en que la persona está inmersa en lo conocido y familiar, por un lado, y por otro, el grado en el que no está experimentando el tipo de colaboración social que pudiera proporcionarle un andamio efectivo para recorrer la zona de desarrollo próximo. En este sentido, lo que en muchas ocasiones se entiende como «resistencia» puede servir como un llamado de atención a el o la terapeuta, que le invite a extender sus propios límites, de tal manera que encuentre formas distintas de preguntar que brinden un andamio más apropiado para la persona.

En ambos casos -resistencia a los modos de proceder inapropiados del terapeuta y resistencia al cambio- la «resistencia» constituye un llamado a nosotros/as como terapeutas, ya sea a deconstruir y dar reconocimiento al significado de la resistencia o a trabajar un andamiaje de pasos más pequeños y significativos para el proceso de la persona. La resistencia es una invitación a buscar la creatividad necesaria para entrar en las conversaciones por otro lugar que sea más cercano a la experiencia de la persona y que le conecte con un sentido de reconocimiento de lo que valora y de agencia personal.

En la terapia con jóvenes recientes, nos vamos a topar con ambos tipos de resistencia. El segundo tipo constituye la tarea terapéutica más importante desde la práctica narrativa, sin importar si hablamos de adolescentes, adultos o cualquier tipo de población. Es decir, el terapeuta tiene como función principal proporcionar un andamio para la zona de desarrollo proximal que le ayude a quien consulta a transitar en pasos que le sean manejables,

[60] Para profundizar en el tema de andamiaje en la práctica narrativa y la aplicación de la teoría de Vygotsky en el trabajo narrativo con niños: White (2007: 263-290); Usabiaga (2012) (http://www.terapianarrativacoyoacan.blogspot.mx/septiembre).

de manera progresiva y en aumento, de lo conocido familiar a lo posible por conocer y hacer.

El primer tipo de resistencia, por su parte, nos ocupa de manera primordial cuando trabajamos con adolescentes, ya que explica claramente esa desconfianza del o la joven hacia los/as adultos/as que «no le comprenden» y no aceptan como valioso lo que ella o él valora. Pensamos que un error muy común al tratar de entablar una relación terapéutica con jóvenes recientes es asumir que nosotros/as valoramos lo mismo que ellos/as o que las expresiones socioculturales y las normas políticas del «mundo joven» tendrían que ser las mismas que las de nuestro «mundo adulto». Es decir, el error es asumir que «entendemos» y «sabemos» lo que el o la joven necesita solo porque entendemos o compartimos su contexto étnico, cultural, socioeconómico, de género, etc.

El «mundo adolescente», como mencionábamos antes, tiene expresiones y valores propios y continuamente cambiantes, justamente por la necesidad de diferenciarse de las expresiones dominantes del «mundo adulto» en busca de construir su propia identidad. Cada «mundo joven» en cada contexto étnico, social, político y cultural podrá tener, a su vez, expresiones y valores diferentes.

Hace poco platicaba con un joven consultante que al inicio de nuestra primera sesión no quería siquiera bajarse del carro para empezar nuestras conversaciones. Sus padres me habían contado previamente, por correo electrónico, que estaba pasando por un muy mal momento ya que en la escuela le habían dicho que por un «reajuste administrativo escolar» para el siguiente curso lo cambiarían de grupo, lo que significaba que ya no compartiría clases, horarios y maestros con sus dos mejores amigos, quienes sí seguirían juntos.

Le pedí que me diera veinte minutos y si después de eso no quería seguir hablando conmigo, entonces yo misma daría por terminado nuestro encuentro y le solicitaría a sus padres que no acudiera más a terapia conmigo, promesa que pensaba cumplir al 100% pues en las sesiones con adolescentes es imprescindible contar con su aceptación a participar en el trabajo terapéutico.

Inicié preguntado por qué creía que a sus padres les parecía buena idea que acudiera a terapia. Brevemente y sin ganas me contó la historia del cambio de grupo dando a entender lo mal que le había sentado esto. Mi siguiente pregunta fue por qué él no quería ir a terapia, si evidentemente le habían pasado cosas que lo estaban haciendo pasarla difícil y me dijo que no sabía por qué, con actitud de que esto no funcionaría. Logré averiguar que la idea de sus padres y maestros era que tenía capacidad de hacer amigos, que de hecho ya tenía muy buenas relaciones con varias personas de los otros grupos; la intención de traerlo a terapia era que pudiera no sentirse tan mal y ver todos los recursos con los que contaba para adaptarse a la nueva situación y de ese modo enfrentar y solucionar lo mejor posible este problema.

Cuando le pregunté si él creía que lo que sus padres veían era cierto, lo afirmó, con el mismo desgano de antes. En este punto fue donde pensé que

probablemente su resistencia surgía de sentir que no se estaba comprendiendo lo que para él era lo más importante y que estaba siendo transgredido. Pregunté directamente acerca de esto y su actitud empezó a cambiar, a los pocos minutos ya me había platicado lo importante que era y lo mal que se sentía por lo injusto de una medida de este tipo.

Seguimos nuestra conversación hablando de lo significativo que era para él ser tratado injustamente y que «no se valía» que por el hecho de que él era capaz de adaptarse bien, entonces era «castigado» a vivir una situación donde se modificaría por completo el tipo de relación con su más valioso grupo de amigos y quedaba el riesgo de ser excluido.

A partir de ese momento empezamos a hablar sobre la injusticia y la importancia de la amistad. Hablamos acerca de lo que podría hacer para que las autoridades escolares supieran de su desacuerdo y para que de alguna forma pudiera expresar su rechazo a tales medidas que no contemplaban valores muy importantes para los alumnos de la escuela, como la amistad o la pertenencia a un grupo, no tomados muy en cuenta al hacer «cambios administrativos». A partir de ese momento la resistencia a la terapia se empezó a desvanecer y comenzamos a abrir un espacio para explorar el tema de lo valorado para él y la importancia de defenderlo.

Si retomamos la propuesta de Michael White (2011) para estas situaciones, nuestra labor es involucrarnos en una conversación colaborativa con el o la joven en cuestión, en la que seamos nosotros/as quienes le consultemos sobre los significados de sus expresiones y sobre lo que desde su mundo y su mirada es valorado en la vida cotidiana y en sus intenciones. Es labor de el/la terapeuta construir las conversaciones que traigan a la luz y pongan en primer plano los significados de esa resistencia a confiar abiertamente en la terapia. Esto lleva a vivir el espacio terapéutico como un lugar en el que puedan sentir que lo que valoran en la vida tiene el reconocimiento que merece.

El papel de lo «ausente pero implícito»

Hablar del espacio de lo valorado por las personas, y de cómo acceder a él en las conversaciones, nos remite a lo que en la práctica narrativa se conoce como lo que está «ausente pero implícito» en todas las expresiones de nuestra vida. Michael White (2000) se basa en las ideas de Gregory Bateson (1980) y Jaques Derrida (1989) y en sus cuestionamientos al mito de la «presencia» -el ideal de un conocimiento directo e inmediato del mundo- para explicar lo que entiende como «ausente pero implícito»:

> La noción de 'ausente pero implícito' es generada por el entendimiento de que toda expresión y el significado que esa expresión comunica, no se deriva directamente de la experiencia de aquella 'cosa' a la cual se refiere la expresión -las consideraciones

> de vida que dan forma a las expresiones no representan una correspondencia de uno-a-uno con las propiedades que existen en cualquier cosa que esté siendo descrita por dichas consideraciones. Las expresiones de vida de las personas no aprehenden el mundo de afuera tal como es, sin importar de qué mundo se trate (36).

Las expresiones de vida más bien son un fenómeno que surge de la distinción; se distingue una cosa y se le da significado en relación a, o en contraste con, los significados y descripciones de otras cosas. Esto implica que todas las descripciones tienen una dualidad, son relacionales, no representan a las cosas directamente sino en términos de relación con lo que no son o con lo que se les opone en algún sentido. De acuerdo a esto, una descripción singular de algo puede entenderse como el lado visible de una descripción dual; lo que queda del otro lado de esta descripción de la experiencia de vida, aquello que no está siendo descrito directamente (lo opuesto o lo diferente a lo que se describe) es lo que se entiende como «ausente pero implícito».

White (2000) considera que puede ser muy útil asumir que muchos de los discernimientos que las personas comparten acerca del estado en que está su vida traen implícito o tienen una dependencia con lo que no se está diciendo, con lo ausente pero implícito. Mantener esta suposición le puede permitir al terapeuta estar pendiente de ese ausente pero implícito para darle forma y describirlo de forma más rica. Por ejemplo, cuando una persona llega a consulta hablando de su «desesperación», lo primero que interesa es conversar acerca de cómo se vive esta desesperación, las circunstancias que la mantienen y la rodean, etc. Pero, además de esto, también es importante entender de qué habla esta desesperación y de qué está siendo testimonio en términos de lo ausente pero implícito «en cómo la persona llegó a identificar y representar su experiencia de esta forma, en las circunstancias y las condiciones que le hicieron posible discernir la desesperación» (White, 2000: 37).

El interés en estas conversaciones no se aleja del tema que originalmente le interesa abordar a la persona, por el contrario, este interés responde a investigar las particularidades que puede tener la expresión de desesperación para este/a joven en específico. En estas expresiones y sus particularidades, se pueden encontrar una multiplicidad de signos y descripciones que pudieron contribuir a lo que se entiende finalmente como desesperación.

Por ejemplo, la persona puede llegar diciendo algo como «ya no puedo seguir más con esto, he llegado al punto de rendirme»; el ausente pero implícito se puede identificar haciendo preguntas como: «¿Estaría bien si te pregunto cuál es tu sentir acerca de qué era lo que te había mantenido avanzando hasta ahora? ¿De qué te estarías rindiendo ahora?» (White, 2000).

Lo ausente pero implícito que estas preguntas intentan visibilizar tiene que ver con «esperanzas» de que las cosas puedan estar mejor, «promesas» de cosas positivas por venir, «sueños» de una vida plena, «deseos» de estar en otros territorios de vida, etc. Una vez identificados estos temas, pueden

ser engrosados y ricamente descritos. Esta descripción rica se logra a partir de generar conversaciones que cuenten la historia de la relación previa de la persona con estos temas ausentes pero implícitos. También pueden introducirse preguntas que alienten al o la joven a identificar las sabidurías y habilidades que les permitieron mantenerse conectados/as con esos sueños, esperanzas o deseos que no habían sido nombrados.

Rodrigo es un chico de 14 años que cursa el 2º grado de secundaria. Llegó a consulta porque tenía muchos problemas con su mamá, que lo regañaba constantemente para que hiciera sus tareas y estudiara, pero él, por alguna razón, no terminaba de «hacerse responsable», actuaba como si no le importara y no podía concentrarse en las tareas, siempre las dejaba al último momento y olvidaba la mayoría de ellas. Esto le estaba llevando a reprobar muchas materias y a poner en riesgo su año escolar, porque además, aunque estudiara para los exámenes, no le iba bien a la hora de presentarlos.

A través de la conversación me decía que él «era muy distraído», que le gustaría mucho poder ayudarse a sí mismo a concentrarse y planear mejor para poder subir de promedio, pero nada de lo que había intentado había funcionado y sentía que simplemente no era capaz de hacerlo. Le pregunté «¿Por qué para ti es tan importante concentrarte y subir de promedio, al grado de que a pesar de tantos intentos fallidos, no te has dado por vencido?». Contestó que su sueño era entrar a la Escuela Nacional de Música y eso solo se consigue con un buen promedio en la secundaria y la prepa.

A partir de esto, entablamos una conversación en la que recorrimos cómo el miedo al error le estorbaba para concentrarse en la escuela y le llevaba a presionarse tanto que terminaba bloqueándose. Sin embargo, esto no le sucedía con la música porque ahí «lo importante es que a ti te guste, la pasión que tengas», me decía, y continuaba: «un error es un error, pero la función sigue, es importante practicar mucho antes, pero no hay presión a la hora de estar ahí».

En esa y las siguientes tres sesiones conversamos acerca de la historia de estas ideas, de dónde habían surgido, con quiénes las compartía y cómo las aplicaba. Cada vez pudo conectarse más con su sueño de estudiar música y ubicar la escuela y hasta las matemáticas como parte del camino para conseguirlo. A partir de estas conversaciones mantuvo cerca siempre la frase: «un error es un error, pero la función sigue», y fue encontrando modos de aplicarla a las clases, las tareas y los exámenes. Incluso tuvimos una sesión en la que invitamos a su mamá para que fuera testigo de las nuevas conclusiones que él estaba construyendo y ella compartió cómo se sentía identificada con el miedo y la presión de no equivocarse. A partir de entonces adoptó también para sí misma esa frase.

Es, entonces, a través de estar alertas a los temas ausentes pero implícitos que podremos conectarnos con el mundo valorado por la o el joven. Esto nos permite iniciar esas conversaciones colaborativas que nos lleven a conectarnos con ellos/as para generar una relación significativa y entender

los significados de sus «resistencias» a relacionarse con el mundo adulto. Al mismo tiempo nos permiten encontrar puntos de entrada para generar conversaciones que ayuden a engrosar historia subordinadas y que construyan una identidad preferida.

Conclusiones

En nuestro trabajo hemos encontrado que al trabajar con adolescentes es indispensable, primero, entender las particularidades de su proceso de desarrollo. Esto nos entregará elementos para empezar a deconstruir las etiquetas con las que la sociedad y ellos/as mismos/as usualmente se definen cuando algo no funciona como quisieran.

Además de esto, es importante encontrar, como terapeutas, los caminos necesarios para generar una conexión significativa y de confianza con ellos, a partir de no asumir que lo que ellos valoran es lo mismo que valoramos nosotros/as.

A través de las conversaciones colaborativas que hagan explícitos los temas implícitos en las expresiones de los/as jóvenes recientes, aquellos temas que hablan de sus sueños y esperanzas de vida, podemos generar la conexión y la relación de confianza con él o ella. Al mismo tiempo, hacer explícito lo que ellos valoran permite iniciar el andamiaje para el recuento y el reconocimiento de las historias subordinadas que irán dando una forma preferida a la identidad que se está construyendo.

Referencias

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen.

Carey, M. & Russell, S. (2004). *Narrative Therapy: Responding to your Questions*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Derrida, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona: Anthropos.

Nadurille, M. (2011). *Once principios de la terapia narrativa*. Grupo Terapia Narrativa Coyoacán. http://www.terapianarrativacoyoacan.blogspot.mx/2011/02/once-principios-de-la-terapia-narrativa.html

Mettifogo, D. & Sepúlveda, R. (2004). *La situación y el tratamiento de los jóvenes infractores en Chile*. Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd29/jovenes/cap1-3.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Ginebra: OMS.

Real Academia Española (2012). *Diccionario de la Lengua Española XXII edición*. http://www.rae.es

Strauch, B. (2003). *Por qué son tan raros*. Barcelona: Mondadori.

UNESCO-CELAJU (2012). *Portal de Juventud para América Latina y El Caribe*. Recuperado el 11 de octubre de 2012. http://www.joveneslac.org/portal

UNICEF (2012). *Adolescencia y juventud*. Recuperado el 11 de octubre de 2012. http://www.unicef.org/spanish/adolescence

Vigotsky, L. (2009). *Pensamiento y lenguaje*. Ciudad de México: Quinto Sol.

White, M. (2000). *Reflections on Narrative Practice: essays and interviews*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2004). *Taller precongreso*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York, NY, USA: Norton.

White, M. (2011). *Narrative Practice. Continuing Conversations*. New York, NY, USA: Norton.

Yanerich, B. (2010). La palabra 'adolescencia' no proviene de 'adolecer'. *Portal de Literatura y Etimología*. Recuperado el 11 de octubre de 2012. http://brendayenerich.escritoresdepinamar.com/literatura/etimologia-historias-de-palabras

Terapia de parejas

Capítulo 11

Terapia narrativa con parejas

Marta Campillo R.

El proceso de la terapia narrativa con parejas

La terapia narrativa es un campo que se ha venido desarrollando desde los ochenta. Michael White y David Epston (1990) propusieron la metáfora narrativa, en la que el significado es construido a través de historias en las que se organiza la experiencia vivida, y por medio de las cuales se da sentido a lo vivido y se crea una visión de nuestro propio accionar.

White (1998) propuso que «la historia es constitutiva de la vida», puesto que el mismo proceso de organización de la experiencia vivida en secuencias de eventos de acuerdo al tiempo, en una trama, es lo que permite darle sentido a esas experiencias, y así derivar significados de las conclusiones que hacemos acerca de lo vivido. White (2007a) plantea que «la autonarrativa de nuestra propia vida es el marco primario que hace posible el darle significado a la experiencia vivida». Esa habilidad de creación de significados es la que nos da la base para entender la experiencia y darle forma a nuestras acciones y a las ideas acerca de quiénes somos cuando interactuamos en el espacio relacional en el que vivimos.

Las personas llegan a terapia habiendo hecho conclusiones parciales y desfavorables para sí mismas, puesto que su experiencia vivida la han organizado alrededor del problema. White (2007a) decía que «las historias que creamos de nuestra vida hacen posible el atribuirle significado a la experiencia vivida». La labor de la terapia es encontrar un rastro de una diferencia, una experiencia que se puede detectar como inusual o diferente (acontecimientos extraordinarios) y otros elementos vividos que se puedan relacionar o reconectar para enriquecer o engrosar la autonarrativa y la creación de significados. Las preguntas propias de las conversaciones de la terapia narrativa hacen conexiones entre las experiencias previas no relatadas, de las cuales se puedan derivar otras explicaciones y hacer emerger su relación con otros hechos para hacer nuevas conexiones con lo que desea y visibilizar aquello a lo que le da valor para comenzar a crear la historia alternativa.

White (2007a) planteó que las conversaciones de terapia narrativa contribuyen al refortalecimiento y el redesarrollo del lenguaje interno de

la vida, lo cual favorece el hacer nuevas conexiones con lo que se valora, con los propósitos y con los compromisos de vida. Así, el desarrollo rico de la historia es una de las metas de las conversaciones, al mismo tiempo que crear un contexto para activar las habilidades de creación de significados que se generan en la revisión y reedición de la historia personal.

El planteamiento de que la historia y la autonarrativa, al organizar la experiencia vivida, son las fuentes de los significados, conduce a la idea de que las conversaciones terapéuticas son transformativas cuando generan significados, esto es, cuando se hacen conexiones nuevas y se contrastan ideas, permitiendo tomar decisiones que van a guiar lo que se hace, el accionar o «*performance*». A partir de esa interacción con los otros es que se va teniendo una imagen de lo que somos. En la autoobservación de cómo son recibidas nuestras acciones y del efecto que tienen llegamos a conclusiones acerca de nosotros mismos. El conocimiento acerca de la vida, de lo que somos y de lo que nos es importante se ha ido generando en la interacción, así, se puede concluir que es el vínculo interactivo lo que constituye la base que permite que la historia sea transformativa, esto es, genere una visión de lo que somos en la vida (ver Figura 1).

Entender el proceso transformativo de la experiencia a través de organizarla en una historia es muy importante en el campo de la terapia narrativa de pareja, puesto que si nuestro accionar está en relación a la manera como estamos organizando e integrando lo vivido en autonarrativa, cuando el conflicto domina la experiencia vivida, tanto la historia como el accionar o la «ejecución» están en relación al problema; por lo tanto, las preguntas de las conversaciones tienen que hacer visibles otras interacciones que se relacionen con la historia no saturada por el problema. En este sentido es que la presente propuesta plantea el trabajo con las preguntas de micromapa de lo ausente pero implícito, buscando en las interacciones iniciales de la pareja aquello a lo que le dieron valor el uno del otro y haciendo visible lo que les ha sido importante y que ahora se ha olvidado por el conflicto.

PROCESO TRANSFORMATIVO DE LA EXPERIENCIA POR LA HISTORIA (White, 1992, 2007)

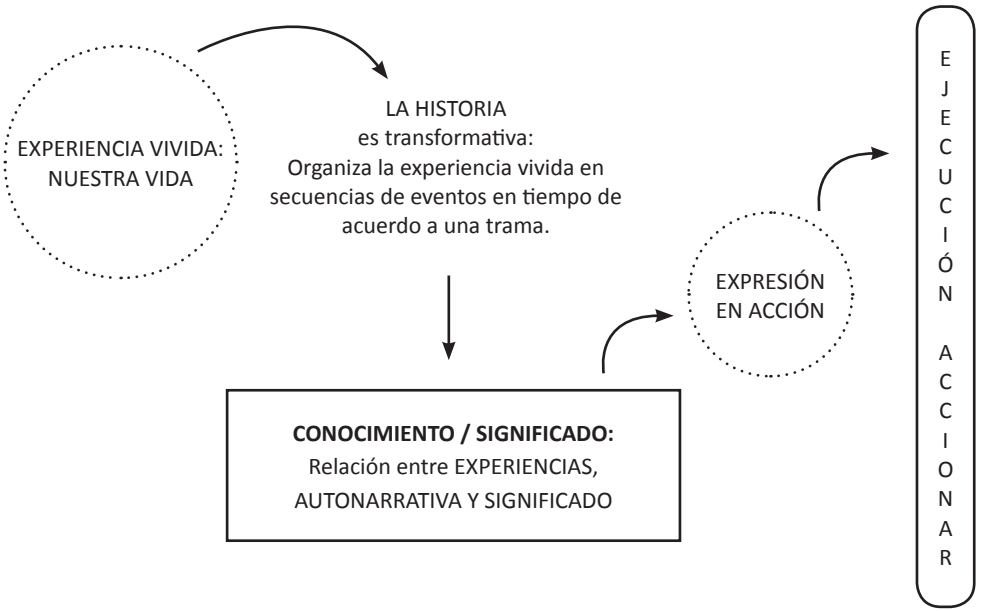


Figura 1: Proceso transformativo de la experiencia

Freedman y Combs (2002), pioneros en la terapia narrativa con parejas, hacen un planteamiento de las ideas de la terapia narrativa que consideran importantes para las intervenciones con parejas. La desconstrucción (en inglés, *deconstruction*) de la idea de pareja que se tiene dentro de un contexto social se hace necesaria puesto que puede influir en la manera de ver lo que se considera una pareja, tanto en los consultantes como en el terapeuta. Estos puntos de vista tienen que situarse para evidenciar la carga social de las concepciones y no imponer una idea de lo que es una pareja. Además, los autores plantean:

> Nosotros no asumimos que entendemos el significado que su experiencia tiene para ellos. Escuchamos y preguntamos. El conectar con la experiencia de las personas desde su perspectiva nos orienta a realidades específicas, las cuales dan forma a sus narrativas personales. Esta clase de entendimiento requiere el escuchar con atención focalizada, paciencia y curiosidad mientras construimos una relación de respeto mutuo y confianza (26).

Freedman y Combs (2002) plantean que «no buscamos un funcionamiento saludable o patológico o la calidad del mismo en las parejas. En su lugar miramos las historias que le dan forma a la relación, y buscamos facilitar un proceso de reautoría en el que historias más adecuadas puedan ser expresadas

y vivenciadas». Una de las principales intenciones como terapeutas narrativos es el subvertir la práctica dominante de medirnos o compararnos con normas estandarizadas; en su lugar, en vez de buscar la patología buscamos desconstruir historias culturales problemáticas que circunscriben la visión de la pareja, creando una relación terapéutica colaborativa en la que se examinen los discursos problemáticos. Así, los autores plantean que:

> Pensamos que la información es generada en la conversación terapéutica en vez de recopilada… creemos que mientras interactuamos nos hacemos a nosotros mismos y a los otros a la vez. Esto es una idea postestructuralista. No asumimos que una pareja tiene una estructura interaccional o relacional particular a la que podemos tener acceso. No pensamos que las personas o relaciones tienen identidades estables o cuantificables o características «típicas»… en su lugar pensamos que la vida de las personas son multihistoriadas y creemos que cada nuevo recontar genera nuevas posibilidades para la interpretación y la acción (17).

Dentro de las intervenciones terapéuticas que incluyen Freedman y Combs (2002) están el escuchar los significados que las historias de la pareja tienen para ellos y, al hacerlo, estar pendientes de que el problema no obstaculice la visión del terapeuta de tal manera que veamos a las personas a través del problema, tratando de no asumir que entendemos los significados que su experiencia tiene para la pareja. Preguntando y escuchando se puede conectar con su experiencia y conocer su visión, eso nos orienta a entender cómo sus narrativas les dan forma a sus concepciones específicas.

Además, describen la importancia de la externalización del problema (en inglés, *externalizing*) y de sus efectos para ambos miembros de la pareja. Esto los moviliza a unirse para oponerse a los efectos del conflicto, también a encontrar acontecimientos extraordinarios que pueden ser descritos directamente o pueden estar enterrados en las descripciones problemáticas de su experiencia. Engrosar esa historia preguntando por detalles dentro de los panoramas de la acción y de la identidad va permitiendo explorar interacciones diferentes, que hablan de deseos o sueños de la pareja antes no mencionados. Los autores incluyen el proceso de contar y recontar la historia (testigos externos), invitando a uno de los miembros a presenciar o ser testigo del relato del otro, a hacer reflexiones de lo que ha escuchado y haciéndole preguntas como: «¿Cómo fue para ti el escuchar lo que tu pareja decía? ¿Qué ideas tenías mientras él o ella hablaba? ¿Qué significó para ti escuchar a tu pareja describir lo importante que la relación es para él/ella?». También plantean la inclusión de grupos de testigos externos que puedan recontar la historia que presenciaron. Documentar los nuevos desarrollos en la historia es parte del proceso, así se toman notas durante la sesión que se leen en voz alta o, en las ocasiones en que la pareja se propone el realizar cambios y los logra, se hace un documento o diploma que formaliza este logro.

Un antecedente del trabajo con parejas de David Epston (1984) se encuentra en el video de la entrevista con Linda y John «Volviendo a reconectarse con el matrimonio». Ellos tenían un malentendido acerca del dinero para una casa, lo cual interfería con su relación. Desde el inicio hizo preguntas referidas a lo que ellos le habían dado valor, como las siguientes: «¿Cuál es la naturaleza del amor del uno por el otro? ¿Qué los ha mantenido juntos? ¿Es la fe en su relación lo que los mantiene? ¿Cuál es el mejor ejemplo que ha dado la reflexión sobre Uds. mismos? ¿Y Ud. piensa que el contexto de su amor por Linda es como la oportunidad de ser la persona que busca ser?». Con la pareja comienza un proceso en el que se describe lo que los ha unido, lo que es importante para ellos y lo que hacen para manejar la fricción en la relación. David Epston reafirma lo que van encontrando al preguntar: «¿Creen que están encontrando formas más profundas o mejores de entendimiento?». El proceso de esta entrevista es novedoso en el sentido de que primero se hace emerger lo que sostiene a la relación y luego las maneras en que han manejado la fricción, y así pareciera que, al clarificar lo que han valorado el uno del otro, se llega a lo que es importante para cada uno y eso les permite unirse para resolver cómo enfrentar lo económico.

David Epston (1993) creó una práctica a la que llamó «preguntas del otro internalizado», la cual utilizó en la terapia narrativa de pareja. Comienza a plantearles un prólogo a las parejas puesto que «este formato de indagación se inventó para interrumpir a las parejas en guerra quienes construyen a la terapia de pareja como el sitio para combatir sus diferencias… si no hago algo muy rápidamente muchas de las sesiones tomarán la forma de una corte», así les plantea una pregunta: «¿Tengo su acuerdo de desviarse de este curso hacia el divorcio... y para experimentar algunas preguntas que podrían dirigirlos a la unión en su relación?». Y les pregunta: «Jill, ¿qué cree que diría Jack si le hago la siguiente pregunta: 'Jack, ¿cómo se explica el deterioro de su relación en los últimos 10 años?'». Además preguntaría: «¿Cree que una dirección desamorizada es buena o mala, incrementa o decrementa el valor compartido de la relación?». David Epston le está preguntando a ella lo que él diría en esta forma externalizada de la queja o acusación. El preguntar por lo que la otra persona piensa es crear un ambiente de reflexión, curiosidad y generosidad. «Mientras la naturaleza de las preguntas guían a la persona cuestionada a reflexionar de maneras inusuales… el que está escuchando, pone mucha atención. Puesto que sus quejas están siendo escuchadas, la pareja parece estar dispuesta y curiosa a escuchar sin interrumpir lo que el otro dice». Las respuestas son revisadas con el otro, por ejemplo: «Jack, Jill pensó que tú explicarías el deterioro de la relación en base al patrón yo estoy bien tú estás mal, ¿qué tan cercana está la representación de tu experiencia?». Además se prepara una carta que resume la información derivada de esta manera de preguntar, que se entrega a la pareja.

Michael White (2011) planteó clases de preguntas que se basan en la desconstrucción y dice: «las preguntas externalizantes del problema nos

dan un punto de entrada a estos procesos que tienen múltiples niveles llegando hasta el contexto, así lleva las parejas a una aventura». Se incluyen los siguientes niveles de preguntas:

1. Preguntas de la interpretación a que lleva el problema: ¿cómo ve lo que este problema quiere reflejar de su relación?
2. Preguntas prácticas / estrategias / técnicas relacionadas con el problema: ¿de qué manera piensa que este problema ha influido en la interacción ente ambos?
3. Preguntas de los efectos de la interpretación: ¿cómo cree que estas conclusiones han afectado lo que hace en esta relación?
4. Preguntas de los efectos de las prácticas: ¿qué considera que estos patrones están haciendo a la relación?
5. Preguntas de la historia de la experiencia: ¿qué experiencias has tenido en el pasado que te han permitido llegar a estas conclusiones acerca de la relación?
6. Preguntas de la historia de los conocimientos: ¿qué opiniones necesita tener acerca de las relaciones para que haya llegado a estas conclusiones?
7. Preguntas de la historia de las prácticas: ¿dónde ha presenciado estas prácticas anteriormente?
8. Preguntas del reconocimiento hacia conocimientos / prácticas: ¿en qué situaciones espera ver estas opiniones acerca de las relaciones circulando?

Incorporando el micromapa de lo ausente pero implícito

Michael White (2007b) organizaba los niveles de las preguntas para las conversaciones en terapia narrativa utilizando lo que él llamó un «micromapa», que es un esquema en el que se describen diversos niveles de preguntas a ser empleados en las conversaciones terapéuticas. En la terapia narrativa con parejas que se describirá se han utilizado las conversaciones del mapa de lo ausente pero implícito (Campillo 2009). En la historia de la relación de la pareja puede predominar el conflicto y tiene el efecto de cambiar sus interacciones de tal manera que todo aquello que los unió en un inicio queda subsumido a esa historia saturada por problemas e, incluso, agresiones mutuas.

Durante la entrevista inicial, lo que permite reconectar a la pareja con su historia anterior son las conversaciones de lo que Michael White (2000) plantea como lo ausente pero implícito, cuyos niveles de preguntas se han descritos por Marta Campillo (2012) en el mapa de «Las llaves hacia una historia subyugada», el cual ahora se ha modificado para ser utilizado en la terapia con parejas.

Michael White (2000) propuso:

> Una de las rutas de estas reconexiones con la historia es la identificación y la descripción rica de eso que está ausente pero implícito en todas las expresiones de la vida, esto es, a través de la identificación y la descripción rica de aquello que le permite a las persona darle significado y poner en circulación, a aspectos de su experiencia vivida (36).

Así, la categoría de «lo ausente pero implícito» se refiere a lo que se valora, lo que inspira, las razones o las creencias que dan fundamento a su manera de actuar en la vida. A través de estas conversaciones la persona va descubriendo las razones para su accionar. Por ejemplo: si lo que se valora es el sentido de justicia, esta posición de darle valor a lo justo se va entrelazando con lo que la persona hace y cómo es en sus relaciones, en sus preferencias de vida. El conocimiento que la persona tiene de su historia, de sus relaciones, de su experiencia vivida es la materia prima desde la cual la persona puede analizar el papel que juega en su vida el darle valor a algo y se puede identificar cómo estos descubrimientos tienen que ver con su posición de vida.

White (2000) propone que «en los discernimientos que las personas plantean acerca de su vida (…) implican lo no dicho de eso que está ausente pero implícito (…) los terapeutas pueden encausarse en preguntas que contribuyan a su identificación». Durante la terapia la identificación de lo ausente pero implícito, de lo que puede explicar cierta manera de responder, al ser identificado se articula una conexión del accionar con su razón implícita, lo que genera nuevos significados que, al ser integrados a la historia, ayudan a crear una plataforma desde la cual reexaminar los efectos del problema, tomar una posición o decisión con respecto a la eliminación de los efectos del problema en la vida y crear nuevas líneas de identidad.

El trabajo con lo ausente pero implícito permite a la persona descubrir lo que da valor o lo que la motiva, lo que la inspira, lo que sustenta su accionar. Todo ello, al ser recuperado e incorporado como parte de su identidad, puede llevar a cabo el trabajo de reeditar lo que piensa de sí mismo, lo que explica su accionar. Cuando en esta búsqueda se hacen emerger partes de la historia no relatada o se identifican posiciones que sustentan y dan razón del accionar de la persona (lo ausente pero implícito), esta, basándose en la información que emerja, puede sopesar la diferencia que representa para sí misma y justificarla, dando razones de la importancia de lo que significa este descubrimiento para lo que ella considera prioritario para su vida. Apoyándose en ese nuevo conocimiento puede proyectar lo que quiere para sí y comenzar a editar un camino, que sea apoyado con una audiencia que lo aliente.

El hacer visible en la conversación de reautoría a lo ausente pero implícito permite trabajar esos motivos que explican lo que la persona considera sagrado, lo preciado, aquello que al reconocerlo le permite afianzar las razones que le dan sentido a su resistencia u oposición al problema.

En la terapia de pareja el proceso puede seguir diferentes vertientes, desde comenzar externalizando el conflicto, buscando los acontecimientos extraordinarios (en inglés, *unique outcomes*) de relacionarse más allá del problema y enriqueciendo la historia de solución del conflicto; preguntas que enriquezcan los conocimientos y habilidades de solución o que permitan tomar un camino alterno de indagación en el que se haga visible aquello a lo que le dieron valor y que permitió comenzar la relación. Justamente, para hacer esto es que se propone el micromapa de preguntas de lo ausente pero implícito en la terapia narrativa de pareja, que se describe a continuación.

La historia de la relación puede predominar la historia saturada por el problema del conflicto y tiene el efecto de cambiar las interacciones de la pareja, de tal manera que lo que los unió en un inicio queda subsumido a esa historia saturada por los múltiples problemas. Durante la entrevista inicial se explora lo ausente pero implícito expresado en las interacciones que los unieron y que están en la historia subyugada por el conflicto, con lo que es necesario reconectar a la pareja para relatar aquello que les es fundamental.

En el mapa de lo ausente pero implícito en la terapia de pareja se han desarrollado diferentes niveles de preguntas que le permiten descubrir aquello que ha sido fundamental para la relación y que ha prevalecido más allá de las interacciones conflictivas. Dicho micromapa muestran cinco niveles de preguntas que permiten reconectar a los descubrimientos de lo ausente pero implícito para generar significados con la historia que hasta entonces había sido ignorada, creando la posibilidad de replantearse lo que los motiva o lo que los ha inspirado pero que no había sido relatado.

En las conversaciones de terapia narrativa con parejas se proponen las preguntas para hacer visible la historia subyugada, de lo que han valorado en la relación, lo cual ha permitido a la pareja identificar y reconectar aquellos significados e interacciones que les dieron la razón de ser pareja para crear una plataforma de lo valorado en la relación y que ahora, al ser reconocido, permitirá la reflexión acerca del conflicto y la propuesta de acciones que les permitan resolver los conflictos actuales.

Los diferentes niveles de preguntas del mapa de lo ausente pero implícito en terapia narrativa con parejas son:

1. Caracterización de lo que inspiró el accionar: ¿cómo se llama eso que los inspiró a unirse como pareja?
2. Preguntas acerca de la expresión: ¿cómo eso que Uds. «valoraron» los inspiró a comenzar o entrar en su relación?
3. Preguntas para historizar este valor / concepto de vida implícito: ¿me podría contar una historia en la que se haya expresado «eso que valoraron» en su relación?
4. Preguntas para formar relaciones entre este valor / concepto y la manera como la persona vive su vida: ¿qué diferencia hace el reconocer «eso que valoraron» en la relación y el efecto que ha tenido en cada uno de Uds.?

5. Preguntas acerca de planes de acción: ¿cómo el reconocer la manera en que Uds. manejaban la relación y lo que valoraron de su amor hace una diferencia para cambiar lo que necesitan en este momento para resolver el conflicto?

El micromapa de lo ausente pero implícito con parejas puede incluir preguntas como las que siguen. El primer nivel de preguntas se orienta hacia la caracterización de lo que inspiró el accionar, tiene que ver con dar un nombre o la descripción de cómo eran las interacciones cuando se inició la relación y a eso que los inspiró a estar juntos. Se pueden explorar ejemplos de preguntas como las siguientes:

- ¿Qué nombre le darían a eso que valoraban en la relación?
- ¿Me podrían contar una historia de cómo era la relación cuando se conocieron?
- ¿Qué era lo que consideraban importante y cómo su pareja era parte de eso?
- ¿Qué les agradaba a cada quien del otro y cómo eso se relacionaba con aquello a lo que le han dado valor?
- ¿Cómo fue el haber tenido la experiencia de coincidir y de dar valor a la relación?
- ¿Cuáles fueron los efectos para cada uno de vivir la relación de esa manera?

En el segundo nivel se hacen preguntas acerca de la expresión o eso que se valora, de cómo lo identifican, de qué manera cambia su vida y cómo se dan cuanta. Algunos ejemplos a continuación:

- ¿Cómo eso que Uds. «valoraron» los inspiró a comenzar o a entrar en su relación?
- ¿Cómo tener la relación basada en lo que valoraron el uno del otro cambió la relación consigo mismos?
- ¿Altera el conflicto la relación con Uds. mismos y cómo cambia lo que valoran?
- ¿Qué los inspiró a venir a terapia y cómo se relaciona eso con lo que valoran?
- Pensando en lo que los unió, ¿qué es lo que Uds. quieren para su relación ahora?

En el tercer nivel se hacen preguntas para historizar, buscar ejemplos, recordar experiencias y relacionar nuevos conocimientos de lo que recibe valor o el concepto de vida implícito:

- ¿Me podría contar una historia en la que se haya expresado «ese valor» en su relación?
- ¿Cuál fue el efecto en la relación de coincidir en lo que le daban valor?
- El haber valorado eso en la relación, ¿qué les hizo pensar o valorar de cada uno de Uds.?

- Dados los conflictos que han tenido, ¿en qué se apoyaron para decidirse a hacer algo?
- ¿Me podrían contar una historia de cómo han aprendido a resolver conflictos en el pasado y que los inspiró a hacer eso?

En el cuarto nivel se hacen preguntas para formar relaciones entre este valor / concepto y la manera como la persona vive su vida:

- ¿Qué diferencia hace el reconocer «este valor» en la relación y el efecto que ha tenido en cada uno de Uds.?
- ¿Podrían contarme una historia acerca de cómo su relación cumplía con sus deseos y esperanzas para su vida?
- ¿Qué los ha estado preparando en la relación para dar el paso a venir?
- ¿Crees que tu pareja supo que estarías dispuesto a venir y dar este paso?
- ¿Qué diferencia hace reconocer lo que Uds. han valorado en la relación y del uno y el otro?
- ¿Qué diferencia hace el escuchar las intenciones y lo que se valora, que cada uno tiene para la relación?

En el quinto nivel, se establecen preguntas acerca de planes de acción para realizar el cambio, lo que cada uno tiene que llevar a cabo para cambiar su participación en el conflicto:

- ¿Cómo el saber lo importante que es para Uds. eso a lo que le dan valor, los prepara para dar el siguiente paso?
- ¿A quién le agradaría saber que han dado ese paso para resolver el conflicto?
- ¿Cómo reconocer la importancia de lo que han valorado de sí mismos en la relación cambiaría lo que están dispuestos a llevar a cabo para enfrentar al problema?
- ¿Qué estarían dispuestos a hacer para terminar con el conflicto y cómo cambia eso la relación entre Uds.?

Ejemplo de intervención

Un ejemplo del proceso con una pareja cuyo conflicto había escalado, y había generado malos entendidos y desacuerdos, incluiría preguntas iniciales externalizantes del conflicto y luego se agregaron preguntas de lo ausente pero implícito, como las siguientes:

1. Caracterización de lo que inspiró el accionar, cuando se les preguntó «¿me podrían contar una historia de cómo era la relación cuando se conocieron?». Ellos narraron una historia de ser compañeros, de ayudarse, de cuidarse y estar pendientes el uno del otro. Así se preguntó: «¿cómo se llama eso que los inspiró a unirse como pareja?».

Él respondió: «creo que amor, sentía que ella era importante en mi vida». Ella dijo: «tener una familia y él era el compañero que quería».

2. Preguntas acerca de la expresión, al preguntarles: «¿cómo eso que Uds. «valoraron» los inspiró a comenzar su relación?». Ella dijo: «él me ayudaba y estaba ahí para mí cuando lo necesitaba». Él dijo: «se fue dando poco a poco y me gustaba recurrir a ella para contarle mis cosas».
3. Preguntas para historizar este valor / concepto de vida implícito. Para engrosar o enriquecer la historia se les preguntó: «¿me podría contar una historia en la que se haya expresado 'eso que valoraron' en su relación?» Ella comentó: «compartíamos muchas cosas, cuando teníamos exámenes estudiábamos juntos, compartíamos muchas cosas, él me consultaba lo que necesitaba decidir y platicábamos». Él mencionó: «me gustaba contarle mis cosas que usualmente no decía a nadie, comentábamos, nos reíamos y platicábamos».
4. Preguntas para formar relaciones entre este valor / concepto y la manera como la persona vive su vida. Al indagar cómo vivían esa relación se preguntó: «¿qué diferencia hace el reconocer 'eso que valoraron' en la relación y el efecto que ha tenido en cada uno de Uds.?». «Pudimos adaptarnos a vivir con mi familia», dijo él. Ella mencionó: «era difícil entenderlos pues son muy diferentes a mi familia y lo que hacemos en mi casa pero platicando de las cosas nos entendimos. También pudimos adaptarnos a cambiar de ciudad y de trabajo».
5. Preguntas acerca de planes de acción. Para ir cambiando las interacciones problemáticas se les preguntó: «¿cómo el reconocer la manera en que Uds. manejaban la relación y lo que valoraron de su amor hace una diferencia para cambiar lo que necesitan en este momento para resolver el conflicto?». Él mencionó: «se me había olvidado, ahora solo peleamos, ya no nos hemos llevado igual pero eso se tiene que ir cambiando pues ya no aguanto más. Ya no iba a venir, tengo la maleta empacada para irme». Ella dijo: «ahora que lo recuerdo me doy cuenta de todo lo que hemos logrado juntos y la manera como nos hemos llevado siempre» (llorando). La siguiente pregunta fue para reafirmar a lo que le han dado valor en la relación. Le pregunté a él: «¿cómo se llama esa parte de ti que aún con la maleta empacada te hizo venir a la sesión en vez de irte?». Él dijo, con la voz entrecortada: «amor a mi pareja, yo la quiero». Ella asintió: «yo no quiero separarme».

Posteriormente se definieron tareas individuales para que cada uno y juntos enfrentaran el conflicto, platicaran y escucharan lo que cada quien decía y con un compromiso de parar la desesperación que los llevaba a la violencia física, realizando un plan de acción para lo cotidiano.

El principal resultado que ha tenido el incluir en la terapia a la conversación y preguntas del mapa de lo ausente pero implícito con parejas es el de cambiar la conversación hacia el terreno de los significados importantes

que le dieron razón a estar en pareja y que ahora, al hacerlos evidentes o visibles otra vez, permiten ver las implicaciones de lo que actuar en base a lo valorado tiene: ayuda a las personas a revigorizar su autonarrativa con respecto a la búsqueda de soluciones al conflicto o fricciones que los han alejado.

Referencias

Campillo, M. (2009). *Terapia narrativa*: *Autoaprendizaje y coaprendizaje grupal*. Xalapa, Veracruz, México: Ediciones Ollín.

Campillo, M. (2012). Llaves hacia la historia subyugada. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work , 1, 1-16*

Epston, D (1984). Reconectándose al matrimonio: ¿remembresía o reautoría? Una entrevista con David Epston. Video de Master's Work Production, 310/479-1559.

Epston, D. (1993). Internalized other questioning with couples: The New Zealand version. En S. Gilligan & R. Price, *Therapeutic Conversations (pp. 183-196)*. New York, NY, USA: Norton & Company.

Espton, D. (1998). *«Catching up» with David Epston: A collection of narrative practice-based papers published between 1991 & 1996*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publication.

Freedman, J. & Combs, G. (2002). *Narrative therapy with couples…and a whole lot more! A collection of papers, essays and exercises*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publication.

White, M. (1998). Notes on Externalizing problems. En C. White & D. Denborough (Eds.), *Introducing Narrative Therapy: a collection of practice-based papers writings (pp. 219-224)*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publication.

White, M. (2000). *Reflections on Narrative Practice*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publication.

White, M. (2004). *Narrative Practice and Exotic Lives: Resurrecting diversity in everyday life)*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publication.

White, M. (2007a). *Trauma and Narrative Therapy* (video). International Trauma Studies Program. http://www.dulwichcentre.com.au/trauma-and-narrative-therapy.html

White, M.; (2007b). *Maps of Narrative Practice*. New York, NY, USA: Norton & Company.

White M. (2011). *Narrative Practice: continuing the Conversation*. New York, NY, USA: Norton & Company.

Capítulo 12

La solución llega antes que el problema: terapia breve de pareja centrada en soluciones

Jorge Ayala

> «Necesitamos desesperadamente que nos cuenten historias. Tanto como el comer, porque nos ayudan a organizar la realidad e iluminan el caos de nuestras vidas».
> Paul Auster (2008).

Compartir historias de esperanza

Las personas que vienen a mi estudio buscando una terapia generalmente llegan luego de hacer una búsqueda en Internet. Visitan mi *blog*, donde suelo compartir historias de personas que se encuentran en proceso terapéutico y han valorado cada uno de sus recursos para salir adelante, siempre con el cuidado de no ir diseñando discursos dominantes y un saber experto acerca de cómo se deben resolver los problemas o qué debemos hacer para vivir felices (está de moda actualmente). No se trata de textos píldoras que ofrecen «la cura», solo son historias que generan esperanzas.

Paola es una de las personas que llegó a mí a través de una de estas historias, diciendo:

> «He tenido problemas de comunicación con mi esposo y estaba buscando un psicólogo. Busqué institutos, algunos psicólogos peruanos y casualmente no sé cómo di con tu *blog*. Entonces lo empecé a leer y descubrí las historias de las parejas y los testimonios de las personas y me encantó y empecé a leer de largo. Me sentí tan bien con lo que leía que por eso te escribí. Me sentí más amigable con tu blog y por eso estoy acá».

Lambert y Bergin (1994) ponen de manifiesto la importancia de la relación terapeuta-cliente en la terapia. Ellos estiman que los principales determinantes del resultado de la terapia son: en un 40% factores extraterapéuticos, que pueden ser internos o externos y que las personas traen a terapia; el 30% está determinado por factores vinculados con la relación

terapeuta-cliente, como la solicitud, la aceptación y el aliento; mientras que únicamente el 15% pertenece a factores específicos propios del modelo terapéutico. El 15% restante: efecto placebo.

Esta era la primera vez que Paola comenzaba una terapia y tenía serias dudas.

La terapia de pareja: ¿un acuerdo de dos?

Luego de dialogar con Eduardo, su esposo, sobre la posibilidad de iniciar una terapia de pareja, él señala que es ella quien tiene que empezar un tratamiento porque carece de habilidades para comunicarse, necesitando desarrollar individualmente esta competencia.

Esta situación sucede con frecuencia: luego de conversar sobre lo ocurre en la relación, uno de los miembros no está de acuerdo en tomar una terapia de pareja señalando que es el otro/a quien tiene que iniciar un tratamiento. Desde esta perspectiva, para algunas personas, y también para algunos modelos terapéuticos, resulta imposible hablar de una terapia de pareja. Se presume en este sentido que todo esfuerzo por la relación debe estar pactado por ambos miembros de la relación y construirse entrenando y fortaleciendo carencias y debilidades, desde el discurso de la comunicación como una habilidad que hay que entrenar para resolver todas las dificultades de la vida humana.

Así que Paola llegó muy confundida, pidiendo una respuesta:

> «¿Quién acude a la terapia de pareja? ¿Suelen acudir las parejas juntas? ¿Quién más suele acudir? ¿Hay una mayor tendencia en hombres o en mujeres?».

Nada es totalmente negativo: normalizar y elogiar

Todo lo que sea usado debe ser usado siempre a favor de la persona (Ayala, 2010), así que mi respuesta tenía que ofrecer una esperanza: respondí afirmando que frecuentemente llegaba la persona más motivada, que hoy es normal hacer terapia de pareja con un solo miembro de la pareja y que incluso este proceso llega a ser más cómodo y breve; compartiendo la historia de una mujer que vino en la misma situación que ella y logró, sin que el esposo haya pisado alguna vez la consulta y estuviera de acuerdo en ser parte del proceso, alcanzar su objetivo en cinco sesiones. Esto arrancó una sonrisa a Paola en la que se pudo notar su comodidad y sus nobles expectativas:

> *«¿En serio? Yo pensé que era necesario que nos tengas a los dos».*

Cuando normalizamos las dificultades que trae una persona estamos haciendo algo para procurarle alivio y esperanza, ayudándole a pensar que las cosas no son tan malas como parecen. A través de frases como: *«No eres la única a la que le ocurre esto»*, reestructuramos activamente la situación como algo normal y pasajero. Terapeutas que frecuentemente hacen la connotación *«No podemos hacer demasiado si no está tu pareja aquí con nosotros y no se da cuenta que él también es parte del problema»*, no hacen más que ponerse del lado del problema y no de la persona, muchas veces patologizando y generando aún más desesperanza.

Algunos medios que podemos utilizar en la entrevista para normalizar el problema y aliviar a la persona son:

- Las historias: podemos compartir la historia de alguna persona que pasó por una situación similar. Las historias nos deben servir para dar a entender que no son las únicas personas que pasan por esto. Cuando la historia ha sido bien elegida y logra tener un impacto positivo en la persona, logramos inyectarle una buena dosis de esperanza.
- Interrumpir y/o adelantarnos a la descripción: esta intervención cambia el contexto de una descripción saturada del problema por otro contexto donde podemos sonreír y otorgarle una dosis de buen humor y esperanza a la conversación. Ocasionalmente lo podemos hacer así: *«No me digas, ya sé cómo termina esta historia: tú esposo señaló que el problema eres tú y que él no necesita venir aquí. Sucede frecuentemente, Paola, pero no es un problema. Muchas personas piensan de la misma manera y la pareja se queda sin actuar. Tu caso es diferente: tú sí has actuado y estás aquí»*.
- Ver el lado bueno de la situación: *«Paola, tenemos una oportunidad única y excelente: vamos a tener a tu esposo como un radar sensible a cada una de las cosas que empiezas por hacer diferente. Vamos a tener entre nosotros a un testigo muy exigente que nos permitirá saber si cada paso que damos es o no el mejor. Está muy preocupado por ti y si te ha pedido venir aquí es porque realmente quiere que las cosas sean mejores. Es una estupenda oportunidad para nosotros»*.

Luego de felicitar a Paola por haber tomado esta decisión, y asegurarle que incluso podría ser una ventaja que viniera sola porque así se aseguraba de tener a su esposo cuidando a los niños en casa, continuamos con una breve descripción del problema y la formulación de la demanda para construir el objetivo de Paola.

En principio, cada sesión es la última

Bannink (2010) señala que, en teoría, cada sesión es considerada como la última sesión. La terapia breve centrada en soluciones no cuenta con un número de sesiones preestablecidas como sucede con otras terapias. Es

común que al final de la primera sesión preguntemos a las personas si es necesario que vuelvan nuevamente a visitarnos. Cuando la respuesta es afirmativa, preguntamos cuándo creen que es necesario volver. No fijamos arbitrariamente un plan de sesiones determinado ni una cita para la semana siguiente (excepto en situaciones en que realmente sea necesario). Esta pregunta es fundamental porque son las personas las que tienen que organizar su tiempo y su economía, además de ser quienes mejor perciben el tiempo que van a tomarse en desarrollar alguna de nuestras sugerencias o enfrentar algún desafío que señale que vamos en la dirección correcta. De manera que, para que una terapia termine bien, es necesario comenzar bien (Haley, 1980), fijando objetivos alcanzables, descubriendo algún cambio pretratamiento, encontrando alguna excepción o proyectándonos hacia un futuro preferido. El experto es el cliente (Anderson & Goolishian, 1996).

El ABC de la terapia breve centrada en soluciones

Estas tres preguntas forman parte del ADN de la terapia breve centrada en soluciones:

a. ¿Qué es lo que desea esta persona?
b. ¿Qué está sucediendo que no necesita cambiar?
c. ¿Qué vamos a hacer primero?

Una vez que Paola formula el problema («Tengo problemas de comunicación con mi esposo que nos impiden llevar una buena relación») y establece una demanda («Me gustaría conversar más con él, tener la capacidad de contarle mis cosas sin temor»), se anticipa a través de un comentario a la pregunta de cambio pretratamiento que es usual al comenzar la terapia (ver Cuadro 1). Este comentario fue la primera señal que necesitábamos para saber qué podía ayudarnos y de qué debíamos ocuparnos primero.

CUADRO 1: UN MAPA DE LA TERAPIA (EL ABC DE LA PRIMERA SESIÓN)
1. Establecer relación • Conocernos para establecer la relación de cooperación. • Normalizar y elogiar. 2. Breve descripción del problema • ¿Qué es lo que te trae por aquí? • ¿De quién fue la idea? • ¿Estás de acuerdo? 3. Formulación de la demanda A: ¿Qué es lo que desea esta persona? • ¿Qué indicará que las cosas siguen la dirección adecuada? • ¿Cuál será la primera señal de cambio? • ¿Cómo nos daremos cuenta de que la terapia ha concluido?

CUADRO 1: UN MAPA DE LA TERAPIA (EL ABC DE LA PRIMERA SESIÓN)
4. Cambio pretratamiento B: ¿Qué está sucediendo que no necesita cambiar? • ¿Qué cosas han empezado a ir mejor? • ¿Qué está ayudando en este momento? • ¿Qué recursos, valores y esperanzas revela? 5. Trabajo con excepciones C: ¿Qué está sucediendo que no necesita cambiar? • ¿Qué es diferente en las ocasiones que no se presenta el problema? • ¿Qué encuentras distinto? • ¿Cómo consigues que eso suceda? • ¿Cómo se te ocurrió una idea tan ingeniosa? • ¿De qué manera hace que las cosas vayan de mejor manera? • ¿Qué has aprendido de todas estas cosas? 6. Intervención de la primera sesión D: ¿Qué vamos a hacer primero? • Mensaje de recapitulación. • Sugerencia.

Solo hace falta descubrir lo que funciona

De Shazer (1988) aseguraba que, a pesar de que las soluciones siempre llegan antes que el problema, se han tomado en cuenta en pocas ocasiones ya que la psicoterapia se ha ocupado más de estos últimos.

Al relatar lo que la trae a consulta, Paola señala que además de carecer de habilidades para comunicarse hay otra situación que pone en jaque su tranquilidad: desde hace un tiempo y durante todo su segundo embarazo (el pequeño tiene ya un año), su esposo no dejó de hablarle de su asistente, señalando que es una persona con la que puede hacer todo lo que ella no le permite: conversar, ser escuchado y recibir un comentario. Paola señala que descubrió algunos mensajes de texto dónde él se mostraba muy preocupado por su asistente: «mensajes que jamás, en mis diez años de matrimonio, yo he recibido». Estos mensajes no revelan una infidelidad pero sí un interés recíproco entre su esposo y la asistente: «¿Qué más podría suceder entre ellos si yo siguiera incomunicada con mi esposo?».

Unos segundos después, tras una breve pausa, Paola señala: «Toda mi vida ha sido igual (hace otra pausa). Aunque el día de ayer ha sido distinto, pudimos conversar un poco y al menos compartir un buen momento».

Así que tocaba elegir en ese momento sobre qué conversar. ¿Elegiría seguirle el rastro a aquello que preocupaba en ese momento a Paola sobre su esposo y su asistente, o elegiría averiguar qué más sucedió el día de ayer y por qué las cosas habían sido distintas?

Para decidir lo que podemos pasar por alto es preciso hacer una distinción entre «oír» y «escuchar» (Lipchik, 2004). Lo que oímos es todo lo que dicen las personas, el relato del problema que comparten con nosotros;

mientras que lo que «escuchamos» está determinado por nuestra teoría y los supuestos que acompañan la práctica. Escuchar viene con atender para detectar lo que es importante. Por ejemplo, al oír a Paola señalar que toda su vida ha sido igual y ha permanecido sin poder comunicarse con su esposo, el supuesto de que nada es totalmente negativo (Lipchik, 2004) y siempre existe una excepción al problema nos permitirá escuchar algún detalle que señale lo contrario para poder destacarlo como un recurso, como algo que funciona y no necesitamos cambiar. No pasamos por alto nada de lo que oímos, pero nos detenemos a responder y cuestionar lo que es potencialmente útil para la persona. Lo que oímos nos permite tener un conocimiento general de las personas y nos otorga una pista de la forma en que podemos colaborar conjuntamente.

Si, por otro lado, oímos decir a esta misma persona que lo que más desea es cambiar su vida, tendremos que escuchar a qué se refiere con esto y permitirle de manera concreta referirse a los hechos que le permitirán saber cuándo habrá logrado el objetivo de «cambiar su vida». Oímos lo que relata y descubrimos que se daría cuenta de esto cuando converse más con su esposo y, mientras oímos, escuchamos que ayer tuvo un día distinto, en que lograron conversar, pasando un buen momento, lo que nos permitirá orientarnos sobre lo que esta persona podría hacer bajo el supuesto de que las personas poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismas (Lipchik, 2004), orientando la conversación hacia el presente y el futuro (Berg & Miller, 2002) para alcanzar nuestro objetivo.

En resumen, oír y escuchar se nos presentan como dos experiencias que permiten reconocer cuándo debemos detenernos en una estación y dónde, exactamente, nos sentaremos a reflexionar y orientarnos hacia la solución.

El cambio que viene después

Lo que está por suceder en la terapia es muchas veces el cambio que viene después. Las personas, ya hemos visto, llegan con la solución accionando el cambio, enfrentando muy bien el problema: solo hace falta descubrir cuáles son esos momentos y qué recursos utilizan en estas situaciones. Cuando escucho decir a Paola que «el día de ayer ha sido distinto», mi interés está en descubrir aquello que ha sucedido y ha permitido que Paola identifique un cambio pretratamiento sin necesidad de que yo haya hecho alguna pregunta en esta dirección.

Terapeuta: ¿Qué es diferente en esas ocasiones?

Paola: Me halaga por la comida, me da un abrazo, me dice que está realmente sorprendido. Con eso me siento muy aceptada. Si tenemos ganas de salir, lo hacemos, y encargamos a los bebés con mis suegros.

Cuando descubrimos una diferencia, la conversación se dirige a obtener información sobre cómo hizo la persona para lograrlo, explorando recursos, valores y habilidades.

T: ¿Cómo lo logras?

P: Creo que lo que él necesita cuando llega a casa es verme feliz, de buen ánimo.

T: ¿Cómo haces para que eso ocurra? ¿Recuerdas la última vez?

P: Por ejemplo ayer, yo estaba con los niños riendo, jugando, y llega él, y cuando me ve sonreír le cambia la cara. Cuando él llega y nos ve jugando y sonriendo, su rostro es diferente. Cuando de repente le doy un besito y le digo «hola, ¿qué tal?», él también cambia, es distinto, me he dado cuenta de eso hace mucho tiempo. Varias veces cuando él ha llegado a casa y yo simplemente le he dicho «hola», siempre me ha dicho: «Paola, está bien un hola, pero salúdame con cariño». Entonces, ahora me doy cuenta de eso.

T: Eso quiere decir que las cosas son mucho mejores cuando tú lo recibes con cariño, cuando él abre la puerta y te ve jugar con los niños y tú lo miras a él y te acercas a darle un beso… Sabes, me recuerda un poco a esta publicidad que se ve en la televisión, cuando llega alguien especial y de pronto todo se pone en cámara lenta y se ilumina de manera especial, como un momento mágico. Me genera esa sensación. ¿Qué te parece que va mucho mejor, qué resulta más manejable en esas horas que tienen por delante, cuando él te encuentra de esa manera?

Es importante resumir lo que hemos comprendido y devolverlo usando el mismo lenguaje, las mismas palabras que ha usado la persona para describir esta experiencia. Incluso devolverle esto que hemos escuchado a través de una imagen o metáfora que grafique todo lo que sentimos.

P: Cenamos juntos y podemos conversar o estar junto a los pequeños, también pasamos tiempo como papás porque no estamos los dos junto a los chicos en todo el día. Él me cuenta cosas del trabajo… (hace una pausa).

T: ¿Y qué más sucede?

¿Qué más?

Esta pregunta se dirige a conocer y ampliar aún más todos los detalles que son claves para descubrir recursos y valores importantes para las personas (Bannink, 2010). En nuestro caso, acudimos a esta pregunta para averiguar qué más ocurre en los momentos agradables en la relación de Paola y Eduardo.

T: ¿Y qué más sucede?

P: (Sonrisa) Vemos la televisión o a veces él va con los chicos y los acuesta, o simplemente se queda dormido. No hay más nada.

T: Paola, ¡qué buen comienzo! Entonces, cuando él llega y te encuentra feliz y sonriente, a veces cenan juntos, se sientan a conversar de cosas de la empresa… ¿Cómo conseguiste que sucediera todo esto? ¿Cómo conseguiste ayer recibirlo cariñosamente, con un abrazo, con un beso? ¿Qué pusiste de tu parte que antes no habías puesto?

Este movimiento nos permite atribuirle a Paola el control de la situación.

P: Queriéndolo… (Paola da un largo suspiro). Queriendo que sea diferente a otros días.

T: ¿Tú pensaste eso? ¡Wow!

El factor ¡Wow!

Para Insoo Kim Berg, unas de las creadoras del enfoque centrado en soluciones, parecía muy importante usar la afirmación ¡Wow! (Kay, 2010). Usaba un tono de voz que modulaba en gran medida: algunos momentos era un «¡Wow!» muy tranquilo y en otros aparecía sencillamente como un estallido, como una gran explosión. Usaba su cuerpo, se inclinaba hacia atrás o hacia delante, abriendo más los ojos al afirmar la expresión. Otras veces colocaba su mano en la barbilla, en silencio, dejando que la otra persona sepa que se había quedado absorta con lo que había escuchado.

P: Claro.

T: ¿Te dijiste «hoy tiene que ser diferente a los otros días»? ¡Wow, eso me sorprende!

P: Claro, me he preguntado, «¿qué puedo hacer ahora ya que los días anteriores han sido terribles?».

T: ¿Y cómo se te ocurrió hacerte una pregunta tan ingeniosa? Preguntarte, «¿qué puedo hacer hoy para que sea diferente a otros días?». Es una pregunta tremendamente ingeniosa. ¿Cómo se te ocurrió hacerla?

P: Estoy tratando de que haya un cambio. Que por lo menos mi esposo cambie para yo cambiar. Recordé lo que me decía mi suegra también: «trátalo con cariño. Así venga a casa de muy mal humor. Trátalo bien, con mucho cariño». Como señala la Biblia, «la blanda respuesta aplaca la ira». Mi suegra me dijo eso, «si te contesta mal por teléfono, tú haz lo contrario». Esta semana hubo un problema muy grande, lo llamé y él me respondió muy mal, le dije que jamás lo llamaría, pero él luego me explicó que había tenido un gran problema, y luego me llamó para disculparse pero yo ya no le contesté. Y desde entonces siempre trato de recordar, cuando él está malhumorado y corro el riesgo de que me responda mal, recordar siempre, tratarlo con cariño, porque sí funciona.

T: Paola, cuéntame, ¿de qué manera el seguir tratando a Eduardo con cariño hará que las cosas marchen mejor en la relación?

La proyección al futuro

Sirve para orientar a las personas hacia un próximo objetivo útil y bien formado a través de acciones concretas. Crean un futuro que sirve para guiar el proceso de la terapia y ayudan a las personas a identificar las cosas que ya van bien, además de sus avances, generando un profundo impacto terapéutico (Beyebach, 1999).

P: Yo creo que sí mejorarían muchísimo porque, ¿sabes qué? Eduardo muchas veces me ha pedido que sea más cariñosa con él, me ha pedido que sea más dulce. Yo sí sé que soy muy ácida con mis comentarios y mis expresiones, y entonces él me ha pedido que sea más amorosa, que sea más dulce y evite los comentarios ácidos cuando él está contándome algo.

Ampliar el cambio

T: Paola, ¿y alguien advirtió ayer que estuviste más cariñosa con él y tuviste un día diferente?

Esta vez ampliamos el cambio tratando de buscar «testigos externos» que pudieran brindarnos más detalles sobre estas excepciones.

P: No.
T: ¿Los niños?
P: Mariana percibe todo el problema que hay entre los dos, y ella me ha visto triste y llorando. Ayer me dijo: «¡mami, estás feliz!». Me lo dice a mí pero no a su papá. Mariana es muy observadora.
T: ¿Y tú ayer notaste todo lo bueno que estabas haciendo?

Hasta este momento nuestra conversación se sostiene sobre las soluciones, centrándonos en los aspectos positivos y todo lo que pudiera favorecer una percepción distinta en la construcción del cambio terapéutico.

De Shazer (1997) señala que en algún sentido la entrevista centrada en soluciones puede describirse simplemente del modo siguiente:

> El cliente es como un escritor a quien no le gusta para nada el final del capítulo en el que está trabajando. Le comenta esta preocupación a su editor, quien se fija en lo que ha escrito hasta ese momento y, entonces, como el editor llega con una mirada nueva, es capaz de sugerir finales alternativos. Pero queda a criterio del autor decidir si algunas de las sugerencias son viables o le sirven. Con frecuencia, el solo hecho de oír que existen otros finales posibles es suficiente para ayudar al autor a superar su insatisfacción respecto a la obra. Por supuesto que el editor se convierte entonces en una especie de coautor, porque el final se basa en el hecho de que él le ha proporcionado al autor visiones alternativas de su propia realidad (96).

T: ¿Y tú ayer notaste todo lo bueno que estabas haciendo?
P: Sí.
T: ¿Qué de lo que viste ayer, qué detalles puedes ver ahora con claridad que señalen que valió la pena ser cariñosa con él?
P: Que por lo menos hoy por la mañana me diera un beso, se levante y me diga «llámame al trabajo hoy, me gustaría escucharte, llámame por cualquier cosa». Y él así nomás no me dice «llámame».

Hallamos una excepción más y compartimos otra expresión de sorpresa. Es importante mantener el buen humor y señalar también un pequeño gesto de incredulidad y curiosidad que le otorguen emoción, valor y un sentido de agencia a lo que Paola ha logrado.

T: ¡Wow! ¡Es sorprendente! ¡Eres una caja de sorpresas! ¿Eso te dijo hoy? ¿Y hacía mucho tiempo que no hacía ni decía eso?
P: No, lo que pasa es que yo también siempre me despertaba muy fastidiada por todas las frustraciones que provocaba la mala comunicación y el no saber qué hacer, por no saber cómo comunicarme, todas estas cosas a mi… (hace una pausa).
T: Oye, pero tienes a tu lado a un esposo que reconoce todo tu esfuerzo y reconoce lo que haces, por eso al inicio yo intuía que teníamos una gran oportunidad en esta posibilidad de tener a tu esposo muy sensible a cada uno de los cambios, casi como un radar. Hoy ya empezó respondiendo a ese cambio de ayer dándote un beso y pidiéndote que lo llames.
P: Sí, porque hace muchísimo tiempo que no lo hacía.
T: Ajá, ese «llámame» hizo que te dieras cuenta de que él también se había dado cuenta de que habías empezado a ser más cariñosa.
P: Sí.
T: ¡Sorprendente!

Es importante mostrar nuestra sorpresa cada vez que podamos. Es una manera de «subrayar» partes importantes del «texto».

P: A veces hay cosas que también no sé si decir o no, para mí estos detallitos son muy importantes.
T: ¿Qué me diría Eduardo si estuviera aquí y yo le preguntara qué hizo ayer Paola que fue tan lindo para ti, que hoy te levantaste, le diste un beso y le pediste que te llamara? ¿Qué me respondería Eduardo?

En este momento introducimos directamente a Eduardo dentro de la conversación considerando que, cuando una persona ha sido enviada por otra a consulta, es importante saber: ¿cómo advertirá esta otra persona que ha encontrado lo que buscaba?, ¿comparte las mismas expectativas de la persona que nos visita?

P: Que me atendió muy bien ayer, me sorprendió con una rica cena, un rico locro de zapallo,[61] y me preguntó si quería más chicha morada[62] y me dio el postrecito, lo compartimos en la cama aprovechando que los niños ya estaban dormidos. Que me diera toda esa atención que necesito, de por lo menos llegar a la casa y saber que alguien me espera, que me haga sentir un poquito bien, mejor, con cariño.

T: Si le hiciera otra pregunta a Eduardo, por ejemplo, qué otra cosita pudo haber hecho Paola que aumentara aún más la alegría y el bienestar, ¿qué me respondería?

P: Conversar un poquito más, contarme qué han hecho los chicos durante el día, cómo se han divertido, qué novedades tiene de Julito, si ha jugado o no con su hermana y qué tal le fue a la niña en el día.

T: Ok, ok. Paola, ¿cómo te las arreglaste para mantener el ánimo ayer, el ánimo de un día distinto?, ¿cómo te convenciste de que era la manera adecuada?

Continuamos atribuyendo el control a Paola y generando agencia.

P: Ayer no fue un día fácil pero pude sacar buen ánimo, que a veces con dos niños no se puede… pero puse buen ánimo.

T: ¿Sucedió algo antes que te inspiró o te motivó a ser cariñosa?

P: Ver su sonrisa, ver que es feliz cuando mira a sus hijos y yo poder expresarle mi amor con otra sonrisa.

T: Sácame de una duda: ¿tú creaste las condiciones para que los chicos pudieran recibir contentos a su papá y le pudieran arrancar una sonrisa, o sucedió de manera espontánea?

P: Claro, yo tuve que crear todas esas condiciones.

A través de la «duda» podemos seguir explorando acciones, propósito y responsabilidad: hacemos preguntas antes de hacer afirmaciones.

T: Porque pudiste de pronto crear otro cuadro, ¿no? Lo que te ayudó a ti fue crear una buena condición.

P: De hecho, porque escuchar que Mariana grita «papá» y Benjamín está conmigo, nos une como familia, nos permite conversar y convertir a nuestros hijos en el centro de atención.

T: Ajá, creaste una buenísima condición a su llegada, creaste un cuadro que le arrancó una sonrisa y eso te ayudó muchísimo. ¿Qué pusiste de tu parte esta vez que no hayas puesto en otro momento?

Marcamos otra acción-excepción importante.

P: La sonrisa.

T: ¿Sonreír?

P: Sí, yo generalmente no sonrío mucho.

---

[61] Plato típico peruano.

[62] Bebida típica peruana.

T: Ok. Y tu familia, tus hijos, ¿te ayudaron a sonreír? ¿Cómo colaboran los pequeños?

P: Las ocurrencias de los dos. Pueden hacer mil travesuras pero después me río de lo que hacen. Para qué renegar si son niños, hay que tener buen ánimo.

El buen ánimo se convierte en una de los recursos más importantes de Paola.

T: ¿La tarea de estar en casa con los niños es dura?

P: Sí, termino cansada pero Eduardo me ayuda con los chicos. Podemos tener problemas, puede llegar muy molesto, pero es un papá que ayuda.

Otra nueva excepción y una fortaleza de la relación que Paola valora muchísimo.

T: ¿Algo más tuvo que ver con que te animaras ayer a tener un día distinto?

Seguimos explorando a través de la pregunta «¿qué más?».

P: Yo tengo mucho en mi cabeza que mi esposo con otra persona pueda tener un día bueno y de mucho acercamiento. Yo quiero hacer lo mismo, quiero llevarme bien con él.

T: Bueno, han mejorado las cosas esta última semana. ¿Hay otras cosas que hayan mejorado?

P: Nosotros somos mormones, somos creyentes, y parte de nuestra religión es rezar, orar a Dios. Yo le pido mucho a Dios que me ayude a poder encontrar la forma de tratar mejor a mi esposo. Yo siento que mi esposo estos últimos días me ha visto orar, entonces, él ve que yo estoy arrodillada orando, piensa «mi esposa está orando, voy a acompañarla» y él viene y se arrodilla conmigo, es una de las primeras veces que veo a mi esposo arrodillarse a mi ladito sin que yo se lo pidiera. Me desperté, hice la cama, me arrodillé y al verlo a mi lado le dije, «ok, yo empiezo la oración, vamos juntos». Hay ciertas cosas que van cambiando, me he dado cuenta de eso, tal vez él no lo perciba pero yo sí lo percibo, y como te digo, con el detalle de mostrarle mi sonrisa, es bastante, yo a veces a esos detalles no le he dado importancia, pero ahora siento que esas cosas…

T: Es demostrar un sentimiento importante en la relación, el compañerismo, el amor, sentimientos muy importantes…

P: Jorge, a veces hago… por ejemplo, lo veía muy ofuscado, y le dije: «el miércoles tenemos cita con el terapeuta», y me respondió: «yo no creo en esas cosas». Yo sé que él estaba ofuscado, y agregó: «además, cambia tú primero para yo después cambiar mi vida». Eso me dejó bien dolida, y conversamos luego, en la noche, y desde ese día hasta ahora he visto que han cambiado ciertas cosas.

T: ¿Él ha cambiado en la medida que tú has cambiado?

Remarcamos y exploramos la base relacional del cambio y hallamos un aprendizaje.

P: Eso debe ser cierto. Como me comentaste al inicio, cambia uno y cambian todos.

T: Qué bueno, Paola, buenísimo… ¿Te has sentido cómoda hoy?

Es importante saber cómo se ha sentido la persona con nuestra conversación para reconocer qué otros aprendizajes se han producido.

P: Sí, la diferencia ha sido saber que estas cositas, que parecen muy pequeñas, en realidad generan bastante.

El principio de que la terapia breve centrada en soluciones avanza a paso lento y que solo es necesario un pequeño cambio (Lipchik, 2004) ya forman parte del aprendizaje de Paola y la relación terapéutica.

La pausa, el mensaje de recapitulación y la sugerencia

Peter Lang (2008), para referirse al aprendizaje como contexto para el cambio, señala que la importancia de la construcción y otorgación de sentido radica en que, cuando algo es significativo, permite saber «cómo seguir adelante». Y cita a Wittgenstein como uno de los primeros -año 1928- en marcar la necesidad de llegar a una nueva comprensión de la comprensión y de examinar las pautas que la conectan, idea que posteriormente desarrolló Gregory Bateson hasta convertirse en uno de los autores más influyentes del cambio epistemológico desde *Naven* (1935) hasta *Pasos hacia una ecología de la mente* (1976).

De manera que cuando una persona siente y manifiesta que algo tiene sentido y significado, puede seguir adelante con el vivir, las relaciones, la conversación y su capacidad de aprendizaje.

La creación de significado es uno de los propósitos más importantes del mensaje de recapitulación (Lipchik, 2004). Para Bateson, como para Wittgenstein, las pautas y conexiones están ligadas al otorgamiento de significado o a la experiencia de que algo es verdaderamente significativo. El mensaje de recapitulación es un desarrollo posterior de la terapia breve centrada en soluciones, ideado por Eve Lipchik, que reemplaza lo que originalmente se conocía como mensaje de intervención y que incluía un elogio, las indicaciones que eran necesarias y, finalmente, una tarea (de Shazer, 1982).

¿Cuál era el interés de Lipchik con este movimiento? Que el mensaje pasara a formar parte de un proceso que se orientara mucho más en la cooperación que en la estrategia. La tensión que da lugar a este movimiento en el pensamiento y la práctica de Lipchik se sitúa en la sensación de que el mensaje de intervención se apoyaba en los discursos del diagnóstico y la prescripción médica. Así, con este cambio, el mensaje de recapitulación pasó

a diseñarse con el propósito de que reflejara, además de empatía, el patrón de preguntas y respuestas que relacionaron al terapeuta y la persona hasta el final de la sesión. La perspectiva de colaboración y cooperación acabó con el concepto de «resistencia», con lo cual se dejaron de usar prescripciones de tipo paradójicas. La terapia breve centrada en soluciones empezó así a tomar cierta distancia del modelo de prescripciones creado por el *Mental Research Institute* de Palo Alto (Fisch, Watzlawick & Weakland, 1992).

Para diseñar el mensaje de recapitulación agrupamos una serie de momentos particulares, creando una narración que remite a aquello a lo que apunta Bateson cuando se refiere a la *pauta que conecta*, que es la materia con la que se construyen esos relatos capacitantes que hacen posible describir y construir un relato acerca de lo sucedido en sesión, que a su vez hace posible que tenga lugar un aprendizaje. El proceso de recapitulación tiene, como la literatura, una finalidad permanente: es una suerte de presentación de destinos. Es una forma de proyectarse y construir desde la narración hacia el futuro. Se diseña con el propósito de reflejar, al final de la sesión:

- Una respuesta de lo que hemos oído y comprendido sobre la situación de la persona.
- Una pregunta a las personas sobre si están o no de acuerdo con nuestra percepción, construcción y respuesta (si es necesario hacemos un reconocimiento de las correcciones ofrecidas por la persona).
- Otra respuesta de los terapeutas que ofrece nueva información o un punto de vista diferente, incluida una sugerencia.

El mensaje de recapitulación sigue una estructura de tres partes: el resumen, la declaración y la sugerencia.

Al finalizar, le pedí a Paola que me diera diez minutos para poner en orden todo lo que había recibido de nuestra conversación. A mi regreso, el mensaje de recapitulación ofrecido a Paola quedó de la siguiente manera:

> «Gracias por tu tiempo, Paola. Hoy te oí decir que lo que te trae por aquí es un problema de mala comunicación con Eduardo, tu esposo, que te pide conversar más y saber de ti; en sus propias palabras: «tú nunca dices nada». Parece que esto fuera un gran problema pero tú me has traído hoy una historia fabulosa de cambio, porque lo que me has contado hoy es eso: una historia de cambio que se ve potenciada por el entusiasmo que tiene Eduardo en que tú cambies, y por esa sensibilidad que le ha puesto a esta tarea. Yo creo que nos encontramos en medio de una gran oportunidad que ya has empezado a aprovechar. Me parece muy acertada tu decisión de venir aquí aunque sea sola, y muy comprensibles tus dudas iniciales acerca de la terapia de pareja. Noto que tú y Eduardo parecen querer lo mismo y esto me indica que ambos hacen esfuerzos por salir adelante y ser más felices. Me impresionó tu optimismo, ayer decidiste acabar con el problema creando un ambiente familiar muy lindo y agrada-

ble para recibir a Eduardo, ¿verdad? Con los niños felices con su llegada y con Eduardo con una gran sonrisa que te permitió recibirlo con un gran abrazo. Lo sorprendiste con una rica cena, un locro de tu propia creación y le ofreciste chicha morada, cosa que le gustó mucho. Te llevaste el postrecito a la cama y le diste la atención que necesitaba. ¿Qué obtuviste a cambio? Un beso de buenos días hoy y el pedido de una llamada: él te dijo: «Oye, Paola, llámame». Y hasta una razonable explicación de por qué no podía venir hoy a acompañarte, diferente a la del día domingo, mucho más alentadora, ¿verdad? Lo que dijo hoy es más positivo y eso parece ser resultado del cambio de ayer. Y todo esto lo has creado tú misma, Paola, todo esto ha sido resultado de tu propio esfuerzo, sin más ayuda que tu voluntad, tu decisión y tu creatividad. Si continuamos de esta manera, yo creo este problema dejará de afectarte más rápido de lo que imaginamos. Te felicito hoy muy sinceramente, porque lo que me has venido a contar es la historia de un cambio, de una solución, más que la historia de un problema, y ha sido muy bonito escucharlo, conocer tu esfuerzo, lo que has llevado a cabo para cambiar esta situación. Es bueno saber que no has sido una receptora pasiva del problema sino que has estado siempre respondiendo. Ahora, considerando todo lo que te escuché decir y queriendo asegurarme de no cambiar nada de lo bueno que vienes haciendo, a mí me gustaría sugerirte algo para esta semana, para continuar con lo que ya comenzaste. Me gustaría que de aquí hasta la próxima vez que nos veamos, observes, casi como un detective, las cosas que te gustaría que en tu relación con Eduardo continuaran sucediendo. Diariamente me gustaría que tomes nota de todas las cosas que no te gustaría cambiar, para que puedas describírmelas la próxima vez. También me gustaría saber si estás animada a mantener la magia de este cuadro que ayer has creado para recibir a Eduardo. Tal como lo vienes haciendo hasta ahora: siendo cariñosa, creando este marco tan bonito que les permite a los dos sonreír. ¿Estás dispuesta?».

La segunda sesión

La segunda sesión incluye las siguientes consideraciones (de Shazer, 1999):

- Construir el intervalo de tiempo que ha transcurrido como un periodo en que se ha mantenido el cambio, han sucedido cosas nuevas y se ha logrado alguna mejoría.
- Verificar si la persona considera que la primera sesión resultó provechosa y la llevó a percibir que las cosas mejoraron.
- Ayudar a la persona a determinar qué está haciendo o qué cosas han sucedido que conducen al logro de los objetivos, de modo que la persona pueda saber en qué puede seguir perseverando.

- Determinar si los logros obtenidos han hecho que las cosas marchen tan bien como para considerar si es necesario seguir con la terapia.

Si la persona no describe ninguna mejoría, evitar persistir con lo que hacemos y no tiene buenos efectos, y provocar que la persona logre hacer algo diferente.

De manera que empezamos por *construir el mejoramiento de la situación:*

T: ¿Cómo te ha ido? Cuéntame, ¿qué ha sido lo mejor de esta semana?

P: Muy bien, a pesar de los desafíos de comunicación, desde ese día todo mejor hasta el domingo, que ha sido el mejor día, el día desencadenado, pudimos conversar más profundamente de qué nos pasaba a los dos, por qué no me comunicaba bien con él. Empecé a conversar todo lo que tenía que haberle contado. Le hablé de mi niñez, de las cosas que me habían frustrado, de por qué no me resultaba fácil hablar con él, de muchas cosas de las que me avergonzaba, conversando todo lo que he podido.

T: ¿Qué has notado en él?

P: Mucho interés, un gran interés por escucharme a raíz de todo lo que le conté, como que se interesaba más. He notado más esperanza en él en que nuestra relación va a mejorar. Otra cosa es que empecé a buscar mucho más iniciar una conversación, incluso ahora estoy conversando tanto que ya me pide que pare para poder dormir (risas).

T: ¡Qué bueno! ¿Y qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo?

Esta pregunta explora una de las sugerencias hechas en la sesión anterior y una de las consideraciones expuestas anteriormente:

> «Me gustaría que de aquí hasta la próxima vez que nos veamos, observes, casi como un detective, las cosas que te gustaría que en tu relación con Eduardo continuaran sucediendo».

P: Que él se note interesado en que yo quiero cambiar y seguir contándole mis cosas. Él me ha dado mucha confianza.

T: ¿Qué más has observado que te da mayor confianza en ti misma?

A través de esta pregunta exploramos las situaciones concretas que han permitido que Paola sienta más confianza. El énfasis está puesto en la acción y el significado (Bruner, 1991).

P: Que sí me puedo comunicar muy bien; que, por ejemplo, puedo ponerme en el lugar de la otra persona, ahora sí, antes no, ahora puedo ponerme en sus zapatos y sentir cuáles son sus necesidades.

T: ¿Y eso es importante?

P: Claro, porque él siempre me decía: «tú no me entiendes», él quería alguien con quien por lo menos pudiera compartir y decir lo que siente,

y ahora sí puedo sentir lo que se siente. Antes me lo tomaba muy a la ligera pero ahora sí puedo hacerlo.

T: ¿Qué otras cosas positivas has descubierto?

P: Que lo trato con más cariño. Yo quiero a Eduardo un montón, pero era poco cariñosa.

T: Por ejemplo, ¿qué has estado haciendo?

P: Pues esta semana empecé a dirigirme con más palabras cariñosas, empecé a usar la palabra «papito» con la que me dirigía antes a él: «Papito, ¿cómo te ha ido hoy?», demostrando que con un abrazo, un masajito y haciendo que el ambiente en la casa sea más amoroso, incluyendo a los chicos, he creado la atmósfera de hogar que siempre he querido.

T: Ajá, estás más cariñosa.

P: Sí, y también haciendo notar que me quiero comunicar más con él y engriéndolo mucho, preparando las cosas que nos gustan.

T: Ajá, has continuado con lo que iba muy bien.

P: Sí, el jueves le propuse ver una película y él se ofreció a hacer una pizza.

T: ¡Wow! ¿En serio?

P: Sí, alquilamos una película y le dije que haría dormir a los chicos temprano y estuvo de acuerdo, y nos quedamos dormidos comiendo la pizza que él hizo. Siento que él por lo menos está viendo que tengo iniciativa y eso es muy importante, ya que, a pesar de sentirme cansada, puedo hacer algo y estoy más proactiva.

T: Paola, ¿alguien más ha notado este cambio?

P: Bueno, solo mi esposo y yo.

T: ¿Qué te hace pensar que él ha notado este cambio?

P: Yo le he preguntado si ha visto algo diferente estos días y él me ha dicho que estoy más animosa, que está viendo todo este cambio en mí.

T: ¿Cómo ha influido eso en él?

P: Lo he visto más contento.

T: ¿Y has notado algún cambio en él? ¿Algo que esté haciendo distinto?

P: Está más cariñoso. Me abraza, hace cosas que no hacía, me besa, me dice «te quiero», cuando me responde el teléfono me dice «hola, amor, ¿cómo estás?». Cosas que no decía hace mucho tiempo. También él me está llamando por teléfono y ha dejado de ser parco y arisco con las llamadas.

T: ¿Ya no es parco ni arisco?

P: No, ya no lo llamo con el temor de antes. Por ejemplo, un cambio el día de hoy: me preguntó a qué hora vendría a consulta y a pesar de tener trabajo en la oficina pasó a recogerme para traerme hasta aquí, volver a la oficina y después venir a recogerme.

T: ¡Esto es increíble! ¡Te felicito!

El resto de la conversación se basó en la atención y la confianza que había empezado a sentir Paola cada vez que conversaba con Eduardo. Su esposo le afirmó que a él le gustaba muchísimo escucharla y saber de ella.

Las historias que continuó relatando Paola se basaron en el interés y la confianza que durante toda la semana Eduardo le había mostrado.

T: ¿Cómo te las arreglaste para sacar todo esto adelante? Para ser más cariñosa, decir cosas bonitas, comunicarte mucho mejor. ¿Qué pusiste de tu parte que fue clave?

P: Ya no aguantaba más, tenía mucho fastidio y quería sacármelo de encima de una buena vez. Tanto tiempo había pasado de no poder comunicarme con él, que cuando él me abrazó mientras le contaba algo tan íntimo sentí mucha confianza, me sentí reconfortada y protegida. Yo he respondido de la misma forma a todo eso. El interés que he mostrado por él, la motivación, el saber qué es lo que tengo que hacer ahora es muy, muy importante. Y así, hemos llegado a un acuerdo sobre lo que debemos seguir haciendo. Ahora que recuerdo, sobre tu pregunta anterior, la mamá de Eduardo también se ha dado cuenta de este cambio porque me hizo notar algo estos días: que Eduardo está llegando más temprano a casa. Antes llegaba tarde y mi suegra siempre me repetía: «¿Por qué llega tan tarde Eduardo? Pídele que llegue más temprano». Esta semana mi suegra me hizo el comentario: «Oye, Paola, Eduardo está llegando más temprano a casa, ¿qué ha pasado?» (risas). Así que le conté que estábamos mejorando y se alegró mucho. Ella se ha dado cuenta.

T: ¿Qué no cambiarías por nada del mundo y te gustaría que continuara sucediendo?

P: Seguir mostrando interés en comunicarme, dar afecto, tomar la iniciativa en algunas actividades como ver una película y engreírlo, sobre todo con la comida.

Preguntas de escala numérica

> «Cualquiera que haya jugado con números sabe que estos, como las palabras, pueden ser mágicos».
> Steve de Shazer e Insoo Kim Berg (2001).

Los números nos hablan de historias y son una herramienta terapéutica que facilita el tratamiento. Usamos escalas para «medir» la percepción que tiene la persona de sí misma en relación con el objetivo que quiere alcanzar, esclareciendo sus metas, motivándolas y alentándolas a seguir adelante con lo que resulte importante.

T: Paola, en una escala del 1 al 10, donde 1 significa el momento en que peor han estado las cosas y 10 el momento en que la dificultad que te trajo aquí ya se disolvió y podemos dar por terminada la terapia, ¿en qué lugar te ubicas hoy?

P: Ahorita en el 8.

T: ¿Y si te hubiese preguntado esto la semana que pasó?

P: Sí me lo preguntaste y te dije que estaba en el 3.

T: Ya lo recuerdo.
P: Sí.
T: Y en otra escala donde 1 señale que no tienes confianza de que los cambios que has conseguido se mantengan, y 10 significa que tienes absoluta confianza en mantener estos cambios, ¿en qué lugar te ubicas en este momento?
P: En el 8 también. Tengo esperanza y confianza en mí misma.
T: Y en una escala del 1 al 10 donde el número 1 señala que no estás dispuesta a aceptar alguna otra sugerencia que yo te haga, y 10 que estás totalmente dispuesta a aceptar alguna otra sugerencia, ¿en qué lugar te ubicas?
P: En el 9, tus sugerencias han sido muy importantes.

Una conversación con preguntas de escala permite construir el futuro y evaluar las amenazas.

T: ¿En qué vas a notar más adelante que te encuentras en el 9?
P: Notar que mi esposo y yo seguimos entendiéndonos mejor.
T: Explícamelo, porque ahora parece que ya están muy cerca. ¿A qué situaciones te refieres?
P: Metas comunes, organizar nuestra vida familiar. Era algo que lamentaba Eduardo cuando no podíamos comunicarnos bien. En eso renegábamos. Creo que esto se logra platicando, así que eso es lo que espero yo en adelante, que, con lo que he logrado hasta ahora, más adelante podamos organizarnos y planificar. Con eso ya me sentiría muy bien, en un 10. Planificar, organizarme y tener metas en común.
T: Y comenzar a generar este tipo de actividades, ¿es algo que va a depender de Eduardo o va a depender de ti?
P: De los dos, pero yo quiero dar la iniciativa.
T: ¿Y has pensado ya en cuál sería el mejor momento para planificar y organizar estas cosas?
P: Yo pienso que el mejor momento no es de noche, tiene que ser bien temprano, un sábado. Porque hacerlo de noche es tedioso ya que estamos cansados y no podemos hacer nada.
T: ¿Y cómo crees que él va a responder a tu iniciativa?
P: Con muchísimo agrado.
T: Entonces, un sábado en la mañana es el momento perfecto.
P: Sí.
T: ¿Y eso es algo que va a suceder pronto o crees que necesitas todavía algo de tiempo?
P: Yo creo que sería este fin de semana. Mientras más pronto se hagan los cambios, mejor, porque si uno alarga estos proyectos después se enfrían.
T: ¿Cómo llegaste a pensar que cuando uno alarga estos proyectos se enfrían y no se realizan?

P: Uno se olvida y no le presta tanta importancia, pero cuando te están sucediendo esta serie de cambios es mejor aprovechar la oportunidad del momento, seguir tejiendo el cambio para que se note.
T: Y ya que hablamos de cambios, ¿qué crees que necesitas continuar haciendo para que estos cambios persistan y se mantengan?
P: Constancia en el trato, en el cariño, en la comunicación.
T: ¿Hay algo que podría ocurrir que pudiera convertirse en un obstáculo, en una amenaza para mantener esto que ya has logrado?
P: Puede ser el estrés del trabajo. Siempre he pensado que cuando pasa algo horrible en el trabajo puede afectar a la familia.
T: ¿Qué disposición debes tener si de pronto Eduardo se encuentra bajo los efectos del estrés en algún momento? ¿Qué habilidades has descubierto para hacerle frente al estrés y ayudarle?
P: Hablarle bien, dirigirme a él con empatía y darle ánimos. Decirle que las cosas van a salir bien.
T: ¿Has hecho eso ya alguna vez?

Buscamos excepciones en el pasado, momentos en los que haya podido desplegar estas habilidades.
P: Sí, darle ánimos. Y me ha funcionado.
T: ¡Genial!

Finalmente, nos tomamos diez minutos de pausa para hacer una recapitulación y volver con lo siguiente:

> «Paola, quiero felicitarte sinceramente hoy porque has estado haciendo muy bien las cosas. Estás marchando en la dirección que has elegido y que para ti era la correcta y eso me llena de orgullo. Tú has continuado esta semana potenciando lo que ya venías haciendo. ¿Cómo has hecho para ubicarte tan bien en nuestra escala en una sola semana? Estás conversando mucho más con Eduardo, te has animado a contarle aspectos de tu vida que él desconocía y que son muy importantes para ti y ahora también son importantes para él. Te estás mostrando cada vez más cariñosa y estás recibiendo también la misma clase de cariño, y no solo eso: estás recibiendo también palabras dulces de Eduardo que han hecho desaparecer el miedo que tenías de llamarlo por teléfono, comunicarte, preguntarle cómo está. ¿Y sabes qué es lo que realmente a mí me sorprende? Que hayas sido capaz de sentarte con Eduardo y hablarle de tus sentimientos. ¿Y sabes por qué me sorprende? Porque era la tarea más complicada. Seguir desarrollando una habilidad que habías dejado dormir. Has sido capaz de hablar, de escuchar y de expresar lo que sentías. Eso es fabuloso. Sin conocer a Eduardo, sin haber conversado una sola vez con él, sin que él haya venido a terapia y sin que él haya estado de acuerdo en cambiar, él está cambiando. Está pasando

de haber sido arisco a ser cariñoso, y eso es fruto de tu esfuerzo. Estás comprobando la regla de que si cambia uno cambian todos, que estuvimos conversando la semana pasada. ¿Qué nos queda por delante? Continuar en la senda del afecto, del mostrar interés, de tomar la iniciativa, engriéndolo. ¿Algo más que debe suceder? Me dijiste que sentirías que has dado el paso definitivo si empiezas a planificar acciones y organizarte familiarmente. Has dicho que lo mejor sería hacerlo por la mañana y de preferencia un sábado, porque por las noches corres el riesgo de que estén cansados y las condiciones no sean los mejores.

¿Qué tengo para sugerirte hoy? Que sigas tu camino, haciendo más de todo aquello que funciona y que está generando todo este bienestar y esta ola de cambios que estamos atestiguando ahora. No necesitamos más que aquello que estás haciendo muy bien».

¿Cuándo acabar con la terapia?

Pactamos la siguiente cita en tres semanas. Dos días antes de vernos recibí su mensaje a través del correo electrónico:

«Jorge, las cosas marchan muy bien, ahora puedes escribir mi historia en tu *blog*. ¡Qué bueno descubrir que son reales!, jajaja. Creo que por ahora no será necesario que nos volvamos a ver. Me dijiste que era yo la que decidía el momento indicado y pienso que hace falta algo más de tiempo para saber que vamos en la dirección correcta. Yo te llamaré. Por cuestiones de salud de mi hija también iba a postergar nuestra cita. No contaba que ella se iba a enfermar (tiene aftas en toda la boca, y eso es muy doloroso), así que soy su enfermera de todo el día. Todo esto ha sido tan rápido que a veces yo misma no me lo creo, pero, para resumir, Eduardo y yo estamos yendo muy bien. Gracias por hacerme ver que cuando uno decide cambiar, el resto también cambia. Gracias nuevamente».

Un mes después le escribí a Paola y las cosas seguían marchando muy bien. Dejé que pasaran seis meses más para enviarle un cuestionario de seguimiento (Beyebach et al., 1999) y evaluar su progreso (Cuadro 2), prometiéndole que escribiría nuestra historia.

CUADRO 2: CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO
Instrucciones: Llenas los espacios en blanco con las respuestas indicadas.
1. Tú viniste a consulta para…… y tuviste dos sesiones. ¿Cómo están las cosas ahora respecto a eso que te trajo a consulta?
2. En una escala del 1 al 10, donde 1 sería el momento en que los problemas que te trajeron a consulta estuvieron peor, y 10 es el momento en que estos problemas están resueltos del todo, ¿cómo están ahora las cosas?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. ¿Se resolvió el problema en terapia?
Sí, del todo Sí, en parte No, nada
4. ¿Hubo mejoría en otras áreas?
Sí No
¿En cuáles?
5. ¿Han surgido problemas nuevos desde que dejaste la terapia?
Sí No
¿Cuáles? ¿Cómo los resolviste?
6. ¿Has consultado el problema con otro profesional?
Sí No
¿Por el mismo problema? ¿Con qué profesional?
7. En general, la terapia que llevaste conmigo fue:
Muy útil Algo útil Nada útil
8. ¿Estás satisfecha con el servicio recibido?
9. ¿Qué cosas de la terapia recuerdas que te resultaron más útiles o te gustaron más?
10. ¿Qué cosas de la terapia no te parecieron útiles o no te gustaron?
11. ¿Hay algún comentario que quisieras hacer?

Los resultados del cuestionario terminaron por señalar que Paola percibía en un 9 el haber resuelto el problema del todo. Afirmó que colocarse en un 10 sería imaginar que las cosas marchan a la perfección cuando en realidad no cree haber llegado hasta allí, considerando que se siente muy cómoda en el 9. Piensa que resolvió del todo el problema en terapia y que hubo mejorías en otras áreas, como la sexual y el tiempo que pasan junto a sus hijos y la familia de Eduardo. No han surgido nuevos problemas desde que terminó la terapia, considerando que en general esta fue muy útil, quedando satisfecha con el servicio recibido. Lo que le pareció más útil de la terapia fue saber que si cambia uno pueden cambiar todos y que no es necesario tener a la pareja en terapia para desarrollar una terapia de pareja y mejorar la relación: el baile comienza con una sola persona (Weiner-Davis, 2000).

Conclusiones

Como su nombre lo indica, la terapia de pareja breve centrada en soluciones busca ser breve, y lo hacemos a través de una conversación especial, externa a los hechos relacionados con el problema, invitando a las personas a construir una solución considerando que la verdad o la realidad son construcciones lingüísticas consensuadas. Aquí, las preguntas se convierten para el terapeuta en herramientas terapéuticas que permiten a las personas:

- Describir cambios previos a la sesión que convierten el cambio en la terapia en el cambio que viene después.
- Hallar excepciones y descubrir momentos donde recuperan sus fortalezas.
- Usar escalas numéricas para evaluar el progreso y construir el futuro.
- Descubrir su capacidad de respuesta subrayando sus recursos, habilidades, valores, sueños y las estrategias de sobrevivencia que han usado en los momentos más difíciles y aparentemente irremediables.

Cuando usamos estas herramientas y seguimos sus pasos, la terapia puede ser breve pero el resultado de larga duración. Las conversaciones no tienen un marco de tiempo preestablecido y la persona se convierte en la experta que más sabe acerca de su vida, sintiendo la seguridad de poder hacer el resto del viaje por su cuenta, sin la guía permanente del terapeuta ni la presencia de su pareja en consulta.

Referencias

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: Paidós.

Auster, P. (2008). *Brooklyn Follies*. Barcelona: Anagrama.

Ayala, J. (2010). *La primera entrevista como catalizadora de recursos y resiliencia en las personas*. Recuperado el 24 de octubre de 2012, del sitio web El Terapeuta Estúpido: http://elterapeutaestupido.ayalajorge.com/wp-content/uploads/2011/04/la-primera-entrevista-como-catalizadora.pdf

Bannink, F. (2010). *1001 Solution-Focused Questions*. New York, NY, USA: Norton.

Bateson, G. (1935). *Naven*. Stanford, CA, USA: Stanford University Press.

Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lolhé.

Berg, I. & Miller, S. (2002). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.

Beyebach M. (1999). Introducción a la terapia centrada en las soluciones. En J. Navarro, J. Góngora, A. Fuertes & T. Ugidos (Eds.), *Prevención e intervención en salud mental (pp. 211-245)*. Salamanca: Amarú.

Beyebach, M. , Arribas, J., Sánchez, M., Herrero, M., & Rodríguez Morejón, A. (1999). Un estudio sobre el proceso y el resultado de la terapia familiar breve. En T. Sánchez (Ed.), *Temas de Psicología IV*(pp.235-265). Salamanca, España: Universidad Pontificia de Salamanca.

Bruner, J. (1991). *Actos de significado*. Madrid: Alianza Editorial.

De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.

De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.

De Shazer, S. & Berg, I. (2001). Hacer hablar de los números: el lenguaje de la terapia. En S. Friedman,, *El nuevo lenguaje del cambio (pp. 25-49)*. Barcelona: Gedisa.

Fisch, R., Watzlawick, P. & Weakland, J. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kay, A. (2010). *Fry the monkeys create a solution*. Toronto, Canadá: The Glasgow Group.

Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change: An empirical analysis (pp. 143-184)*. New York, NY, USA: John Wiley.

Lang, P. (2008). El aprendizaje como contexto para el cambio organizacional mediante procesos de coaching. En D. Fried Schnitman & J. Schitman (Eds.), *Resolución de conflictos. Nuevos diseños, nuevos contextos (pp. 301-313)*. Buenos Aires: Granica.

Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en soluciones. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Weiner-Davis, M. (2000). *Olvídese del divorcio*. Bogotá: Norma.

Capítulo 13

Parejas en colusión

Bismarck Pinto Tapia

Donde lo deba yo poner
mi corazón no ha de querer.
Cuando le diga yo que sí,
dirá que no, contrario a mí.
Bravo león, mi corazón
tiene apetitos, no razón.
Alfonsina Storni

¿Qué es la colusión?

La colusión es una forma de relación conyugal en contra de un tercero (terapeuta, hijo, etc.) en la cual se produce «un juego conjunto no confesado, oculto recíprocamente, de dos o más compañeros a causa de un conflicto fundamental similar no superado» (Willi, 1993: 67). Esta ligazón produce un aferramiento diádico en los miembros de la pareja; cada uno espera que el otro le libere de su propio conflicto, sin embargo, la simbiosis fracasa en su intento de resolver las cuestiones afectivas infantiles pendientes. Se trata de una «danza» cíclica interminable y monótona (Middelberg, 2001).

Esta manera de vinculación propicia el desarrollo de juegos de poder entre los miembros de la pareja, cuya consecuencia es la imposibilidad de mantenerse juntos. Cuando se unen, se asfixian, y cuando se separan, se extrañan. Al estar juntos temen perderse en la relación, por lo cual se distancian, pero al alejarse se sienten abandonados, por lo que vuelven a buscarse (Pinto, 2005).

Ambos han construido una relación simbiótica, una fusión de interdependencia afectiva (Goethals, 1973). Temen a las crisis por lo que congelan su relación en una fusión vincular estática, excluyen al mundo y limitan su independencia individual (Cárdenas & Ortiz, 2005). Buscan la terapia para mantener el equilibrio, pero al reconocer que se cuestionan sus rígidos esquemas producen una colusión como forma de resistencia diádica (Karlsson, 2004).

La resistencia al cambio es una expresión de todos los sistemas cuando se amenaza la homeostasis. Concretamente, la resistencia aparecerá cada vez que las circunstancias requieran que las personas modifiquen su com-

portamiento habitual, salvo que una prueba indiscutible les demuestre que modificar el sistema será beneficioso (Anderson & Stewart, 1983; Luther & Loev, 1981).

Si la pareja en colusión tiene hijos, alguno o varios de ellos están triangulados, pues la inestabilidad de las díadas produce triángulos relacionales (Guerin, Fogarty, Fay & Kautto, 1996). Nos referimos a una triangulación cuando una relación diádica henchida de conflictos se expande para incluir a un tercero (hijo, amante, terapeuta, etc.), lo que determina el encubrimiento o la aparente desactivación del conflicto (Simon, Stierlin & Wyne, 2002).

Las parejas inmaduras triangulan[63] a los hijos (Wang & Crane, 2001), ya sea en lazos de alianza (buscando protección) o en coaliciones (buscando complicidad) (Minuchin, 1977). Mientras más deteriorada está la identidad de los cónyuges, más destructivos serán los juegos que practiquen. Al involucrar a los hijos se organizan juegos de poder que fomentan la estabilidad del sistema a partir de trastornos graves como la anorexia (Selvini-Palazzoli, 2001).

Cuando se tienen carencias afectivas infantiles, las personas tienden a buscar una pareja que pueda corregir ese desarrollo defectuoso (Framo, 1996). Desde la perspectiva psicodinámica, las relaciones amorosas se relacionan con las experiencias que la persona ha tenido con sus padres (Jara, 2005).La propuesta sistémica, por su parte, amplía la visión psicoanalítica centrada en las vinculaciones edípicas (Caruso, 1996; Culow, 2011) hacia la identificación de los juegos conyugales determinantes de la anulación o la utilización de los hijos en la lucha de poder (Linares & Campo, 2000).

Alrededor de 1951, Bell descubre que los problemas de sus pacientes se relacionaban con su historia familiar, idea que fue reforzada por el trabajo de Midelfort con las familias de sus pacientes psicóticos en 1967. Sin embargo, el primero en trabajar con familias usando un espejo unidireccional fue Fulweiler en 1953, convencido de la influencia de las relaciones familiares en el desarrollo de síntomas de sus pacientes (Bertrando & Toffaneti, 2004).

Bowen (1998) observó que era posible gestar una masa indiferenciada del yo familiar, concomitante con la dificultad de individuación de los hijos. Identifica la influencia de la historia familiar en el desarrollo de los trastornos mentales, estableciendo que son el resultado de un proceso multigeneracional y dependen de los juegos entre los abuelos y los hijos, que influenciarán negativamente en el desarrollo personal de los nietos (Bowen, 1978).

Las relaciones amorosas se construyen a partir de la conformación de prototipos ideales del amor (Averill & Boothroy, 1977; Money, 1980; Baldwin, 1992; Hendrix, 1997; Singelis, Choo & Hatfield, 1995). El ideal es contrastado con la realidad del vínculo, las parejas funcionales son capaces de diferenciar entre lo ideal de lo real y acomodar sus esquemas a los requerimientos de la relación (Willi, 1993).

[63] En una relación diádica, involucrar a un hijo por el agobio que producen los conflictos.

Willi (1984) identifica una relación entre su perspectiva psicoanalítica y la visión sistémica. Plantea que el lazo amoroso funcional se establece gracias al equilibrio que las personas hacen entre la autoestima personal y el sí mismo mutuo. Comprende, pues, que la relación de pareja va más allá del individuo, conformando una nueva entidad vincular.

En la colusión se tiene a dos personas indiferenciadas de sus necesidades infantiles no satisfechas; uno asume una postura progresiva y el otro una regresiva. La posición progresiva hace referencia a la protección complementaria, la regresiva a la dependencia.

Ambos miembros de la pareja se turnan en una y otra postura (Willi, 1982), de tal manera que se produce una dependencia y contra dependencia (Kupers, 1997).

Las parejas en colusión suelen estar conformadas por personas con rasgos de trastornos de personalidad (Pinto, 2011). Cuando el trastorno se ubica en la estructura límite inferior (Kernberg, 1984), el vínculo es más patológico que cuando se trata de estructuras de límite superior o neuróticas.

Para Willi (1993), el dilema conyugal radica en que ninguno de los dos miembros de la pareja podrá satisfacer completamente sus exigencias, lo único que les queda es adecuarse lo suficiente para poder sobrevivir como lo hacen todos los seres vivos. La relación de pareja obliga a una continua construcción de la realidad, en el afán de equilibrar el sistema. La felicidad amorosa dependerá de que los esquemas personales sean compatibles con los de la pareja.

Dinámica de la colusión

En la colusión no es posible la flexibilidad de los esquemas, la demanda se centra en la satisfacción absoluta de las necesidades emanadas del ideal amoroso. La colusión trata de un conjunto de defensas que utilizan los amantes para protegerse a sí mismos y preservar el equilibrio diádico.

Andolfi (1995) está convencido de que la relación conyugal activa la historia afectiva con la familia de origen; emergen, entonces, los juegos de una trama ausente que se enreda con los hilos de la nueva vinculación. La pareja tiene como función el desenredar los hilos ajenos a su propia historia para construir una nueva, reconociendo que la historia del otro es ajena a la propia, comprendiéndola y utilizándola para el nuevo enredo.

La vinculación amorosa se funda en requerimientos emocionales y afectivos provenientes de la historia de cuidado, protección y reconocimiento. El cuidar implica un compromiso de los padres para hacerse cargo de las necesidades básicas de los hijos (Dozier, 2005; Rochford, 1985). El objetivo de cuidarlos es que con el tiempo puedan valerse por sí mismos. Lamb y Ahnert (2006) estudiaron con profundidad los efectos de la ausencia de cuidados, encontrando que el impacto es devastador en los procesos de socialización y la comprensión de normas.

Los efectos de la desprotección se evidencian en el desarrollo de sistemas de apego inseguros (Howe, 2003), los cuales definirán la capacidad de establecer vínculos amorosos íntimos y duraderos. El apego seguro, por su parte, promueve la posibilidad de confiar e intimar tiernamente en la relación de pareja (Mikulincer, 2006). Por último, el estilo de apego huidizo predice la mayor probabilidad a establecer vínculos amorosos extramaritales (Beaulieu-Pelletier, Philippe, Lecours y Coutre, 2011).

El reconocimiento o legitimación permite a la persona acceder a una identidad plena (Linares & Campo, 2000; Linares, 2012; Maturana, 1997). La conformación de la existencia del otro obliga al desprendimiento de las expectativas personales. En el amor de los padres es imprescindible para promover la desvinculación (Cancrini & La Rosa, 1996), y en la relación de pareja para consolidar el amor.

Déficits en cualquiera de las necesidades infantiles insatisfechas (protección, cuidado, legitimación) establecen dificultades para amar. Las necesidades nutritivas afectivas están incompletas, por lo que se busca cuidados, protección y valoración (Pinto, 2011).

El enamoramiento es producto de tres condicionantes: atracción sexual (Fischer, 2004; Grammer, Fink & Neave, 2008), intimidad tierna (Brumbaugh & Fraley, 2006; Morris, 1982) y compatibilidad de la personalidad (Campbell, 2009; Kelly & Conley, 1987). El mantenimiento del vínculo amoroso recae sobre la activación del apego, responsable de la intimidad tierna (Feeney & Noller, 2004).

Las parejas en colusión están conformadas por personas que no son capaces de un enamoramiento pleno: temen a la intimidad, como en el caso de las personalidades narcisistas; sienten terror ante la posibilidad de ser abandonadas, como sucede en las personalidades limítrofes; evitan cualquier tipo de vinculación emocional, como en el caso de las personalidades esquizoides (Pinto, 2011).

El amor maduro requiere del encuentro de personas completas (Gikovate, 1996), capaces de disfrutar de su relación, de construir espacios comunes y de planificar la vida en común. El amor no hace feliz al otro, sino que el otro se constituye en testigo de nuestra felicidad, nos acompaña y hace lo posible por comprendernos. El amor no completa, complementa (Hendrix, 1997).

Las personas egoístas se preguntan sobre los riesgos de abandonarse a sí mismas; quieren ser exclusivas, idolatradas y mejorar su ego en las relaciones amorosas. Quienes tienden a la generosidad extrema esperan cuidar y ser cuidadas, recibir la entrega plena e incondicional del otro (Willi, 1993).

Las parejas conformadas por alguien que necesita sentirse poderoso buscan mantener a su cónyuge dominados y sometidos a su voluntad, de tal manera que sentirá que es amado si recibe obediencia. Quienes tienen problemas con su identidad sexual procurarán relaciones donde se asegure la reafirmación de su masculinidad o feminidad (Willi, 1993).

Elkaïm (1995) elabora un modelo para la relación conyugal fundamentado en la organización de mapas mentales. Propone que las relaciones

amorosas se organizan a partir de las expectativas desarrolladas en experiencias anteriores, principalmente las infantiles. Es así que explicitamos una expectativa cuando en realidad responde a un esquema taxativo. Denomina «programa oficial» a la demanda explícita de cada miembro de la pareja, y «mapa del mundo» a la creencia elaborada en el pasado.

Retomando las ideas de Elkaïm (1995), la colusión se organiza en un vínculo de dos personas con mapas del mundo infantiles que definen programas oficiales rígidos e imposibles de ser satisfechos. Uno le pide al otro ser completado emocionalmente, la insatisfacción produce el juego de la cercanía-alejamiento.

Si añadimos a los requerimientos de la ternura los parámetros arriba mencionados, podemos comprender que la colusión se producirá en el seno de relaciones inmaduras afectiva y sexualmente. Los programas oficiales buscan la confirmación o descalificación de mapas del mundo configurados a partir de carencias afectivas y/o del desarrollo sexual.

Podemos expresar lo dicho hasta acá en la siguiente hipótesis: las expectativas no satisfechas en nuestras relaciones infantiles -principalmente con nuestros padres- definen las demandas en nuestras relaciones amorosas de pareja (Pinto, 2011).

La terapia de la colusión

La terapia de pareja es compleja por sí misma (Anker, Owen, Duncan & Sparks, 2010; Wishman, Dixon & Johnson, 1997), debido a los riesgos de alianza entre el terapeuta y alguno de los miembros de la pareja (Friedlanderm *et al.*, 2011), la dificultad para definir los criterios de eficacia y eficiencia (Barbato & D'Avanzo, 2008; Jacobson & Addis, 1993; Johnson & Lebow, 2000), los riesgos del desarrollo de trastornos psicológicos posteriores a la separación, la definición de las técnicas específicas que producen el cambio en la relación y la integración de modelos (Snyden & Haldford, 2012).

La terapia de pareja trabaja con la relación: la «notrosidad» (Caillé, 1992). Es algo más y diferente que sus componentes, es dinámica y producto de la observación, el terapeuta observa y los amantes la viven (Gonzáles, 1995). La vinculación se produce por la integración de dos historias distintas, complejas, vivas y en continua evolución. Cada historia se inserta en una maraña de dinámicas multigeneracionales y de relaciones actuales. Todo ello determina el plan de vida de la pareja, las relaciones con la familia de origen propia y la del cónyuge, los niveles de satisfacción conyugal y el establecimiento de las crisis crónicas y pasajeras (Inclán & Albores, 2007).

La pareja es incapaz de mirar en la misma dirección: no dejan de mirarse esperando desesperadamente la satisfacción de sus necesidades infantiles. Son incapaces de amarse porque miran en el otro su propia necesidad, no la pueden reconocer porque jamás la tuvieron. En términos del modelo de

Linares, no es posible la relación amorosa conyugal por lo que se convoca a los hijos como recursos en la lucha de poder o en las urgencias de protección (Linares & Campo, 2000).

La pareja coludida buscará equilibrarse contrariando al terapeuta. Las manifestaciones más frecuentes en contra del terapeuta son: tardanza en el horario de la consulta, olvido de citas, cancelaciones fuera de plazo, solicitudes de cambio de horarios, incumplimiento con las tareas y problemas con el pago de las consultas (Bagarozzi, 2011).

La terapia de pareja centrada en el problema (Carr, 2009) y aquellas que promueven el desarrollo de habilidades para la comunicación (Blanchard, Hawkins, Baldwin & Fawcett, 2009) y la negociación del contrato matrimonial (Sager, 1980) son insuficientes para producir el cambio en la colusión.

Los miembros de la pareja en colusión no pueden asumir las instrucciones de la terapia porque no tienen una demanda de pareja, pretenden cambiar al otro para confirmar sus expectativas, no se miran a sí mismos, sino hacia la mente del otro. No pueden desligarse de su esperanza y pretenden involucrar al terapeuta en el juego. Por supuesto que esa posición impide el cambio, porque ha estabilizado el sistema (Astor & Sherman, 2008; Bagarozzi, 2011).

La intensidad de las demandas afectivas produce severas resonancias en el terapeuta, activan recuerdos de abandono, desolación y angustia, por lo que fácilmente se pueden generar alianzas (Willi, 1982). Para el éxito de la terapia son imprescindibles las siguientes condiciones: congruencia, calidez, autenticidad, inteligencia y afectividad positiva hacia los pacientes (Figley & Nelson, 1990). Si no se reconocen ni se manejan las resonancias, la terapia puede ser descalificada o abandonada por los pacientes.

Uno de los factores indispensables para el éxito de la terapia de pareja es la motivación de ambos cónyuges para el cambio de su relación (Haldane & McCluskey, 1981, Scheinkman & Fischbone, 2004). Puesto que el terapeuta centrará su atención y la de los cónyuges en el matrimonio, requiere que todos dirijan su mirada hacia el vínculo. Quienes están en colusión se miran entre ellos y buscan, en los ojos del terapeuta, aprobación y alianza.

Coterapia en la colusión conyugal

Si no se cuenta con equipo supervisor (Mason, 2010), la coterapia es una alternativa para neutralizar las resonancias y evitar las alianzas (Celano, Smith & Kaslow, 2010). Según Haldane y McCluskey (1981), la mayoría de los terapeutas de pareja afirma que es más eficiente el trabajo con un coterapeuta y mejor aún si pertenece a su sexo opuesto. Estos mismos autores indican que las condiciones indispensables para la relación coterapéutica son: confianza mutua, respeto por las ideas del otro, apoyo incondicional, simpatía, franqueza en la comunicación y sensación de comodidad en la relación.

Por otro lado, Garrido (1996) plantea que la visión de los terapeutas de pareja está sesgada por el sexo al que pertenecen, de ahí la importancia de un coterapeuta del sexo opuesto al terapeuta. Sin embargo, si esto no es posible, quienes trabajan con un coterapeuta del mismo sexo deben reflexionar sobre el desequilibrio del sistema al tener tres personas del mismo sexo y una de distinto.

Sin embargo, la coterapia requiere de un vínculo maduro entre los terapeutas (Brent & Marin, 1982), el mismo que es puesto a prueba en la colusión. Por lo tanto, el sistema idóneo para la terapia conyugal es un equipo supervisor y dos terapeutas (Haldane & McCluskey, 1980).

Etapas de la terapia de la colusión

La terapia de la colusión se puede dividir en cinco etapas (Cuadro 1):

a. Diagnóstico del tipo de colusión: definir el tipo de colusión, si se relaciona con la búsqueda de poder o la necesidad de protección y establecer los rasgos de personalidad predominantes en uno y otro cónyuge, para poder comprender las expectativas insatisfechas de uno y de otro (Pinto, 2011; Willi, 1982).
b. Estilo de apego e historia del apego de cada uno de los cónyuges: identificar el estilo de apego de cada uno de los miembros de la pareja. Si existen características de apego inseguro, establecer el subtipo: preocupado, temeroso, resistente (Cowan *et al.*, 2009; Feeney, 2008). Posteriormente se debe indagar acerca de la historia de crianza, las deficiencias en los sistemas de protección y los efectos en las carencias actuales (Hamburg, 2010; Sable, 2006; Steele, 2010).
c. Identificación de la triangulación en la familia de origen: los juegos de poder propician las alianzas y coaliciones, las primeras buscan la protección, y las segundas, cómplices. Quienes establecen lazos de colusión son personas que provienen de triangulaciones y realizan colusiones (Pinto, 2011). Importa comprender el juego en la familia de origen para verificar el isomorfismo[64] en la familia actual.
d. Desbaratar los juegos de poder: una vez identificados los juegos de la triangulación en la familia de origen, se debe entender la lógica relacional del poder en la relación de pareja: ¿cómo ambos jugadores se manipulan mutuamente para salir victoriosos? Es imprescindible identificar a las víctimas de la colusión (descartando obviamente al propio terapeuta), para desligarlas del juego conyugal. Se debe mostrar a la pareja el juego absurdo en el cual participan (Selvini-Palazzoli, 2001) y desbaratarlo a través de técnicas terapéuticas

[64] Isomorfismo: réplica de la función aprendida en la familia de origen en las relaciones interpersonales actuales, en nuestro caso, en la familia actual.

estratégicas (Haley, 1986, 1987, 1987b; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1982; Watzlawick, 1986).

e. Facilitar la expresión de las demandas afectivas: una vez conseguida la deconstrucción de las demandas afectivas infantiles, es imprescindible su expresión al cónyuge. Durante la sesión el terapeuta debe estimular las respuestas de consuelo del receptor de la demanda, puede recurrirse al uso de la silla vacía para ubicar en ella a los cuidadores ineficientes y promover el diálogo emotivo mientras el cónyuge debe estar dispuesto a la contención afectiva de su pareja (Carr, 1986; Greenberg & Elliot, 2007; Pugh, Luck & Smith, 2001; Snyder, 1999).
f. Renovar el contrato matrimonial o asesorar la separación: finalmente, será posible establecer objetivos de la convivencia y la pareja discutirá la pertinencia o no del matrimonio. El terapeuta facilitará las nuevas condiciones del contrato matrimonial (Sager, 1980) o procederá al apoyo de la pareja y de los hijos para un proceso de separación funcional (Gray, Koopman & Hunt, 1991; Féres-Carneiro & Diniz, 2010; Issaacs & Montalvo, 1986).

CUADRO 1: ETAPAS TERAPÉUTICAS Y OBJETIVOS EN LA TERAPIA DE LA COLUSIÓN

Etapa terapéutica	Objetivo
1. Diagnóstico del tipo de colusión.	Establecer las hipótesis sobre las demandas afectivas infantiles y las estructuras de personalidad.
2. Estilo de apego.	Definir la gravedad de las carencias afectivas y las formas de respuesta ante la posibilidad de ruptura.
3. Identificar la triangulación en la familia de origen.	Construir hipótesis sobre los juegos de poder aprendidos en la familia de origen y la réplica de funciones en la relación de pareja.
4. Desbaratar los juegos de poder.	Develar los juegos de poder para patentar las carencias afectivas enmascaradas por el control.
5. Facilitar la expresión de las demandas afectivas.	Cada uno de los cónyuges expresará al otro lo que necesitan afectivamente.
6. Nuevo contrato matrimonial.	Trabajar con la pareja en la renovación del contrato matrimonial o asesorarlos en el divorcio.

Conclusiones

El amor es un proceso dinámico de aceptación del otro y construcción de la «notrosidad». Es un sistema diádico que se regula a través de la reciprocidad,

único recurso para mantener la homeostasis ante la continua avalancha de entropías internas y externas. Por ello los miembros de la pareja deben ser personas realizadas y completas.

Las parejas coluden porque contienen elementos incompletos, están formadas por seres que no fueron amados en plenitud, no fueron cuidados, protegidos ni reconocidos, por lo que buscarán satisfacer esas expectativas infantiles en sus vínculos amorosos. Incapaces de amar, se lanzan al vacío de la desesperación sin obtener lo que en sus primeros años de vida debieron recibir.

El amor se confunde con la angustia del apego inseguro y la ansiedad del desamparo. El lazo afectivo se estanca en el enamoramiento, produciéndose una simbiosis difícil de romper. Se crean dependencias complementarias y competencias simétricas. Fácilmente emerge la violencia y con ella la desazón ante el no poder estar juntos ni separados.

La reciprocidad amorosa da lugar a la violencia. La única manera de equilibrar el sistema es incluir a un tercero para estabilizar las fuerzas. Si la pareja se ha constituido en un sistema parental, los hijos están condenados a ser triangulados en la batalla desaforada de sus padres.

El proceso terapéutico de la colusión implica encuentros individuales, con la pareja y con los hijos. El drama del vínculo patológico absorbe despiadadamente a los subsistemas que lo rodean, la función del terapeuta es desactivar los mecanismos de triangulación y promover a toda costa la individualización de cada una de las personas participantes en el sistema conyugal y en los subsistemas familiares.

El fin de la terapia es que los componentes de la pareja reconozcan sus carencias infantiles y comprendan el juego familiar del cual provienen y decidan por el perdón o su rechazo, necesarios para apropiarse de sus vidas. Solo así podrán escuchar las demandas afectivas del otro para poderlas satisfacer y recuperarse a sí mismos. Luego devine inevitablemente la vía del amor.

Referencias

Anderson, C. & Stewart, S. (1983). *Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar.* Buenos Aires: Amorrortu.

Andolfi, M. (1995). Crise de casal e família trigeracional. En M. Andolfi, C. Angelo & C. Saccu (Ed.), *O casal en crise (pp. 105-119)*. São Paulo: Summus Editorial.

Anker, M., Owen, J., Duncan, B. & Sparks, J. (2010). The Alliance in Couple Therapy: Partner Influence, Early Change, and Alliance Patterns in a Naturalistic Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 78, 635-645.

Astor, M. & Sherman, R. (2008). Resistance in Couple Therapy. *Journal of Couples Therapy,* 7, 9-25.

Averill, J. & Boothroy, P. (1977). On falling in love in conformance with the romantic ideal. *Motivation and Emotion*, 1, 235-245.

Bagarozzi, A. (2011). A Closer look at couple collusion: Protecting the self and preserving the system. *The American Journal of Family Therapy*, 39, 390-403.

Baldwin, M. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.

Barbato, A. & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of Couple Therapy as a Treatment for Depression: A Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly,* 79, 121-132.

Bertando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F., Lecours, S. & Coutre, S. (2011). The role of attachment avoidance in extradyadic sex. *Attachment & Human Development*, 13, 293-313.

Blanchard, V., Hawkins, A., Baldwin, S. & Fawcett, E. (2009). Investigating the effects of marriage and relationship education on couples' communication skills: A meta-analytic study. *Journal of Family Psychology*, 23, 203-214.

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nueva York, NY, USA: Jason Aronson.

Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.

Brent, D. & Marine, E. (1982). Developmental aspects of the cotherapy relationship. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 69-75.

Brumbaugh, C. & Fraley, R. (2006). The evolution of attachment in romantic relationships. En M. Mikulincer & G. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love. Attachment, caregiving and sex (pp. 71-101)*. Nueva York, NY, USA: The Guilford Press.

Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres. La pareja rebelada a sí misma*. Barcelona: Paidós.

Campbell, A. (2009). *How selected personality factors affect the relationships between marital satisfaction, sexual satisfaction, and infidelity*. Tesis para optar al grado de Master en Psicología Social, Louisiana Tech University, Ruston, LA, USA.

Cancrini, L. & La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona: Paidós.

Cárdenas, I. & Ortiz, D. (2005). *Entre el amor y el odio*. Madrid: Síntesis.

Carr, A. (1986). Three techniques for the solo family therapist. *Journal of Family Therapy*, 8, 373-382.

Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.

Caruso, I. (1996). *La separación de los amantes*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Celano, M., Smith, C. & Kaslow, N. (2010). A Competency-Based Approach To Couple And Family Therapy Supervision. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 35-44.

Cowan, P., Cowan, C. & Mehta, N. (2009). Adult attachment, couple attachment, and children's adaptation to school: an integrated attachment template and family risk model. *Attachment & Human Development*, 11, 29-46.

Culow, C. (2011). Couple Psychoanalysis and Couple Therapy: Context and Challenge. *Couple and Family Psychoanalysis*, 1, 1-19.

Dozier, M. (2005). Challenges of foster care. *Attachment & Human Development*, 7, 27-30.

Elkaïm, M. (1995). *Si me amas no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico*. Barcelona: Paidós.

Feeney, B. & Noller, P. (1990). Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.

Feeney, B. (2008). Adult romantic attachment. En J. Cassidy & Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications (pp. 451-502)*. Nueva York, NY, USA: Guilford.

Féres-Carneiro, T. & Diniz, O. (2010). Construção e dissolução da conjugalidade: Padrões relacionais. *Paidéia*, 20, 269-278.

Figley, C. & Nelson, T. (1990). Basic family therapy skills, II: Structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 225-239.

Fischer, H. (2004). *Why we love. The nature and chemistry of romantic love*. Nueva York, NY, USA: St. Martin's Griffin.

Framo, J. (1996). *Familia de origen y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Friedlanderm, M., Escudero, V., Heatherington, L. & Diamond, G. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48, 25-33.

Garrido, M. (1996). Género e interacción en la coterapia y el equipo reflexivo. *Revista de Psicoterapia*, 26, 87-112.

Gikovate, F. (1996). *Uma nova visão do amor*. São Paulo: MG Editores Asociados.

Goethals, G. (1973). Symbiosis and the life cycle. *Britannic Journal of Medicine*, 46, 91-96.

Gonzáles, A. (1995). Terapia de pareja: acuerdos, desacuerdos y el proceso de cambio. En M. Ceberio (Ed.), *Teoría y técnica de la psicoterapia sistémica (pp. 65-87)*. Buenos Aires: Ediciones Culturales Universitarias Argentinas.

Grammer, K., Fink, B. & Neave, N. (2008). Human pheromones and sexual attraction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 118, 135-142.

Gray, C., Koopman, E. & Hunt, J. (1991). The emotional phases of marital separation: An empirical investigation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 138-143.

Greenberg, L. & Elliot, R. (2007). Emotion-Focused Therapy. *European Psychotherapy,* 7, 19-39.

Guerin, P., Fogarty, T., Fay, L. & Kautto, J. (1996). *Triángulos relacionales. El a-b-c de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haldane, D. & McCluskey, U. (1980). Working with couples and families: Experience of training, consultation and supervision. *Journal of Family Therapy*, 2, 163-179.

Haldane, D. & McCluskey, U. (1981). Working with couples: Psychiatrists, clinical psychologists and social workers compared. *Journal of Family Therapy*, 3, 363-388.

Haley, J. (1986). *Terapia no convencional.* Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1987). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Haley, J. (1987b). *Terapia de ordalía.* Buenos Aires: Amorrortu.

Hamburg, S. (2010). Adult attachment and couple psychotherapy: The «secure base» in practice and research. *Psychotherapy Research*, 11, 483-484.

Hendrix, H. (1997). *Conseguir el amor de su vida.* Buenos Aires: Obelisco.

Howe, D. (2003). Attachment disorders: Disinhibited attachment behaviours and secure base distortions with special reference to adopted children. *Attachment & Human Developmen, 5*, 265-270.

Inclan, J. & Albores, J. (2007). Terapia de pareja: ajustes a inmigración y roles de género. En R. Medina, J. L. Linares & M. R. Ceberio (Eds.), *La terapia familiar desde Iberoamérica (pp. 33-45)*. Buenos Aires: Tres Haches.

Isaacs, M. & Montalvo, B. (1986). *Divorcio difícil.* Buenos Aires: Amorrortu.

Jacobson, N. & Addis, M. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61, 85-93.

Jara, A. (2005). Tipos de pareja y objetivos terapéuticos. *De Familias y Terapias*, 20, 43-49.

Johnson, J. & Lebow, J. (2000). The «Coming of Age» of couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy,* 26, 23-38.

Karlsson, R. (2004). Collusions as interactive resistances and possible stepping-stones out of impasses. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 567-579.

Kelly, E. & Conley, J. (1987). Personality and compatibility: A prospective analysis of marital stability and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 27-40.

Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. Ciudad de México: Manual Moderno.

Kernberg, O. (1998). *Relaciones amorosas: normalidad y patología*. Barcelona: Paidós.

Kershaw, C. (1994). *La danza hipnótica de la pareja. Creación de estrategias ericksonianas en terapia conyugal.* Buenos Aires: Amorrortu.

Klünn, N., Hahlberg, K., Baucom, D. & Kroeger, C. (2011). The effectiveness of couple therapy in germany: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 200-208.

Kupers, T. (1997). Dependency and counter-dependency in couples. *Journal of Couples Therapy*, 7, 39-47.

Lamb, M. & Ahnert, L. (2006). *Nonparental child care: Context, concepts, correlates, and consequences.* En K. Renninger, I. Sigel, W. Damon & R. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology (pp. 950-1.016)*. Nueva York, NY, USA: John Wiley & Sons.

Linares, J. L. & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.

Luther, G. & Loev, I. (1981). Resistance in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 475-480.

Mason, D. (2010). Six aspects of supervision and the training of supervisors. *Journal of Family Therapy*, 32, 436-439.

Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago: Dolmen.

Middelberg, C. (2001). Projective identification in common couple dances. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 341-352.

Mikulincer, M. (2006). Attachment, caregiving, and sex within romantic relationships: A behavioral systems perspective. En M. Mikulincer & G. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love. Attachment, caregiving and sex*. Nueva York, NY, USA: The Guilford Press.

Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Juan Granica.

Money, J. (1980). *Lovemaps: clinical concepts of sexual erotic health and pathology, erotic health and pathology, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity.* Baltimore, MD, USA: Johns Hopkins University Press.

Morris, D. (1982). Attachment and intimacy. En M. Fischer & G. Stricker (Eds.), *Intimacy (pp. 72-86)*. Nueva York, NY, USA: Plenum.

Pinto, B. (2005). Colisión, colusión y complementariedad en las relaciones conyugales. *Ajayu,* 1, páginas.

Pinto, B. (2011). *Porque no sé amarte de otra manera. Estructura familiar y conyugal de los trastornos de la personalidad*. La Paz: Universidad Católica Boliviana San Pablo.

Pinto, B. (2012). *Psicología del amor. Primera parte*: *El amor en la pareja*. SOIPA/Universidad Católica Boliviana «San Pablo».

Pugh, J., Luck, B. & Smith, E. (2001). Method acting and gestalt therapy with couples. *Journal of Couples Therapy*, 10, 107-114.

Rochford, G. (1981). Love, care, control and punishment. *Journal of Family Therapy*, 3, 281-291.

Sable, P. (2004). Attachment, ethology and adult psychotherapy. *Attachment & Human Development*, 6, 3-19.

Sager, C. (1980). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires: Amorrortu.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1982). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia a transacción esquizofrénica*. Buenos Aires: A.C.E.

Selvini-Palazzoli, M. (2001). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.

Scheinkman, M. & Fischbone, M. (2004). The Vulnerability Cycle: Working With Impasses in Couple Therapy. *Family Process*, 43, 279-299.

Simon, F., Stierlin, H. & Wynne, L. (2002). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Singelis, T., Choo, P., & Hatfield, E. (1995). Love schemas and romantic love. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 15-35.

Snyder, D. (1999). Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology Science And Practice*, 6, 348-365.

Snyder, D. & Haldford, W. (2012). Evidence-based couple therapy: current status and future directions. *Journal of Family Therapy*, 34, 228-249.

Steele, H. (2010). Revisiting the influence of the early mother–infant relationship on later development. *Attachment & Human Development*, 12, 1-2.

Wang, L. & Crane, R. (2001). The relationship between marital satisfaction, marital stability, nuclear family triangulation, and childhood depression. *American Journal of Family Therapy*, 29, 337-347.

Watzlawick, P. (1986). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.

Willi, J. (1982). *Couples in collusion*. Nueva York, NY, USA: Jason Aronson.

Willi, J. (1984). The Concept of Collusion: A Combined Systemic-Psychodynamic Approach to Marital Therapy. *Family Process*, 23, 177-185.

Willi, J. (1993). *La pareja humana: Relación y conflicto*. Madrid: Morata.

Willi, J. (1993b). A construção diádica da realidade. En M. Andolfi, C. Angelo & C. Saccu (Eds.), *O casal em crise (pp. 38-46)*. São Paulo: Summus.

Wishman, M., Dixon, A. & Johnson, B. (1997). Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *Journal of Family Psychology*, 11, 361-366.

Capítulo 14

Terapia de la ruptura amorosa

Bismarck Pinto Tapia

«La vida me duele sin vos…».
Miguel Angel Valda, de la cueca boliviana «Sed de amor».

Introducción

La ruptura de una relación de pareja es un momento crítico en la vida de las personas. Se la experimenta como una muerte, la muerte del amor, y con ella la disolución de la relación (noviazgo o matrimonio).

Antes de la década de los noventa aún se creía que el matrimonio era una institución sólida, por ello no se investigaban las causas de su disolución (Levinger, 1976). Con el paso de los años, se ha evidenciado que el divorcio ha sido una opción cada vez más frecuente para los cónyuges malavenidos, por lo que se ha cambiado la orientación de los estudios hacia el impacto del divorcio en la familia (Brotherson, Ritterbach, White 2012; Cherlin *et al.*, 1991; Robinson y Parkinson, 1985).

La ruptura es frecuente durante el noviazgo. Se ha identificado, por ejemplo, que el 36,5% (473 personas), de una muestra con 1.295 participantes, terminó una o más veces durante el lapso de veinte meses (Rhoades *et al.*, 2011), siendo la infidelidad uno de los motivos frecuentes (Sánchez *et al.*, 2011; Wiederman & Hard, 1999). Sin embargo, los estudios sobre los efectos de la ruptura amorosa mostraron que su impacto es menos estresante antes que después del matrimonio, tal vez porque en la convivencia se afianza más el compromiso (Hill, 1974; Hill, Rubin & Peplau, 1976).

Ha cobrado interés el estudio de la presencia de trastornos depresivos asociados con la experiencia del divorcio (Cohen, Klein & O'Leary, 2012) y recién se ha comenzado a investigar acerca del proceso de disolución de la pareja y su vinculación con el estrés y la declinación de la satisfacción con la vida personal (Rhoades *et al.*, 2011).

Hoy la preocupación se centra en los efectos que la ruptura amorosa acarrea en el individuo. Es así que se ha encontrado relación con el trastorno por estrés postraumático (Mills & Turnbull, 2004), depresión (Aseltine & Hessler, 1993) y, lo más extremo, la posibilidad de una cardiopatía denominada síndrome discinésico apical o cardiomiopatía de Takotsubo en

personas con el «corazón roto» (Gianni *et al.*, 2006; Virani *et al.*, 2007), una enfermedad cuya sintomatología comprende, por ejemplo, alteraciones transitorias en la contractilidad ventricular izquierda (Nuñez, Méndez & García-Rubira, 2009). El síndrome de Takotsubo es la prueba dramática de cuánto duele el amor no correspondido.

Zimmer (1986) identificó tres áreas de conflicto en las relaciones premaritales: exclusividad, correspondencia y presencia de emociones. La exclusividad hace referencia a que el afecto y la sexualidad deben restringirse a la relación; la correspondencia es la importancia de la reciprocidad de acciones y sentimientos; mientras que la presencia de emociones conlleva la importancia de experiencias afectivas apasionadas.

El problema central para la ruptura es la incongruencia entre la inversión y los resultados obtenidos (Zimmer, 1986). Además pueden darse, como problemas asociados, el rechazo de la relación por parte de la familia de uno de los miembros de la pareja y la falta de seguridad para casarse (Dailey *et al.*, 2009).

Ruptura amorosa como pérdida ambigua

La ruptura amorosa desencadena un proceso de duelo puesto que se experimenta una pérdida (García, 2001) y se siente dolor por aquella persona que ha partido o se teme que nos deje. El proceso de duelo se manifiesta por sentimientos de tristeza y abandono durante las etapas que siguen a una separación (Mora, 2006).

Rodgers y Cowles (2007) identifican que durante el duelo se presenta tristeza, enojo, distracción, pensamientos inquietantes, alteraciones de la memoria y del apetito. Estas expresiones de la aflicción pueden considerarse consecuencias de un proceso de adaptación o como un conjunto de síntomas, consideraciones que marcan las dos maneras de concebir al duelo: respuesta de adaptación (Bowlby, 1973) o síndrome (Parkes, 1972).

Sin embargo, considero que es más apropiado contemplar al duelo amoroso como una pérdida ambigua (Boss, 1999; 2001; 2004; 2007; Boss y Couden, 2002), es decir, una pérdida que no está clara. El fundamento es que se produce incertidumbre sobre el paradero o el estado de un ser querido ausente o presente, no es posible saber si está vivo o muerto. La ambigüedad congela el proceso de duelo y bloquea el afrontamiento y la toma de decisiones. El cierre es imposible (Boss, 2007).

Existen dos formas de pérdida ambigua: marcharse sin decir adiós y decir adiós sin marcharse. En el primer caso la persona no está físicamente pero sí psicológicamente, en el segundo lo contrario, la persona está presente físicamente pero se encuentra psicológicamente ausente (Boss, 2001).

La pérdida ambigua se relaciona con diversas experiencias del ciclo vital familiar, por ejemplo: los padres experimentan ambigüedad ante el crecimiento y emancipación de los hijos (Boss, 1986). En las experiencias

de los migrantes, algunos mantienen su cuerpo en su nueva residencia, pero su mente la tienen en su país de origen: están pero no están. En el caso de la ruptura amorosa, la familia siente como si algo se hubiera perdido pero aún sigue presente: el matrimonio ha muerto pero sigue viva la paternidad (Boss, 1993). El problema no es el divorcio sino las consecuencias emocionales: la ambigüedad y el duelo irresuelto.

La pérdida ambigua durante el divorcio puede derivar en duelo complicado, donde muchas veces la recuperación se hace imposible. Durante el proceso surgen sentimientos contradictorios en los hijos: rabia, resentimiento, despersonalización, ensimismamiento, desesperación, somatizaciones, culpa y sensación de pérdida; aunque en otros aparecen sensaciones de liberación, alegría y nostalgias por el pasado (Robak & Weizman, 1998).

Quienes se divorcian enfrentan la experiencia humana más estresante, después de la muerte del cónyuge o de un hijo (Wallerstein & Kelly, 1980). Obliga a enfrentar emociones intensas y al mismo tiempo organizar una nueva vida (Gray, Koopman & Hunt, 2010). Las personas atraviesan por las mismas etapas del duelo ante la muerte: negación y aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 1981).

La resolución del duelo demora entre cinco a seis años para completarse. Una vez resuelto, la persona debe decidir si renueva su vida sola o si establece un nuevo vínculo amoroso (Gray, Koopman & Hunt, 2010).

Es imprescindible definir si el proceso de duelo es normal o complicado. Demi y Miles (1987) establecen los siguientes criterios del duelo normal: el proceso tendrá la intensidad y la duración en función al significado de la pérdida. Pérdidas muy dolorosas requieren hasta tres años para resolverse; la persona, a pesar de no resolver del todo el duelo, busca maneras para recuperar sus actividades normales; paulatinamente se atreve a conversar sobre la pérdida, no manifiesta trastornos psicológicos, su estado emocional y cognitivo corresponden con la tristeza, paulatinamente le da un sentido al sufrimiento. En cambio, el duelo complicado ha sido definido como un proceso irresuelto de la pérdida que se manifiesta por la presencia de síntomas asociados a desórdenes psicológicos (Neimeyer, 2001), entre los que destacan el estrés postraumático y la depresión (Prigerson & Jacobs, 2001). Los indicadores más importantes son: autodestrucción, violencia hacia otros no involucrados en la pérdida, incapacidad para hablar de la pérdida, dejar de contactarse con la realidad, consumo de drogas y/o alcohol, ideaciones e intentos suicidas (Mattews & Marwitt, 2004).

Al tratarse de una pérdida ambigua la ruptura amorosa puede constituirse más fácilmente en un duelo complicado que en otros tipos de aflicción. Se fomenta así el duelo crónico, retrasado, exagerado o enmascarado (Worden, 1997).

Algunas personas evitan afrontar la pérdida iniciando una relación amorosa inmediatamente después de la ruptura. Esta situación deriva en que se enmascare el duelo y se lo prolongue, mientras se ahonda la intimidad

en el nuevo vínculo. Tarde o temprano se toma conciencia de la pérdida no resuelta y se produce la debacle de la relación sustituta.

Ruptura amorosa y ciclo vital de la pareja

El ciclo vital de la pareja está definido por las crisis que se viven durante los cambios de roles y funciones conyugales. Las etapas dependerán del contexto cultural (Pinto, 2009), aunque generalmente están presentes las siguientes: enamoramiento, simbiosis, desencanto, lucha de poder, emancipación y reencuentro (Pinto, 2012).

Todas las relaciones amorosas enfrentarán la pérdida ambigua durante la etapa del desencanto. Uno o ambos miembros de la pareja deben enfrentar la desilusión ocasionada por el contraste entre las expectativas de sus esquemas amorosos y la realidad de la persona de quien se enamoraron. Deberán decir adiós a la imagen y dar la bienvenida a la nueva persona (Baldwin, 1992).

La resistencia a aceptar el desencanto se denomina simbiosis, en el sentido de que uno o ambos amantes se encaprichan con la ilusión y se resisten a aceptar la independencia del otro en función al esquema organizado personalmente (Lavy *et al.*, 2009).

Además de la inevitable experiencia del desencanto, la ruptura amorosa puede producirse durante el noviazgo (Paulk, Pittman, Kerpelman & Adler-Baeder, 2011) o en el matrimonio (Knobloch, 2008). Durante el noviazgo los efectos de la ruptura dependerán de cuán significativa es la relación, si esta se produce únicamente por circunstancias de atracción o se relacionan con la orientación sociosexual irrestricta (Simpson & Gangestad, 1991) o las personas simplemente reemplazan un compañero sexual por otro.

El amor no correspondido produce estragos a nivel emocional y físico, cuando las personas se equivocan en el reconocimiento de las expectativas del otro o se topan con alguien ya comprometido. Se trata de una experiencia angustiosa bilateral marcada por la incomprensión mutua y la interdependencia emocional. La consecuencia más infortunada es la debacle de la autoestima (Baumeister *et al.*, 1993).

El siguiente problema se relaciona con aquellas personas que se ven obligadas a rechazar una propuesta amorosa a pesar de sentirse atraídas por el otro. Esto puede pasar por varias razones, la principal, que uno de los dos o ambos tienen ya un vínculo amoroso con alguien. También se produce cuando las diferencias son notables (edad, cultura, etnia, condición socioeconómica, etc.) o existe oposición por parte de la familia. El dolor consecuente es magnánimo debido a que se hace necesario presentar una imagen de indolencia cuando internamente se vive un infierno (Baumeister *et al.*, 1993)

Dependiendo de la etapa en la cual se encuentre la pareja, el conflicto será más o menos intenso. Según Lloyd y Cate (1985), la intensidad del

conflicto es mayor a medida que la pareja ingresa a etapas superiores. El modelo de la inversión (Rusbult, 1983) explica este fenómeno: a mayor inversión, *más es el compromiso, por ello la ruptura genera más sufrimiento cuanto más comprometida está la pareja.*

Las emociones durante la ruptura amorosa

Ya sea que la ruptura se produzca durante el noviazgo o en el matrimonio, las emociones predominantes durante ella son culpa, tristeza, celos, rabia, angustia y sensación de abandono. Quienes atraviesan por esta crisis se tornan más vulnerables a desarrollar algún trastorno mental (Hatfield & Rapson, 1996).

Las personas que se encuentran afligidas por una ruptura amorosa suelen ser diagnosticadas como «depresivas», puesto que su estado psicológico suscita los indicadores clave de la depresión: percepción deteriorada de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Además se circunscribe en los criterios diagnósticos de la «depresión mayor» del DSM IV-TR: presencia de estado depresivo la mayor parte del día, disminución del interés, alteraciones del peso corporal y del apetito, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o disminución de la actividad motriz, fatiga, sentimientos de desvalorización o culpa, disminución de la concentración y de la toma de decisiones, pensamientos relacionados con la muerte e incluso ideación suicida (APA, 2000).

Se ha relacionado el divorcio con la depresión. Por ejemplo, en los Estados Unidos se estima que el 9,5% de la población padece algún tipo de depresión, mientras los terapeutas indican que la mayoría de las personas en dicha condición están viviendo alguna etapa del divorcio (Taylor & Andrews, 2009). Belloch y su equipo de investigación (2009) señalan que el matrimonio es una fuente importante para el incremento de la epidemiología en salud mental, sobre todo los procesos de separación y divorcio. Las personas solteras tienen menos probabilidades de desarrollar estados depresivos en comparación a quienes están divorciándose.

Toda esta evidencia debe ser evaluada con cuidado, puesto que el trastorno depresivo se ha establecido como un gran negocio. En Estados Unidos ingresan siete mil millones de dólares anuales por la venta de antidepresivos y también mantiene la vida de muchos psiquiatras y psicólogos, pues el 40% de los pacientes que asisten a terapia son diagnosticados con algún tipo de depresión (Horowitz & Wakefield, 2007).

Por otro lado, no es posible que una respuesta adaptativa normal como es la tristeza sea equiparada con un trastorno mental. La tristeza, al giaul que el resto de nuestras emociones, cumple una función evolutiva importante (Nesse, 2005). Se trata de una reacción ante la pérdida para obtener protección. La tristeza clama por el consuelo, no por antidepresivos. La depresión es producto de la distorsión de la realidad a partir de

pensamientos irracionales, además determina un estancamiento emocional profundo. La tristeza no es resultado de distorsiones, es consecuencia de una pérdida real. Su estructura emocional se define como profundas sensaciones de vacío y abandono (Horowitz & Wakefield, 2007). La tristeza puede activar reacciones fisiológicas anormales comandadas por los genes. Según Leventhal y Spring (2008), esa activación se produce por conductas de evitación ante la pérdida. En otras palabras, los antidepresivos aplicados a una persona doliente impiden que esta afronte la pérdida y pueda sanar su padecimiento.

El duelo, en lugar de ser considerado un trastorno psicológico, debe ser visto como un proceso de curación ante la pérdida. Requiere tiempo hasta que se produzca la restauración del funcionamiento normal de la persona (Worden, 1997). La experiencia de pérdida desencadena expresiones del duelo: sentimientos negativos intensos y contradictorios (tristeza, rabia, culpa, ansiedad, angustia, desolación); contradictoriamente, algunas personas informan sentir alivio y sensación de independencia. Estos sentimientos hacen del duelo una emoción (Jakoby, 2012).

Cognitivamente la persona puede negarse a aceptar la pérdida, tomarse la experiencia como un sueño o como una broma que la otra persona le está jugando. Sobrevienen estados de confusión, más aún si quien queda siente que ama. Como no es comprensible amar sin recibir amor a cambio, la desazón produce profundos sentimientos de impotencia y angustia (Worden, 1997).

Ante el impacto emocional que produce la ruptura, es probable que las respuestas afectivas y conductuales sean distintas dependiendo del sexo de nuestro cliente. Las mujeres suelen demandar cercanía, mientras que los varones tienden al aislamiento, aunque no necesariamente. El terapeuta debe partir de la hipótesis planteada, pero, a pesar de ello, requiere consultar al cliente qué respuestas ha desarrollado (Tannen, 1995).

El suicidio es un riesgo durante la experiencia de ruptura. El proceso del suicidio tiene como base la intención de expresar el sufrimiento y la angustia insoportables. La persona escucha una «voz interior» resultante de la internalización de pensamientos negativos, cuya consecuencia más importante es una imagen deteriorada de sí mismo. Este complejo proceso cognitivo-emocional subyace a experiencias de abandono y desolación en la infancia, las cuales son removidas por la experiencia de pérdida (Firestone, 1997; Horowitz *et al.*, 1980). El riesgo es mayor si la persona pasa inadvertidamente de una profunda melancolía a una aparente normalidad, sin que haya mediado ninguna intervención del terapeuta o del soporte social. Si existen antecedentes de intentos suicidas fallidos y/o conductas impulsivas, el terapeuta debe tomar los recaudos para proteger la vida de su cliente. Oravecz y Moore (2006) identifican esta etapa de inquietante estabilidad como la primera fase del proceso suicida: equilibrio que restaura el nivel previo de actividad. La segunda es el estadio de la destrucción que dirige a la persona hacia la muerte.

La experiencia de ruptura amorosa puede desencadenar reacciones destructivas en personas con alguna psicopatología subyacente. Puede ocurrir en personalidades limítrofes, psicopáticas y distímicas, o en trastornos mentales graves como la esquizofrenia. Ese fue el caso del asesino de masas Cho Seung-Lui, quien primero mató a su novia, después que ella propuso la ruptura, posteriormente procedió con una masacre en la Universidad de Pensilvania en Virginia (Jones, 2009).

Apego y ruptura amorosa

La manera como nos vinculamos amorosamente depende de nuestro estilo de apego (Mikulincer *et al*., 2002). El apego (*attachment*) en general es definido como «cualquier manera de comportamiento que tiene como resultado que una persona logre o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que se concibe como más fuerte y/o más sabio» (Bowlby, 1973: 292).

El apego se estructura en una relación de protección caracterizada por tres funciones: proximidad afectiva, base segura de las emociones y refugio seguro (Bowlby, 1973). La disponibilidad y manera de protección que recibimos en nuestros primeros años de vida nos permiten asumir conductas de exploración de nuestro entorno o su inhibición. Cuando el apego es seguro, los niños se muestran más juguetones y más curiosos que aquellos que tienen un apego inseguro.

Fue Ainsworth (1989) quien profundizó en el estudio de los distintos tipos de apego. Identificó un estilo de apego seguro y tres inseguros: huidizo, ansioso-ambivalente y ansioso-desorganizado. Weiss (1991) fue el primero en describir el apego en relaciones entre adultos. A partir de este descubrimiento, se ha comprendido al amor como un vínculo de apego (Hazan y Shaver, 1988).

El modelo de la relación entre el niño y su cuidador primario no se aplica completamente a la formación del apego adulto. En nuestro caso no necesitamos de la presencia física de la persona amada, nos es suficiente invocar su imagen para sentirnos confortables, la sensación de bienestar la sentimos al anticipar un abrazo o al recibir palabras de cariño. A todo eso se suma la vinculación erótica, ausente, por supuesto, en el lazo emocional de la infancia (Hazan, Campa & Gur-Yaish, 2006).

La pareja se acopla a partir de sus estilos de apego individuales, uno complementará al otro. La tendencia a la depresión y a la ansiedad se activa en relaciones conyugales en las cuales la esposa posee un estilo de apego inseguro (Conde, Figueiredo & Bifulco, 2009). Se puede inferir que las rupturas amorosas en ese tipo de pareja acarrearán mayores conflictos emocionales que en aquellas donde por lo menos uno de los miembros posee un estilo de apego seguro. Crowell, Treboux & Brochmeyer (2009) confirman la anterior hipótesis, puesto que observan que los procesos de divorcio son menos dolorosos en parejas con estilos de apego seguro.

Las etapas de la ruptura amorosa

La ruptura puede ser decidida por una sola persona o por el acuerdo de ambos. Es posible identificar tres etapas en el proceso de la ruptura amorosa: anticipación, ruptura y pérdida (ver Cuadro 1).

La anticipación de la ruptura puede considerarse como un luto anticipado, entendido como la experiencia de duelo antes de la pérdida, también llamada «síndrome del buitre a la espera» (Costello & Hargreaves, 1998). La anticipación se vive como una pérdida ambigua, pues la persona que decidió romper la relación está físicamente presente pero psicológicamente ausente (Boss, 2001). Desde la perspectiva de quien ha decidido romper, alarga el momento de explicitar su decisión por miedo a lastimar o porque aún existe cierta esperanza. En el otro extremo está quien se ha sentido indignado por alguna acción de su pareja y toma la decisión de mantener el silencio para castigar y provocar culpa. Desde la perspectiva del doliente, se producen los síntomas de la pérdida ambigua: negación, angustia y desolación. Puede realizar cambios en su comportamiento amoroso o intentar dar lo que antes no dio con la esperanza de recuperar a la persona amada. Cuando esta etapa ocurre en un matrimonio con hijos, es posible que los padres hagan alianzas con ellos para protegerse del otro cónyuge o para atacarlo. Además pueden establecerse relaciones agresivas con los hijos favoritos del cónyuge. El afán de quien no quiere la separación es utilizar a los hijos para retener a su pareja (Schindler & Levine, 2012).

La segunda etapa, relacionada con la ruptura propiamente dicha, implica el afrontamiento de la decisión tomada. Puede ser un momento de euforia porque se experimenta la sensación de haber resuelto un conflicto (Dufwenberg, 2002), o bien desencadenar sentimientos de culpa y desolación (Gadalla, 2008; Rodgers, 2006).

La última etapa es la vivencia de la pérdida como un proceso de duelo que envuelve las mismas experiencias que acontecen ante la muerte de un ser querido. La persona deberá procesarlas con intenso dolor hasta finalmente retomar su vida (Robak & Weitzman, 1998).

El proceso terapéutico en la ruptura amorosa

La terapia debe acelerar el proceso anticipatorio para fortalecer la experiencia posterior de duelo, en caso contrario se propicia la aparición de la violencia y los juegos familiares de los cuales pueden surgir triangulaciones.

Una vez establecida la irreversibilidad de la decisión de ruptura, la terapia debe focalizarse en los problemas individuales, conyugales y familiares. En las sesiones individuales se evaluará la presencia o no de riesgos depresivos y/o de comportamientos violentos. Se deben definir con precisión los objetivos terapéuticos de la persona evitando mezclarlos con los problemas conyugales (Carr, 2009).

Debemos recordar que el estilo de apego definirá la manera como el cliente asume la sensación de abandono. El terapeuta prestará atención a los procesos afectivos precipitados por el miedo y la angustia y establecerá la manera de abordarlos a partir de la historia de protección y el sentido del sufrimiento hacia la búsqueda de consuelo.

En los momentos de aflicción que ocurrirán en la sesión, el terapeuta debe asumir una postura de profunda conmiseración acompañada de silencio compasivo. El cliente debe saber que estamos haciendo lo posible para comprender su dolor y acompañarlo sin juzgarlo.

En las sesiones con la pareja el objetivo es la clarificación de la comunicación y el manejo del estrés (Snyder & Halford, 2012). Se debe evaluar el estancamiento, luego reconocer las emociones que cada uno de los cónyuges tiene en relación a las frustraciones. Es importante identificar si se ha producido excesiva inversión combativa en la relación y promover la tregua para analizar las futuras consecuencias personales de la disolución de la pareja (Isaacs, Montalvo & Abelsohn, 1986).

Se debe asumir que cada pareja construye su propia historia de amor y que los referentes del conflicto se hacen relativos a dicha construcción. Un motivo de desencanto en una pareja puede no serlo para otra (Migerode & Hooghe, 20011). El terapeuta necesita reconocer los límites de su moral y de sus propias experiencias amorosas para utilizarlas como recursos empáticos y no como referentes rígidos de corrección e incorrección.

Las personas que mejor pueden comprender el sufrimiento de un doliente son las más significativas afectivamente. Vale la pena convocar a estas personas a una sesión con el cliente. Usualmente son los padres o la familia nuclear en pleno, alguna vez una amistad entrañable. En esa sesión es importante que el cliente exponga su dolor y exprese sus expectativas de apoyo a quienes estén presentes, indagando si existen otras personas que pueden apoyarle (Rabin, 2011).

Durante el impacto de la ruptura, las personas deben trabajar sus emociones y el sufrimiento que produce la pérdida. Si bien los estudios al respecto indican que son las mujeres quienes más se impactan por el dolor (Sanders, 1993), la experiencia dependerá de características individuales. Además, el duelo no viene solo, sino que se asocia a otras circunstancias, por ejemplo, la influencia de las amistades, las reacciones de las familias, la situación económica, etc. Por estas razones, el terapeuta está obligado a mantener la empatía sin utilizar sus propios referentes de sufrimiento, puesto que los del cliente pueden ser pequeños o grandes comparados con los propios (Murray, 2001).

Es imprescindible desmembrar los resentimientos y procesar el perdón. No es posible cerrar una situación amorosa interrumpida sin deliberar acerca de los errores y aciertos cometidos, ni vislumbrar el daño causado y el infringido.

Se comprende al perdón como la superación de las emociones negativas y el juicio peyorativo hacia la persona que nos ha ofendido, no por

negarnos a nosotros el derecho al juicio, sino mediante el esfuerzo para ver al ofensor con compasión y benevolencia (Enright, Gassin & Wu, 1992).

Es importante recalcar que el perdón es una opción, no una obligación. La persona puede asumir la sensación de indignación y refutar la alternativa de perdonar, lo que resulta tan válido como lo contrario; lo que interesa es que la persona asuma con responsabilidad una posición.

Una vez asumida la pérdida, se inicia el proceso de luto, durante el cual los amantes deben adaptarse a una vida con la ausencia del amado. La rutina cambiará, las relaciones con las otras personas también. El silencio del dolor se prolongará en el tiempo dependiendo del significado de la pérdida y de las circunstancias añadidas. Las cosas se facilitan si la pareja asumió en común la pérdida y no dejaron situaciones inconclusas, lo contrario ocasiona mayor tiempo y más intensidad del duelo (Holland & Neimeyer, 2009).

Para que el cierre sea posible, se puede recurrir al uso de cartas dirigidas al amante que se trabajarán con el cliente en ritos asociados a la despedida (Uematsu, 1996). Otro recurso terapéutico interesante es el uso de la silla vacía, técnica desarrollada por Perls en la terapia guestáltica y usada ampliamente por terapeutas sistémicos (Field & Horowitz, 1998).

El trabajo terapéutico debe dirigirse a la recuperación de actividades descuidadas durante el romance, el reconocimiento de las áreas personales y sociales destruidas o deterioradas, la valoración del crecimiento personal consecuente con el sufrimiento y el planteamiento de objetivos personales a partir de la activación de los sueños pendientes.

Si bien es valiosa la información que se puede obtener del cónyuge que abandonó la relación, además de la posibilidad de ayudarle en su propio proceso de duelo, es imprescindible reflexionar sobre la validez de encuentros con la pareja conjunta durante esta etapa, dependiendo de las circunstancias y reconociendo la predisposición de ambos para llevar a cabo un cierre adecuado. Sin embargo, es probable que el terapeuta inexperto caiga en alguna trampa urdida por el cliente que pretende retomar la relación a pesar de la negativa de su pareja.

Una vez que la persona ha sido capaz de regresar a sus actividades y formularse planes vitales en ausencia de su pareja, y le es posible reconocer los beneficios y perjuicios que la relación causó, el proceo de duelo acaba. Es necesario decir adiós a la relación para poder iniciar una nueva vida, con la posibilidad de volverse a enamorar.

No se trata de comenzar una relación amorosa inmediatamente, es más, conviene mantenerse un buen tiempo sin ningún vínculo amoroso mientras se trabaja en terapia las características del apego (Hazan & Shaver, 1987) y de la historia familiar que pudieron jugar algún papel en la mantención de un lazo amoroso dañino (Andolfi, 1995). Es frecuente que las personas, luego de terminar un noviazgo o un matrimonio inmaduro, empiecen un enamoramiento con personas que tienen las mismas o peores características de su pareja anterior, porque necesitan satisfacer

necesidades afectivas infantiles en lugar de promover relaciones amorosas maduras (Pinto, 2011).

Algunas personas viven el duelo con tanto dolor que se hacen la promesa de no volver a amar nunca más. Así, tratarán de enfriar sus emociones y necesidades afectivas mostrando una armadura de hielo que lo único que hará será avivar el fuego interno que irá consumiendo a la persona. Otra opción negativa es asumir la experiencia como consecuencia de que todos los hombres o mujeres son así de desgraciados, por lo que determinan salir al mundo para vengar a las mujeres o a los hombres. Organizan nuevas relaciones de pareja para destruir con saña a aquel que les recuerda su sufrimiento. Nada de ello, por supuesto, beneficia el crecimiento personal.

Cuando se identifica un duelo complicado, el proceso terapéutico se debe dirigir a completar las etapas no elaboradas. Si el estancamiento se produce en la aceptación de la ruptura se debe promover el afrontamiento de la ausencia irremediable; cuando la dificultad consiste en procesar las emociones de pérdida, es imprescindible que el cliente las reconozca y comprenda que ellas son inocuas por sí mismas, pues el conflicto ocurre al interpretarlas y depositarlas erróneamente en fenómenos ajenos a la pérdida (Worden, 1997).

Vivenciar la ruptura requiere de dos procesos psicológicos estresantes: aceptar la pérdida y prepararse para los cambios futuros sin la persona amada (Stroebe & Schut, 1999). El inicio del duelo es la aceptación de la pérdida, momento crucial y generador de intensos niveles de estrés y tristeza. La persona debe reconocer que quien se marcha tiene todo el derecho del mundo a hacerlo puesto que el amor es una cuestión de dos, basta que uno disienta para que no haya nada más que hacer. No es suficiente reconocer la ausencia, urje también concebir que quien se va no volverá.

Finalmente, si la dificultad radica en retomar la vida se debe dirigir la terapia a la reflexión sobre las metas y los obstáculos que se han suscitado a partir de la pérdida, de tal manera que se puedan elaborar planes que permitan su alcance a pesar de la ausencia.

El terapeuta sistémico no debe perder de vista la relación de la experiencia de duelo con los sistemas significativos del cliente, evitar la consolidación del duelo como un síntoma que suscite la estabilidad patológica de la familia o que fomente la imposibilidad de desvinculación deteniendo los procesos funcionales de las etapas del ciclo vital familiar.

También es importante subrayar que las investigaciones permiten esbozar parámetros generales sobre los procesos inmersos en el duelo, sin embargo, estos son relativos a las experiencias personales, a la cultura y a las circunstancias. El terapeuta debe equilibrar su saber científico con su capacidad empática, de tal forma que los clientes que enfrentan una ruptura amorosa puedan seguir viviendo sin la persona que ha partido.

CUADRO 1: ETAPAS DE LA RUPTURA AMOROSA E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS	
Anticipación de la pérdida	• Evaluar el pronóstico de la relación amorosa y escuchar al cónyuge. • Facilitar la reconciliación o la ruptura.
Ruptura	• Facilitar los procesos emocionales involucrados en el afrontamiento de la ruptura. • Contener y consolar ante la tristeza.
Pérdida	• Identificar el estilo de apego. • Evaluar la influencia de la organización familiar de origen en la relación actual. • Cerrar duelos no resueltos previos a la ruptura. • Facilitar el perdón y la despedida. • Reconocer los beneficios de la relación. • Reconocer los errores cometidos en la relación. • Reactivar las actividades cotidianas. • Identificar los sueños pendientes y elaborar planes para realizarlos.

Estudio de caso

Sergio[65] es un joven arquitecto de 32 años de edad. Ha sostenido una relación amorosa durante tres años con Diana, odontóloga de 35 años. Sergio me busca debido a un insoportable estado de angustia; han pasado dos semanas desde que su novia decidió acabar con el compromiso, aduciendo que no podía seguir esperando para casarse. *Él* pretendía culminar un postgrado, comprar un departamento y recién entonces hacer de Diana su esposa.

Sergio vive con su madre y una hermana de 28 años que tiene un hijo de 2 *años. El sobrino es muy importante en la vida de toda la familia y de mi cliente en particular. El trasfondo de la postergación del matrimonio radica en el temor de dejar a su familia de origen*, en especial al pequeño.

La situación se complicó aún más al enterarse, a través de una red social, que Diana inició una relación con otra persona a los pocos días de haber terminado con Sergio. Le asaltaron varias sospechas sobre el comportamiento previo de su novia. Es probable, según él, que ella le haya sido infiel durante meses.

La presencia del nuevo consorte de Diana echó por tierra las esperanzas de reconquistarla. Sergio tiene un solo camino: asumir la pérdida y seguir viviendo. Sin embargo, la desazón en la que se encuentra ha removido la experiencia de la ruptura del matrimonio de sus padres acontecida cuando él tenía 12 *años. Comprende que muchos aspectos del estilo de vida de Diana y algunos* de sus valores eran incompatibles con él, no obstante pensaba que con el tiempo iban a cambiar, puesto que era la mejor mujer que había conocido en su vida.

[65] El nombre del cliente y algunos de sus datos han sido cambiados.

Descubre que el matrimonio era imposible porque le aterra la posibilidad de fracasar como sus padres y comprende que los demás argumentos para evitarlo eran excusas. Tampoco estaba en sus planes tener hijos, situación que contrariaba a su pareja. Por todo ello era una relación sin sentido, sostenida por la intensidad de la pasión.

Para Sergio fue muy difícil despojarse de la soberbia y asumir la franca sensación de abandono. Cuando reconoció su indefensión, recién pudo enfrentar el juego del cual fue parte en su familia de origen: estuvo triangulado. Su padre fue desvalorizado por su madre y esta buscó consuelo en Sergio, en vez de protegerlo.

Descubrió que sus vínculos amorosos los establecía a través de la necesidad de protección, lo cual conllevaba a lazos dependientes. Así Diana llegó a su vida, una niña indefensa que había salido de un matrimonio violento. Sergio esperaba que, al protegerla, como hizo con su hermana, recibiría protección. Eso jamás pasó. Tampoco en su familia. Nadie se hizo cargo de él.

Trabajamos en el duelo no resuelto de la ruptura del matrimonio de sus padres, así, pudo reconciliarse con su padre y confrontar a su madre por la falta de amor que sintió de parte de ella. Una vez vaciado su corazón de sus dolores pendientes, recién pudo analizar con racionalidad la disfuncionalidad de su vínculo amoroso con Diana. Comenzamos entonces un viaje doloroso por el camino de la añoranza. Aprendió a agradecer, perdonar y enojarse, pudo deshacerse de sus resentimientos para, finalmente, decir adiós.

Referencias

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, USA: APA.

Andolfi, M. (1995). Crise de casal e familia trigeneracional. En M. Andolfi, C. Angelo y C. Saccu (Comps.), *O casal em crise (pp. 105-119)*. São Paulo: Summus.

Aseltine, R. & Hessler, R. (1993). Marital disruption and depression in a community sample. *Journal of Health and Social Beha*vior, 34, 237-251.

Baldwin, J. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.

Baumeister, R., Wotman, S. & Stillwell, A. (1993). Unrequited love: On heartbreak, anger, guilt, scriptlessness, and humiliation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 377-394.

Beck, A., Rush, B., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Belloch, A., Williams, J., Lavorato, D. & Patten, S. (2009). The relationship between major depression and marital disruption is bidireccional. *Depression and Anxiety,* 26, 1.172-1.177.

Boss, P. (1983). The Marital Relationship: Boundaries and Ambiguities. En C. Figley & H. McCubbin (Eds.), *Stress and the Family: Vol. 1. Coping with Normative Transitions (pp. 26-40)*. New York, NY, USA: Brunner / Mazel.

Boss, P. (1986). Psychological absence in the intact family: A systems approaches to a study of fathering. *Marriage & Family Review*, 10, 11-39.

Boss, P. (1993). The experience of immigration for the mother left behind. *Marriage and Family Review,* 19, 365-378.

Boss, P. (1999). Ambiguous loss: Living with frozen grief. *The Harvard Mental Health Letter*. *Insight*, 5, 4-6.

Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua*. Barcelona: Gedisa.

Boss, P. (2002). Ambiguous loss: working with familias of the missing. *Family Process,* 41, 14-17.

Boss, P. (2004). Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11. *Journal of Marriage and Family*, 66, 551-566.

Boss, P. (2007). Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, 56, 105-111.

Boss, P. & Coudine, B. (2002). Ambiguous loss from chronic physical illness, clinical interventions with individuals, couples, and families. *Psychotherapy in Practice,* 58, 1.351-1.360.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: 2. Separation, anxiety and anger*. Nueva York, NY, USA: Basic Books.

Brotherson, S., Ritterbach, C. & White, J. (2012). Impacts of Parents Forever on Parental Behavior and Adjustment During Divorce: A Short-Term Follow-Up Evaluation Study. *Journal of Divorce & Remarriage,* 53, 267-291.

Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. You have free access to this content. *Journal of Family Therapy,* 31, 46-74.

Cohen, Sh., Klein, D. & O'Leary, D. (2007). The role of separation / divorce in relapse into and recovery from major depression. *Journal of Social and Personal Relationships,* 24, 855-873.

Conde, A., Figueiredo, B. & Bifulco, A. (2009). Attachment style and psychological adjustment in couples. *Attachment & Human Development*, 13, 271-291.

Currier, J., Holland, J. & Neimeyer, R. (2009). Assumptive Worldviews and Problematic Reactions to Bereavement. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping,* 14, 181-195.

Cherlin, A., Furstenberg, F., Chase-Lonsdale, L., Kiernman, K., Robin, P., Morrison, D. & Teitler, J. (1991). Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science,* 252, 1.386-1.389.

Costello, J. & Hardgraves, S. (1998). Anticipatory grief: Some implications for social work practice in working with families facing impending loss. *Practice: Social Work in Action,* 10, 45-54.

Crowell, J., Treboux, D. & Brochmeyer, S. (2009). Parental divorce and adult children's attachment representations and marital status. *Attachment & Human Development,* 11, 87-101.

Dailey, R., Rossetto, K., Pfiester, A. & Surram, C. (2009). A qualitative analysis of on-again / off-again romantic relationships: ''It's up and down, all around". *Journal of Social and Personal Relationships,* 26, 443-466.

Demi, A. & Miles, M. (1987). Parameters of Normal grief. *Death Studies*, 6, 397-412.

Dufwenberg, M. (2002). Marital investments, time consistency and emotions. *Journal of Economic Behavior & Organization,* 48, 54-69.

Enright, R., Gassin, E. & Wu, C. (1992). Forgiveness: A developmental view. *Journal of Moral Development,* 21, 99-114.

Field, N. & Horowitz, M. (1998). Applying an empty-chair monologue paradigm to examine unresolved grief. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes,* 61, 279-287.

Firestone, R. (1997). *Suicide and the inner voice*. London: Sage Publications.

Gadalla, T. (2008). Impact of Marital Dissolution on Men's and Women's Incomes: A Longitudinal Study. *Journal of Divorce & Remarriage*, 50, 55-65.

García, L. (2001). *El vínculo emocional*. Valencia: Promolibro.

Gianni, M., Dentali, F., Grandi, A., Sumner, G., Hiralal, R. & Lonn, E. (2006). Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: A systematic review. *European Heart Journal*, 27, 1.523-1.529.

Gray, C., Koopman, E. & Hunt, J. (2010). The emotional phases of marital separation: An Empirical Investigation. *American Journal of Orthopsychiatry,* 61, 138-143.

Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology,* 52, 511-524.

Hatfield, E. & Rapson, R. (1996). Stress and passionate love. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and Emotion: Anxiety, Anger, and Curiosity*, 16, 29-50.

Hazan, C., Campa, M. & Gur-Yaish, N. (2006). What is Adult Attachment? En M. Mikulincer, G. Goodman (Eds), *Dynamics of Romantic Love. Attachment, Caregiving and Sex*. Nueva York, NY, USA: The Guilford Press.

Hill, C. (1974). *The ending of successive opposite-sex relationships*. Tesis para optar al grado de Doctor, Harvard University, NJ, USA.

Hill, C., Rubin, Z. & Peplau, L. (1976). Breakups before marriage: The end of 103 affairs. *Journal of Social Issues*, 32, 147-168.

Horowitz, M., Wilner, N., Marmar, C. & Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activity of latent self-images. *The American Journal of Psychiatry,* 137, 1.157-1.162.

Horowitz, A. & Wakefield, J. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Nueva York, NY, USA: Oxford University Press.

Isaacs, M., Montalvo, B. & Abelsohn, D. (1986). *Divorcio difícil. Terapia para los hijos y la familia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jakoby, N. (2012). Grief as a Social Emotion: Theoretical Perspectives. *Death Studies*, 36, 679-711.

Jones, K. (2009). The thirty-third victim: Representations of Seung Hui Cho in the aftermath of the a Virginia Tech massacre. *The Journal of the History of Childhood and Youth,* 2, 35-42.

Knobloch, L. (2008). The content of relational uncertainty within marriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25, 467-495.

Kübler-Ross, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Lavy, S., Mikulincer, M., Shaver, P. & Gillath, O. (2009). Intrusiveness in romantic relationships: A cross-cultural perspective on imbalances between proximity and autonomy. *Journal of Social and Personal Relationships,* 26, 989-1.008.

Levinger, G. (1976). A social psychological perspective on marital dissolution. *Journal of Social Issues*, 32, 41-47.

Lloyd, S. & Cate, R. (1985). The developmental course of conflict in dissolution of premarital relationships. Journal of Social and Personal Relationships, 2, 179-194.

Mattews, L. & Marwitt, S. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Studies*, 28, 849-863.

Migerode, L. & Hoghe, A. (2011). 'I love you'. How to understand love in couple therapy? Exploring love in context. *Journal of Family Therapy*, 34, 371-386.

Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2002). Attachment Security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics. *Family Process*, 41, 405-434.

Mills, B. & Turnbull, G. (2004). Broken hearts and mending bodies: the impact of trauma on intimacy. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 265-289.

Mora, E. (2006). La vivencia del duelo. *Tan@tos. Revista de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología,* 8, 29-84.

Neimeyer, R. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington DC, estado, USA: American Psychological Association.

Nesse, R. (2005). Twelve crucial points about emotions, evolution and mental disorders. *Psychology Review,* 11, 12-14.

Nielsen, L. (2011). Divorced fathers and their daughters: A review of recent research. *Journal of Divorce & Remarriage*, 52, 72-85.

Núñez, I., Méndez, M. L. & García-Rubira, J. (2009). Cardiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo: conceptos actuales. *Revista Argentina de Cardiología,* 77, 218-223.

Oravecz, R. & Moore, M. (2006). Recognition of suicide risk according to the characteristics of the suicide process. *Death Studies*, 30, 269-279.

Parkes, C. M. (1972). *Bereauement: Studies of grif in adult life*. Nueva York, NY, USA: International Universities Press.

Paulk, A., Pittman, J., Kerpelman, J. & Adler-Baeder, F. (2011). Associations between dimensions of security in romantic relationships and interpersonal competence among dating and (n-dating high school adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships,* 28, 1.027-1.047.

Peñafiel, O. (2011). Ruptura amorosa y terapia narrativa. *Ajayu,* 9, 53-86.

Pinto, B. (2009). *Amor y personalidad en los Aymaras*. La Paz: Verbo Divino.

Pinto, B. (2011). *Porque no sé amarte de otra manera. Estructura individual, familiar y conyugal de los trastornos de la personalidad*. La Paz: SOIPA / Universidad Católica Boliviana San Pablo.

Pinto, B. (2012). *Psicología del amor. Primera parte*: *El amor en la pareja*. SOIPA / Universidad Católica Boliviana San Pablo (en prensa).

Prigerson, H. & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale consensus criteria, and a preliminary empirical test. En M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care (pp. 613-645)*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Rabin, L. (2011). Understanding the Needs of the Suddenly Bereaved: The Significance of Social Network Support. *Death Studies,* 35, 467-473.

Rhoades, G., Kamp, Cl., Atkins, S. & Makman, H. (2011). Breaking up is hard to do: The impact of unmarried relationship dissolution on mental health and life satisfaction. *Journal of Family Psychology,* 25, 366-374.

Robak, R. & Weitzman, S. (1998). The nature of grief: Loss of love relationships in young adulthood. *Journal of Personal and Interpersonal Loss: International Perspectives on Stress & Coping*, 3, 205-216.

Rodgers, B. (2006). Pathways between parental divorce and adult depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 35, 1.289-1.308.

Rodgers, B. & Cowles, K. (2007). The concept of grief: An analysis of classical and contemporary thought. *Death Studies,* 15, 443-458.

Robinson, M. & Parkinson, L. (1985). A family systems approach to conciliation in separation and divorce. *Journal of Family Therapy,* 7, 357-377.

Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 101-117.

Sánchez, L., Gutierrez, M., Herrera, N., Ballesteros, M., Izzedin, R. & Gomez, A. (2011). Representaciones sociales del noviazgo, en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá. *Revista de Salud Pública,* 13, 79-88.

Sanders, C. (1993). Risk factors in bereavement outcome. En M. Stroebe, W. Stroebe & O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention (pp. 255-267)*. Cambridge, estado, USA: Cambridge University Press.

Schindler, H. & Levine, R. (2012). Predicting marital separation: Do parent–child relationships matter? *Journal of Family Psychology,* 26, 499-508.

Simpson, J. & Gangestad, S. (1991). Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology,* 60, 870-883.

Snyder, D. & Halford, K. (2012). Evidence-based couple therapy: Current status and future directions. *Journal of Family Therapy*, 34, 229-249.

Sternberg, R. (1989). *El triángulo del amor.* Barcelona: Paidós.

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Tannen, D. (1995). *Tú no me entiendes. ¿Por qué es tan difícil el diálogo hombre-mujer?* Buenos Aires: Vergara.

Uematsu, M. (1996). Giving voice to the account: The healing power of writing about loss. *Journal of Personal and Interpersonal Loss: International Perspectives on Stress & Coping*, 1, 17-28.

Virani, S., Nasser, A., Mendoza, C., Ferreira, A. & De Marcena, E. (2007). Takotsubo Cardiomyopathy, or Broken-Heart Syndrome. *Texas Heart Institute,* 34, 76-79.

Wallerstein, J. & Kelly, B. (1980). *Surviving the breakup: how childrend and parents cope with divorce.* Nueva York, NY, USA: Basic Books.

Weiss, R. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. En C. Parkes, J. Stevenson & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle (pp. 66-76)*. Londres: Tavistock-Routledge.

Wiederman, M. & Hard, C. (1999). Extradyadic involvement during dating. *Journal of Social and Personal Relationships,* 16, 265-274.

Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Zimmer, T. (1986). Premarital Anxieties. *Journal of Social and Personal Relationships*, 3, 149-159.

Capítulo 15

Un camino hacia la liberación: la violencia de género desde un modelo narrativo

Felipe E. García Martínez
Mabel Aburto Santibáñez
Violeta Fuentes Browne

Introducción

Existen diferentes maneras de vivir el ser hombre o ser mujer en nuestra sociedad, sin embargo, podríamos cuestionarnos qué tan libres somos para decidir quién queremos ser, en qué medida elegimos cómo vestir, cómo relacionarnos con otro/a, qué pareja tener, qué estudiar, y tantos otros aspectos trascendentales en nuestro paso por el mundo. Esta rigidez al concebir lo masculino y femenino es la primera forma de violencia con que nos enfrentamos como seres sociales.

La violencia invade todas las formas de ser persona. Violencia es no tener la oportunidad de elegir quién queremos ser. Violencia es estar marcado/a desde antes de nuestro nacimiento por el sexo con el que nacemos, por la carga social que pesa sobre nuestras decisiones y nuestros caminos de vida.

La violencia de género es una problemática que golpea fuertemente a nuestra cultura. En muchos casos llega a ser tan brutal que puede interrumpir una vida. Esta violencia se expresa a través de diferentes formas y afecta a personas de cualquier edad, identidad sexual y estrato socioeconómico.

Cultura de la violencia

Según la teoría de la evolución cultural de Eisler (2006), en la historia de la humanidad han existido dos modelos de organización social: el *solidario* y el *dominador*. En el modelo *solidario*, existente en la prehistoria, las relaciones se basan primordialmente en el principio de vinculación y en el amor. En cambio el *dominador,* ejemplificado con el patriarcado, se basa en la subyugación de una mitad de la humanidad por la otra. White (1994, 2011) plantea que la ideología patriarcal incluye la creencia de que las mujeres son

propiedad de los hombres y que los hombres pueden hacer lo que deseen con su propiedad, además del concepto de jerarquía como orden natural e incuestionable en que el varón ocupa la posición superior. Tales creencias influyen sobre la identidad de hombres, mujeres, niñas y niños, además de regular las relaciones de género. Cada día, los medios de comunicación social y las historias familiares refuerzan de mil maneras estos conceptos.

Esto ha creado, en una cultura machista como la nuestra, estereotipos de género que constituyen el escenario de la violencia, ya que llevan a las personas a construir una identidad que se acomode a estas imágenes, limitando su poder de decidir cómo quieren ser y forzándolas a aceptar los valores sociales dominantes que rigen como si fueran naturales.

En este contexto, podemos decir que los valores que sostienen nuestra cultura favorecen el establecimiento de relaciones asimétricas entre las personas, facilitando la violencia hacia los grupos de menor poder, como niños/as, mujeres, homosexuales, ancianos/as, discapacitados/das e inmigrantes. Estos valores marcan a las personas incluso desde antes de su nacimiento, en cuanto están insertas en procesos de socialización que utilizan un lenguaje que naturaliza y reproduce estas pautas relacionales. Dicha forma de comunicación influye en que las personas actúen e interactúen de determinadas maneras. En esta interacción, lo masculino está relacionado a la productividad, la razón, lo individual, la autoridad, lo laboral, la competitividad, lo pragmático, el poder y la toma de decisiones. Por su parte, la mujer se asocia a la reproducción, lo doméstico, lo emocional y afectivo, lo relacional, lo privado y la debilidad. Nuestro contexto cultural ha posibilitado la invisibilización de la violencia contra la mujer, que no aparece en los discursos sociales sino cuando es «espectacular», y su naturalización, por cuanto en gran parte de América Latina se considera socialmente aceptable e incluso cotidiano subyugar a la mujer bajo el dominio del hombre (Murgas, 2008).

Violencia, una vida de ataduras

El rol subyugado de la mujer se ha expresado en una variedad de artefactos sociales, donde destacan los avisos publicitarios, además de chistes y canciones, y ha sido transmitido y conservado por prácticas sociales que rigen la convivencia en nuestra cultura, de modo que lo convierten en incuestionable, como si fuera una verdad objetiva, olvidando que es una construcción social. Esto puede conllevar consecuencias graves para las personas, inmovilizándolas al punto de vivir su experiencia de una única manera y limitando su visión acerca de sus propias capacidades. Esto es lo que Bourdieu (1999, citado en Maira, 2009) llama violencia simbólica y que define como: «esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas expectativas colectivas, en unas creencias socialmente inculcadas» (26). Trujano y Limón-Arce (2005) tra-

ducen esta violencia simbólica con frases como «las mujeres provocan su violación» o que «ellas dicen 'no' pero quieren decir 'sí'».

Esta violencia se manifiesta en forma pública y privada. En lo *público* se vivencia de manera más simbólica e invisibilizada, por ejemplo, a través de la imagen de hombre y de mujer que transmiten los medios de comunicación, las diferencias de género impuestas por la educación formal y la socialización familiar, o la moralidad machista invocada por algunas religiones mayoritarias. En lo *privado* coexisten distintos tipos de violencia, algunos más repudiados socialmente que otros, como la física y la psicológica-emocional (SERNAM, 2009). Por otro lado, lo *público* ha tendido a justificar la violencia *privada*, argumentando muchas veces que las mujeres provocaron a sus victimarios o que disfrutaban de la violencia ejercida contra ellas (y por eso mantienen estas relaciones o defienden a sus agresores) o que, incluso, como en el caso de la violencia sexual y económica, constituyen el «orden natural de las cosas». Todo esto contribuiría a la revictimización y a la retraumatización.

El ciclo de la violencia

La violencia que se da en el ámbito privado, además de vivirse como un espiral, es cíclica. Cuando este ciclo no es interrumpido permite que el maltrato escale en su intensidad adoptando formas cada vez más crueles, incluso llegando al asesinato de una mujer por razones de género o femicidio.

El ciclo parte con la naturalización de estereotipos sociales acerca de los roles que pueden cumplir hombres y mujeres, lo que implica validar implícitamente, sin cuestionamiento, estas ideas. Esto provoca la autorestricción a la libertad y autonomía de ambos sexos (Maira, 2009): la mujer no puede ser fuerte y el hombre no puede mostrarse sensible.

Muchas veces, antes de que se interrumpa el ciclo de la violencia han existido intentos por lograrlo, pero el miedo a denunciar, las presiones familiares, seguir enamorada del agresor, la vergüenza de hablar de lo que ocurre, no saber qué hacer ni a quién recurrir, sentirse atrapada en esa vida, llevan a las mujeres a «renunciar al acto de rebelarse, al derecho humano de defenderse y ponerse a salvo» (Olea, 2009: 43). Lamentablemente, las personas que la rodean (familiares, amigos, equipos de salud), al observar su comportamiento errático, tienden a atribuirle responsabilidad en la violencia ejercida contra ella, en el sentido de que, si no hace nada por detenerla o no persiste en su denuncia, es porque «le gusta» o «se lo merece», generando de ese modo una revictimización.

SERNAM (2009) plantea que existen factores inhibidores e impulsores de la ruptura del ciclo de la violencia, los que, a su vez, pueden ser internos o externos (ver Cuadros 1 y 2).

Es importante tener en cuenta, al momento de intervenir, que para que se pueda romper el ciclo los factores impulsores deben tener más fuerza

que los inhibidores. Esto es importante incluso cuando las mujeres ya han tomado la decisión de hacerlo. En este sentido, debe brindarse mucho apoyo en el proceso de salir de la violencia para aumentar las posibilidades de liberar sus ataduras y ganar la lucha contra las múltiples presiones externas e internas que las empujan a rendirse, y los obstáculos que se interponen en el camino de esta liberación.

En esta senda, uno de los pasos más difíciles es romper el silencio y compartir la experiencia. Muchas veces las mujeres que intentan dar este paso no saben a quién recurrir, acudiendo primero a instancias como la familia y amigos, que no siempre brindan el apoyo que ella necesita, ya sea porque en ocasiones reproducen discursos sociales patriarcales («quién te quiere te aporrea»), ya sea porque instan a la mujer a oponerse a su agresor sin brindar la protección suficiente para que esto no redunde en nuevos actos de violencia. En esta etapa puede pasar mucho tiempo, por lo que es necesario que las instituciones brinden un apoyo pertinente, integral, efectivo y rápido que permita empoderar a la mujer para disminuir el riesgo de volver a caer en el círculo (OPS, 2000, citado en SERNAM, 2009).

CUADRO 1: FACTORES IMPULSORES DE LA RUPTURA DEL CICLO DE LA VIOLENCIA	
Factores internos	Factores externos
Convencimiento de que el/la agresor/a no va a cambiar.	La violencia misma ejercida contra ellas.
Convencimiento de que los recursos personales se han agotado.	La violencia contra hijos e hijas.
Enojo y desamor.	Apoyo de personas cercanas.
Estado de saturación con la situación.	Condiciones materiales y económicas favorables.
Ponerse metas y proyectos propios.	Información precisa y servicios de calidad.

Por otro lado, este apoyo debe ser incondicional, es decir, no puede estar supeditado a la decisión de abandonar al agresor. Como señalamos anteriormente, las personas que ayudan a la mujer agredida pueden trasmitir el mensaje implícito de que «si decides seguir con él, entonces te lo buscas», reproduciendo, una vez más, ahora desde las propias instancias de ayuda institucionalizada, la violencia simbólica que estas mismas instituciones denuncian. Las mujeres que no rompen con el agresor tras recibir orientación pueden avergonzarse de recurrir otra vez en busca de ayuda, cerrando una de las pocas vías que quedan para hacer frente a la violencia.

CUADRO 2: FACTORES INHIBIDORES DE LA RUPTURA DEL CICLO DE LA VIOLENCIA	
Factores internos	Factores externos
Miedos, culpa y vergüenza.	Presiones familiares y sociales.
Amor por el agresor.	Inseguridad económica y falta de recursos materiales.
Idea de que lo que ocurre al interior de la familia es privado.	Actitudes negativas de quienes prestan ayuda.
Manipulación del/la agresor/a y dinámicas del ciclo de la violencia.	Limitada cobertura de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de mujeres.
Desconocimientos de sus derechos y falta de información.	Contextos sociales con historias de violencia.

Terapia narrativa, un camino hacia la liberación

En el trabajo terapéutico con personas que sufren violencia de género, muchas veces se concibe la problemática poniendo el foco en lo individual y se trabaja en las variables psicológicas que hacen vulnerable a la persona frente a la agresión. Si bien se busca fortalecer a la persona para que sea capaz de dar el paso de romper el ciclo de la violencia, no se llega a la reflexión social necesaria para que la persona cuestione los valores de la cultura dominante y decida más libremente su forma de vivir. Consideramos que el trabajo individual es muy importante, pero también es necesario comprender los referentes sociales que están a la base si se desean cambios profundos y permanentes. Por ejemplo, Trujano y Limón-Arce (2005) proponen la necesidad de desenmascarar las narrativas que sostienen la violencia, lo que pasa por reconsiderar el concepto de «femenino», el cual debiese desvincularse de las ideas de delicadeza y fragilidad y de su rol como objeto de adorno, consumo y explotación.

Murgas (2009) propone el empleo de la terapia narrativa como una herramienta efectiva y una posibilidad subversiva para desafiar a estos discursos restrictivos. En este sentido, la terapia narrativa permite que las personas amplíen sus posibilidades de cuestionarse a sí mismas, a su entorno y al sistema de valores y de creencias culturales que sostienen su inmovilidad o sometimiento, ampliando, al mismo tiempo, la conciencia acerca de sus propios recursos, lo que facilita el aumento de su sentido de agencia personal para afrontar la situación de una manera diferente a la habitual.

Para esto es importante que el proceso se construya tras una adecuada deconstrucción (en inglés, *desconstruction*), es decir, tras el cuestionamiento colaborativo del carácter natural y normal de las cosas. Según Pierre Bourdieu (2001), la deconstrucción permite subvertir realidades y prácticas que se dan por descontadas y que ocultan prejuicios. Michael White (2004) agrega

que cuando las prácticas de poder subyacentes a esas «verdades» quedan desenmascaradas, las personas pueden asumir una posición respecto de ellas y contrarrestar su influencia. Este cuestionamiento abre la posibilidad de incorporar historias alternativas a la narrativa dominante a través de la construcción de nuevos significados en el diálogo terapéutico, que finalmente desembocan en la construcción de relatos más satisfactorios para la vida de estas personas. Incluso en algunos casos en que estos relatos invaden por completo, este proceso resulta en la reconstrucción de sus identidades para dar paso a una concepción más sana de sí mismas (Trujano, Gómez y Mercado, 2004).

La deconstrucción de estos discursos sociales restrictivos se ve facilitada a través de la práctica narrativa que White y Epston (1993) denominan «externalización del problema» (en inglés, *externalizing*), que consiste en considerar a los problemas que oprimen a las personas como algo externo a su identidad, modificando la relación que la persona tiene con su problema, desde el sometimiento a la responsabilidad de hacer algo para contrarrestar su influencia. La externalización se refleja en conversaciones en las que se invita a las personas a darse cuenta de los efectos que los discursos sociales dominantes (y las prácticas que se desprenden de ellos) tienen en sus vidas. De ese modo, dejan de experimentar dichos discursos que han sido internalizados desde su infancia como algo que les pertenece, y comienzan a tomar una posición que les permitirá orientarse hacia formas de vida preferidas.

Propuestas para el abordaje clínico

Antes de iniciar un abordaje terapéutico, creemos esencial intentar aproximarnos al marco de referencia de la mujer agredida, captar su mundo emocional, adaptarse a su ritmo, considerar el momento del ciclo de la violencia que está viviendo y su modo particular de vivirlo, sus discursos, la forma de relacionarse con el agresor, sus redes de apoyo y los factores inhibidores e impulsores del quiebre del ciclo de la violencia. Sobre esta base, proponemos las siguientes acciones:

a. Brindar un espacio terapéutico para la expresión. Para llevar a cabo este proceso es importante brindar un espacio de facilitación de la expresión emocional, donde se valide su experiencia y se trabaje a partir de su relato. Para ello, una actitud empática, aceptadora y auténtica por parte del terapeuta o la terapeuta debiese generar un espacio apropiado para que la persona se disponga a narrar su experiencia, muchas veces vivida con culpa o vergüenza o silenciada por prácticas sociales que impiden su expresión. Es importante reiterar que esta actitud de escucha debe brindarse en forma incondicional, es decir, no puede depender de que la mujer agredida tome decisiones de ruptura o denuncia de la agresión.

b. *Reconocimiento de lo vivido*. En muchas ocasiones las personas no reconocen en lo que viven las distintas formas de violencia. En el proceso interactúan factores que favorecen una elaboración de estos hechos como situaciones puntuales dentro de su relación de amor y no dentro del ciclo y espiral de la violencia. En estos casos se torna relevante explorar el constructo que la persona tiene de violencia, para encaminarla a un reconocimiento de sus experiencias que movilicen su situación de vida.

c. *Explorar el soporte social de las narrativas dominantes*. La subyugación a los discursos dominantes influye en la mantención de los distintos tipos de violencia, pues conlleva a que la vida de las personas se vuelva tan restringida que dificulta el camino hacia la autorrealización, la potenciación de los recursos personales y la conexión con el propio cuerpo. Es así como se propone fomentar el cuestionamiento de las narrativas que conducen a la violencia en la relación. Proponemos para ello la deconstrucción y externalización de los relatos que sostienen la invisibilización y naturalización de la violencia, y permitir a la mujer que tome una postura respecto de esos discursos. Siguiendo a White (1994), proponemos examinar las instrucciones que se reciben para desempeñar el rol femenino a través de, por ejemplo, recortes de prensa o anuncios publicitarios, o a través de mostrar y discutir las historias familiares que refuerzan dichas instrucciones.

d. *Centrarse en las respuestas a la violencia*. En el proceso de reconstrucción de identidad se busca que la persona trascienda su discurso dominante. Para esto, se propone utilizar el enfoque de respuestas frente al trauma de Yuen (2009), ya que rescata la idea de que nadie es un receptor pasivo al trauma. Esto quiere decir que las mujeres siempre realizan acciones para prevenir la violencia o modificar los efectos que esta tiene en sus vidas. En este sentido, el/la terapeuta tiene que estar atento a todas aquellas manifestaciones que hagan alusión a recursos personales, a respuestas frente a la violencia y a eventos extraordinarios (en inglés, *unique outcomes*). Cuando estos elementos son percibidos es necesario que sean resaltados y explorados en detalle para ir construyendo una historia alternativa, posibilitando una identidad que no esté determinada por la violencia y que permita aumentar el sentido de agencia personal. Esta sensación de mayor agencia personal aliviana la carga de victimización, empoderando a la persona y ayudándola a visibilizar sus herramientas para cambiar su situación. Aquí es necesario denotar que el comportamiento habitual de romper la relación y luego admitir de nuevo a su pareja, o de denunciar y luego retirar la denuncia, no puede ni debe socavar la relación con quienes brindan apoyo terapéutico; deben ser más bien aceptados como parte del proceso de empoderamiento y explorados como momentos extraordinarios en que ha sido capaz de tomar de-

cisiones. Y, asimismo, reconceptualizar este proceso como una toma de control progresivo de modo que lo que finalmente decida la mujer respecto a su vida (dejarlo o perdonarlo) habrá sido escogido desde una posición de control y no de desamparo.

e . *Favorecer la conexión con la vida.* Frecuentemente en terapia conocemos a personas que se encuentran tan envueltas por su sufrimiento que están resignadas a vivir la vida de esa forma. Un objetivo imprescindible en la terapia es que la persona pueda sentir que existen alternativas, conectarse con la esperanza y construir proyectos de vida más satisfactorios, que le brinden un sentimiento de realización personal. Para esto es necesario ofrecer a la persona en terapia la oportunidad de elegir lo que quiere para sí misma, una forma de vida preferida hacia la cual orientar sus esfuerzos. Esto implica coconstruir un espacio de reflexión donde la persona pueda diferenciar dentro de sus creencias lo propio y lo externo, evaluando cuánto de esto fue introyectado automáticamente.

f . *Establecer nuevas relaciones de confianza.* En situaciones de violencia es habitual que la persona que recibe la agresión vea alterada su conexión con el mundo y con las personas, y se pierda la confianza en el otro. Por esto, se propone reconstruir la conexión con el mundo, fomentando el establecimiento de nuevas relaciones de confianza (Pérez-Sales, 2004). El objetivo de esto es que la persona logre establecer relaciones genuinas y simétricas, donde pueda experimentar emociones expansivas. Para esto es necesario reconectarla con sus redes sociales de apoyo, especialmente con quienes brindan un espacio de contención dentro de su propio círculo social, así como integrarla a espacios terapéuticos en los que tenga la posibilidad de conocer los testimonios de otras personas que han transitado por caminos similares.

g . *Encontrándose con la fortaleza interior.* Reconocerse dentro de un sistema de violencia rompe la homeostasis de un sistema, dejando a la persona a la deriva. El fortalecimiento otorga la posibilidad de enfrentar la sensación de vulnerabilidad y recuperar el equilibrio. Para esto proponemos favorecer los espacios en donde la persona pueda conectarse con su cuerpo y ser interior. Así también, ayudadrla a reconocer y valorar aspectos de sí mismas que permanecían invisibilizados por la victimización. Todo esto, en conjunto con la apertura de un espacio social en que la mujer pueda participar y desarrollarse efectivamente, desembocará en una mayor sensación de fortaleza y seguridad que permitirá a la persona realizar los proyectos construidos a través del proceso terapéutico.

Conclusiones

Creemos firmemente que pueden existir nuevas formas de organizarse, además del modelo actual. Esta esperanza nos lleva a proponer trascender el modelo dominador y encontrar una forma más respetuosa de constituirnos como sociedad. Nuestra convicción de transcender el modelo dominador se basa en que las distintas formas de violencia, que parten por la jerarquización de las relaciones, no permiten a la persona vivir auténticamente ni desarrollar su potencial en áreas como la creatividad, la espiritualidad y la emocionalidad.

En relación a esto, es importante acompañar los procesos de personas que se han visto afectadas por este modelo dominante. Así también es de suma importancia trabajar lo social, tanto desde lo terapéutico como de lo comunitario, ya que los movimientos sociales que buscan trascender las injusticias tienen un papel protagónico en el cambio cultural. En este sentido, sería relevante visibilizar el poder que tienen los medios de comunicación en plasmar los valores sociales, los que actualmente promueven en forma implícita la jerarquización de las relaciones y la supremacía del poder masculino. Creemos que los medios de comunicación podrían configurarse en una herramienta significativa en el proceso de transformación cultural.

Por último, es relevante reconocer que esta propuesta fue diseñada en base a vivencias terapéuticas con mujeres que habían logrado quebrar la relación con el agresor, lo que no ocurre con todas. Además, desde nuestro paradigma cada persona es única, por lo que requiere y merece un acompañamiento que sea pensado en base a su mundo personal.

Referencias

Bourdieu, P. (2003). *La dominación masculina.* Barcelona: Anagrama.

Eisler, R. (2006). *El cáliz y la espada. Nuestra historia, nuestro futuro*. Santiago: Cuatro Vientos.

Maira, G. (2009). Violencia sexual en la vida de las mujeres. Naturalización y silencio. En C. Lagos, R. Olea y S. Rojas (Eds.), *Nación golpeadora (pp. 24-31)*. Santiago: Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual.

Murgas, D. (2009). La terapia narrativa como posibilidad subversiva a los discursos de género y poder en la violencia de género. *Psicología Científica.* Extraída el 19 de noviembre de 2011 de http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-416-1-la-terpaia-narrativa-como-posibilidad-subversiva-a-los-discursos-de-genero-y-poder-en-la-violencia-de-genero.html

Olea, P. (2009). Conectarse con el propio poder: ¡esa es la clave! En C. Lagos, R. Olea y S. Rojas (Eds.), *Nación golpeadora (pp. 42-50)*. Santiago: Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual.

Pérez-Sales, P. (2004). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 20, 29-36.

SERNAM (2009). *Análisis y evaluación de la ruta crítica en mujeres afectadas por violencia en la relación de pareja*. Santiago: Edición María Paz Causa Vera.

Trujano, P. & Limón Arce, G. (2005). Reflexiones sobre la violencia, el género y la posibilidad de escuchar nuevas voces en psicoterapia. En G. Limón Arce, *Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas (pp. 69-81)*. Ciudad de México: Pax.

Trujano, P., Gómez, M. & Mercado, J. (2004). Violencia intrafamiliar: las terapias narrativas y su aplicación en el maltrato infantil psicológico. Historia de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1, 50-66.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2011). *Narrative Practice: Continuing the Conversations*. New York, NY, USA: Norton.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa.

Yuen, A. (2009). Less pain, more gain: Explorations of responses versus effects when working with the consequences of trauma. *Explorations: An E-Journal of Narrative Practices*, 1, 6-16.

Capítulo 16

Cuando ella se va: la resignificación del proceso para una despedida plena

Natalia Alonso Reske
María Fernanda Marín Vásquez
Carolina Alzugaray Ponce

«La eternización de lo arbitrario».
Pierre Bourdieu.

Introducción

Antes de profundizar en lo que queremos compartir con ustedes, quisiéramos contarles que orientaremos este trabajo hacia una crítica al paradigma patriarcal que nos domina (por lo menos, en Occidente) y a cómo este influye en nuestras relaciones y en nuestras decisiones. Para hacerlo más evidente, nos enfocaremos en las parejas heterosexuales tradicionales que siguen la heteronorma[66], pues creemos que facilita una visualización clara de las dificultades y limitaciones que este sistema binario y machista tiene. Sin embargo, no queremos decir que esta influencia patriarcal no esté presente en relaciones homosexuales u otras. Junto con esto, pretendemos proponer un camino alternativo que deconstruya creencias arbitrariamente establecidas a través de una forma de terapia sistémica vinculada al construccionismo social: la terapia narrativa.

También quisiéramos agregar que, cuando nos refiramos a «un hombre y una mujer», será para ahorrar en lenguaje y facilitar la redacción, ya que dentro de nuestro planteamiento crítico está también la idea de que no existe un solo tipo «de hombre» y «de mujer», sino que somos las mujeres y son los hombres, pues en este mundo son diversas las formas de ser para cada género.

Sobre los roles de género

Al sentarnos a hablar sobre las relaciones de pareja y la muerte, no pudimos dejar de ver lo impregnadas que estamos de un sistema patriarcal, dominante y limitante. ¿Qué queremos decir con esto? Cuando reflexiona-

[66] La heteronormatividad es la construcción que hacen las sociedades para imponer el patriarcado y las prácticas heterosexuales como el único modelo válido para ejercer la sexualidad.

mos sobre cómo funciona una pareja heterosexual tradicional inmersa en esta sociedad, que es la única que conocemos íntimamente, notamos que existe una marcada asimetría en la manera que tenemos de relacionarnos entre hombres y mujeres. Evidentemente, este paradigma positivista que nos rige pareciera imponernos un orden y una organización de los roles de género, la cual tiende a ser rígida e inflexible y, además, no promueve la libertad de expresión individual ni la libertad de decidir cómo queremos ser.

Estos roles «preestablecidos y naturales» están conformados por ciertas características que supuestamente son innatas y esenciales, tanto en los hombres como en nosotras, las mujeres. Para decirlo sencillamente, cuando nace un hombre se espera que este sea masculino, fuerte, proveedor, racional, protector, público, activo e incluso que juegue a «la pelota»; mientras que de nosotras se espera que cuando niñas juguemos a las muñecas, que seamos femeninas, suaves, sensibles, maternales, cuidadoras, serviciales, privadas, pasivas, atractivas o sensuales y comprensivas, entre otras cosas. Todo esto determina, sin lugar a dudas, la construcción que hacemos de nosotros y nosotras como personas y, por ende, influye en cómo nos enfrentamos y decidimos en las circunstancias que se nos presentan en la vida.

Frente a esta realidad, que nos parece violenta porque atenta contra el libre desarrollo del ser humano, más allá de si nace hombre o mujer, nos preguntamos qué pasa cuando un evento inesperado, como la proximidad de la muerte, aparece en la vida de una pareja que vive en este paradigma dominante.

Muchas ideas invadieron nuestra conversación pero, entre ellas, la que se llevó el papel principal fue la desestabilización que surge cuando una estructura rígida como la antes mencionada se enfrenta a un evento que interfiere en llevar a cabo las reglas establecidas arbitrariamente. Para ser más exactas, ¿qué pasa con los roles «naturales» de un hombre «protector» cuando su compañera se ve amenazada de muerte, literalmente, y este no puede hacer nada para protegerla o salvarla? ¿Qué pasa con una mujer cuando se ve deteriorada físicamente por la enfermedad y siente que dejó de ser «femenina»? ¿Acaso, en este proceso, el sistema patriarcal responde a los efectos que genera en las relaciones humanas? ¿No es esto violento, tanto para la mujer como para el hombre? ¿Es justo?

Este tema es uno de los muchos en donde encontramos influencias negativas de este sistema androcéntrico. Y son muchas también las sensaciones que nos invaden a partir de este análisis. Sin embargo, decidimos quedarnos con este (la muerte avisada y su interferencia en la ejecución de los roles) y ofrecer una alternativa. Sí, una distinta mirada sobre la construcción de géneros, una perspectiva diferente que nos permita ser más libres al momento de vivir y sentir nuestras experiencias, al momento de tener que enfrentar lo que se aproxima para poder despedirnos plenamente.

¿No sería más fácil ser y sentirnos mujeres / hombres sin una regla impuesta que indique cómo debemos ser o no ser?

En este momento una luz iluminó nuestra reflexión: el constructivismo y la perspectiva de género. La idea de deconstruir los roles de género

establecidos es una herramienta que, creemos, podría facilitar la despedida de un hombre y una mujer, pues dejaría de lado frustraciones y miedos derivados de los roles «naturales» que hemos construido hasta entonces.

Por ello, desde la psicología, sentimos que la terapia narrativa es un medio por el cual podríamos resignificar experiencias y «autodefiniciones» que se hacen evidentes en nuestros discursos. Con estos elementos podríamos fomentar que ambas partes puedan reconstruirse y despedirse. Así podríamos evitar, entre muchas otras situaciones, que un hombre sienta, por ejemplo, que «sacrificó su hombría» al dejar partir, «sin haber hecho nada», al amor de su vida.

Lo arbitrariamente establecido

Para comprender un poco, viajemos, con la ayuda de Gabaldon (2010), por un momento al Paleolítico, cuando el *homo habilis*, el *homo erectus* y el *homo sapiens* habitaban la Tierra y la economía era de subsistencia. Esto significaba que los roles y las tareas cotidianas eran realizadas tanto por hombres como por mujeres, sin distinción alguna de roles. Las mujeres y los hombres participaban de las tomas de decisiones del grupo, debido a que era una época en la que la supervivencia era una prioridad, por lo que las tareas de la reproducción y cuidado eran tomadas en cuenta y valoradas. Era una época donde las relaciones eran horizontales.

Luego de esto, Gabaldon nos cuenta que llegó la revolución neolítica, y que esta marcó un antes y un después para las mujeres y los hombres y sus respectivas tareas. La práctica de la agricultura y la ganadería cambiaron la economía de subsistencia por una economía productiva. El sistema patriarcal se instaló en los grupos humanos, dejando a la mujer en una posición subordinada y dependiente en relación al hombre, a pesar de que su trabajo, asociado al cuidado para la vida, sigue siendo fundamental para el sostenimiento del propio sistema. La propiedad privada hace acto de presencia y las mujeres se vuelven, a los ojos de los hombres, bienes intercambiables y reproductoras de mano de obra.

Otro dato importante, que es mencionado por Gabaldon, es una segunda revolución, la revolución capitalista, la cual trajo consigo la aparición del *homo economicus* y la economía de mercado. Esto facilitó que se consolidara de manera nefasta el patriarcado y su legitimación, pues el sistema comenzó a funcionar en relación a los intereses de este *homo economicus*, lo que significa que un pequeño porcentaje de la población mundial tomó el poder. ¿Quién es este *homo economicus*? Es un hombre que tiene una edad que oscila entre los 30 y los 60 años, de raza blanca, rico, sano, generalmente heterosexual, de origen europeo y de referencia judeocristiana. Su poder es tal que decide mi futuro, tu futuro, nuestro futuro, y posee un mundo organizado para satisfacer sus necesidades. El resto, quedamos fuera.

Dentro de esta lógica, es evidente que las relaciones comenzaron a seguir un patrón asimétrico en el que el poder está basado en la economía, situando a los hombres por sobre las mujeres. En este sentido, los roles comenzaron a ser atribuidos a cada género y se naturalizaron y convirtieron en formas que determinan fuertemente cómo debe ser una mujer y un hombre.

Un binario que nos dice cómo debemos ser

Si nos detenemos a mirar cómo funciona el mundo y escuchamos, por un segundo, las diferentes opiniones y creencias, no es sorprendente encontrarnos con puntos de vista muy distintos frente a una misma situación o evento. Sin embargo, nos atrevemos a decir que la mayoría de las veces se repiten respuestas basadas en un binario que, como diría Miranda (2009, citado en Berkhoff, Marín, Moraga, Oliva & Venegas, 2012), son respuestas que provienen de una realidad construida desde dos posturas: bien / mal, feliz / triste, alma / cuerpo, hombre / mujer, arriba / abajo, masculino / femenino.

Desde aaquí podríamos desprender la idea de que, en esta concepción de la realidad, el hombre y la mujer están, cada uno, ubicado en una de las partes del binario y que, en cada una de estas partes, existen diversas características.

En relación a esta idea recordamos la clásica referencia a lo femenino como algo delicado, sensual, bonito, maternal y rosado, entre otras cosas, y a los hombres como fuertes, protectores, celeste cuando son bebés, proveedores, racionales y muchas más. Respaldando esto, Orellana (2009, citada en Berkhoff *et al.*, 2012) dice que en general las mujeres tienen roles de servicio y que los hombres tienen un rol de dominio y poder. Esto, si lo analizamos, nos permite por lo menos imaginar que si una mujer es servicial es también preocupada por los demás e, incluso, nos atrevemos a decir que, para muchas personas, mujer podría ser sinónimo de ser madre.

Ahora bien, la teoría y también nuestra experiencia nos permite afirmar (siempre haciendo énfasis en que NO por esto es una VERDAD ABSOLUTA) que existen roles de género definidos y perpetuados o, dicho de otro modo, hay expectativas que construimos sobre los hombres y las mujeres que influyen en nuestras maneras de vivir y de sentir.

Esta forma de concebir la realidad es jerárquica, dominante, excluyente y violenta. Contiene, además, un lenguaje patriarcal que se ha convertido arbitrariamente en un discurso y en un actuar universal y natural. (Miranda, 2009 citado en Berkhoff *et al.*, 2012). A pesar de que nos parece evidente el porqué, diremos algunas cosas al respecto.

Por un lado, los roles de género establecidos ponen al hombre y a la mujer en posiciones de poder distintas, posiciones de dominio / dominado donde la mujer es la dominada. Siguiendo esta línea, estos roles (rígidos como un muro en el inconsciente colectivo) limitan el abanico de experiencias de cada género, pues al existir características «masculinas» y «fe-

meninas» no se nos permite, muchas veces, escoger o ser de determinada forma sin sufrir algún tipo de comentario, chiste o, directa o indirectamente, discriminación. Esta exclusión es violenta y limitante. Además, podemos intuir, más específicamente, que estas construcciones sociales de roles podrían estar reprimiendo tanto a la mujer como al hombre. A nosotras, porque no tenemos el mismo poder político y social que ellos ni el mismo uso de los espacios públicos, y a ellos, porque no pueden expresar sus emociones libremente como nosotras, entre otras cosas.

Lector y lectora, te pedimos que observes detenidamente nuestro contexto cultural porque no podemos dejar de proponerte una reflexión al respecto. No para que nos encuentres la razón, sino para que critiques y cuestiones, aunque sea un poco, el mundo que hemos construido y que seguimos perpetuando con nuestras prácticas. Esto, para darnos un espacio que nos permita mirar con otros lentes, sentir con otras creencias y que, finalmente, nos permita mirarnos y entender cómo funcionamos, según otras propuestas. Como decían algunos por ahí, «en la diversidad está la gracia de la vida», ¿o no?

La ciencia y nuestra construcción de género

La biología como ciencia se ha encargado durante muchos años de desarrollar categorías y conceptos con el loable propósito de explicar cómo el sistema fisiológico, la genética y la anatomía humana definen la diferenciación sexual y también la identidad de género. En este contexto, se ha establecido que subyacen ciertos procesos que determinan la definición del carácter y las motivaciones de los hombres y las mujeres.

Desde esta lógica, por ejemplo, surge la imagen clásica de que los hombres son agresivos, dominantes y violentos debido a que tienen altas concentraciones de testosterona en la sangre, sustancia que, por ende, es denominada como masculina. Por otro lado y siguiendo la misma lógica de lo masculino y lo femenino, se dice que la capacidad de expresar abiertamente los sentimientos, de ser receptiva y de deslindarse de la violencia es determinada por la progesterona, hormona conocida como femenina. De esta manera la identidad de género parece estar sujeta a la ley que rige la biología, lo que socialmente es aceptado como algo natural. En otras palabras, la interpretación del discurso biológico brinda una justificación ideológica de la desigualdad entre hombres y mujeres. En este sentido, la biología y la psicología también han jugado un papel político e ideológico relevante en la forma como el mundo social se organiza y en como entendemos lo masculino y lo femenino.

El movimiento feminista, en el terreno social, ha criticado fuertemente la dominación de la ciencia o, como diría Gergen (2001), la organización masculina de la práctica científica, diciendo que es bastante reduccionista el análisis que se hace de las relaciones de género al pensar que la fisiología

es el único factor interviniente. En suma, se han encargado de criticar y cuestionar los modelos teóricos que nos rigen y que definen el género como un atributo o rasgo estable. Modelos que evidentemente dan por sentado que la existencia de un enlace directo entre «estructuras subyacentes» (como los genes, hormonas, etc.) y la acción social que realizan hombres y mujeres. Para llevar a cabo esta crítica a estos modelos dominantes debemos considerar que, por ejemplo, no existe evidencia que relacione la acción de los genes y fenómenos sociales tan impresionantes como la violencia, el abuso sexual o la disposición de un hombre o mujer para bañar y dormir a los recién nacidos.

Para no extendernos más y hacer énfasis en lo que queremos decir, creemos que es importante considerar una mirada más construccionista que se base en las relaciones, considerando una mirada más sociológica, que nos permita entender la identidad de género y el género en sí mismo como el resultado de prácticas culturales, de formas de actuar que la gente absorbe en contextos sociales.

¿La pareja perfecta?

Ahora bien, si seguimos el análisis de este mundo invadido por roles y poder asimétrico, no podemos dejar de lado el tema de las relaciones. Porque, claro, vivimos en sociedad, estamos en constante relación los unos con los otros, directa o indirectamente, intensa o débilmente. Como sea, no estamos aquí solos.

Entonces, si asumimos, por un momento, que estos roles están ahí inevitablemente, podríamos decir que nuestras relaciones se ven influenciadas por ellos. De hecho, sería posible plantear que, por ejemplo, una mujer que es «por naturaleza» delicada, bella y vulnerable requiere necesariamente de un hombre que sea «naturalmente» fuerte, poderoso y protector. Lo que, en el fondo, podría significar que estamos hechos el uno para el otro y que todo es perfecto... pero esto no ocurre. O sea, por lo menos eso creemos, porque relaciones perfectas no conocemos. ¿Ustedes?

Con esto, queremos llegar a la idea de que la perfección no existe, por lo tanto, esa complementariedad imaginaria entre el hombre y la mujer no se da con plenitud en todas y cada una de las parejas del universo. En verdad no existe. Sin embargo, si no existe, ¿por qué se siguen perpetuando relaciones que siguen un patrón de roles que se complementan?

Las relaciones están marcadas por los roles; una mujer espera que su marido la proteja y le exige seguridad, un hombre valora una mujer dedicada a su casa. A veces estos roles no son tan explícitos pero, por lo menos a nivel individual, las mujeres en general siguen siendo las dueñas del hogar aunque sus compañeros las «ayuden» en él, los hombres siguen sintiendo que deben mantener el hogar aunque las mujeres los «ayuden» en ese proceso.

En este contexto, nosotras nos preguntamos: estos roles preestablecidos y naturales de cada género, ¿hasta qué punto nos permiten ser libres al decidir y al actuar? ¿Es posible ser como uno quisiera si existe un patrón estructurado que nos muestra cómo ser?

Cuando aparece la enfermedad

El diagnóstico de una enfermedad terminal implica que hay certeza de que existe una sentencia de muerte, pero una incertidumbre de cuándo será. Es decir, «que ella, mi pareja, mi compañera, mi amor, más temprano que tarde, morirá». ¡Qué angustiante puede llegar a ser! Sin embargo, no es solo eso lo que le preocupa, también está el miedo al dolor generado por la enfermedad en su pareja y, psicológicamente, al dolor que trae el verla en esas condiciones y no poder salvarla.

Cuando nos enteramos que una persona morirá a causa de una enfermedad avanzada e incontrolable, existe lo que entendemos por «duelo anticipado», debido a que se sabe que, dentro de un periodo de tiempo más bien corto, esa persona dejará de existir. Esto nos lleva a desestabilizarnos ante un cambio o transformación que se encamina. Saber que ella, en este caso, morirá, inevitablemente trae consigo un proceso difícil, que para la mayoría de las personas que componemos esta sociedad occidental es doloroso puesto que volvemos a recordar que somos seres finitos y que, por lo tanto, nada es para siempre.

Ustedes, lectores y lectoras, ¿se imaginan en esta situación? Te invitamos a situarnos específicamente en la pareja, como anunciamos antes, en la pareja conformada por una mujer y un hombre cuyas formas de ser y de comportarse están profundamente determinadas por la construcción tradicional de cómo es un hombre y cómo es una mujer, es decir, desde los roles atribuidos a cada género.

Nos atrevemos a decir que este evento inesperado llega a interferir la estructura rígida patriarcal de los roles de género, lo que podría afectar negativamente la comunicación en la pareja. ¿Por qué? Cuando una enfermedad terminal aparece en tu vida, es imposible seguir viviéndola como hasta entonces, es improbable seguir actuando igual que antes, tu forma de ser, hasta entonces construida, ya no es funcional. En otras palabras, el deterioro que invade a la mujer ya no le permite seguir con sus actividades ni sueños, y el hombre se ve incapacitado de cumplir con los suyos. Por lo tanto, los roles establecidos se convierten en un impedimento.

Ahora, pensemos en el «anuncio del fin» pero considerando a una mujer cuya identidad ha sido construida socialmente en relación a lo que se espera de ella: que sea linda, atractiva, cuidadora de sus hijos e hijas, que atienda a su «hombre» y que se ocupe de las labores hogareñas, etcétera. Y pensando también en un hombre cuya identidad también ha sido construida en torno a lo que se espera de él: que sea protector, proveedor, fuerte y

racional. Nos preguntamos entonces: ¿cómo reacciona esta mujer cuando le anuncian «que se va a morir» producto de una enfermedad que trae consigo deterioro físico, dolor, cambios y todo de manera muy vertiginosa? ¿Y cómo reaccionará un hombre que está determinado para ser protector en una situación en donde no puede ejercer esta función?

Al ser cada persona única y particular, las reacciones ante el duelo anticipado también pueden ser muy variadas, tanto en hombres como en mujeres, pero creemos que la gran mayoría de ellas proviene de determinaciones que recibimos según nuestro género. Proponemos que existe una relación entre la/s aflicción/es psicológica/s (producto de la situación de duelo anticipado) y la imposibilidad de ajustarse a la expectativa de lo que se espera de mí, como hombre o como mujer, en este contexto.

Ahora, los cambios que le ocurren «a ella» se generan principalmente a partir de los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y/o deterioro, y del giro rotundo que experimenta su vida, en el sentido de que ya no se dedicará a aquello a lo que cotidianamente realizaba, dado los cuidados que exige su enfermedad. Entonces, le ocurren cambios que son físicos, psicológicos y sociales, los cuales son interdependientes entre sí, es decir, suceden y generan causalidad circular.

Dentro de los cambios físicos, las mujeres experimentan un deterioro que se hace presente en su aspecto como la palidez, en algunos casos la pérdida del cabello, aumento o disminución de la talla, entre otros. Estos cambios tienen consecuencias psicológicas, tales como angustia y frustración, pues afectan la imagen corporal que ellas tienen de sí mismas, la que en sociedades occidentales, como la nuestra, constituye una parte importante de su valoración social y es un componente importante de su identidad personal (Sebastián, Bueno y Mateos, 2002, citadas en Sebastián, Manos, Bueno & Mateo, 2007). Esto se relaciona fuertemente con la determinación sobre cómo deben ser las mujeres, existiendo un ideal que difícilmente puede convertirse en realidad.

Debido a la carga social impuesta al cómo deben ser las mujeres y la imposibilidad de cumplirlo por los cambios que en ella genera la enfermedad, se comprueba una mayor susceptibilidad de las mujeres frente a los hombres en el tema de su imagen o atractivo físico y de su propio valor, que también se pone de manifiesto en el tema que nos ocupa (Roberts, Piper, Denny y Cuddeback, 1997, citados en Sebastián *et al.*, 2007).

También ocurre que las dificultades que vive esta mujer se relacionan fuertemente con aspectos particulares que alteran su calidad de vida y la de su pareja, debido a la connotación cultural del rol de mujer y compañera que no pueden ser satisfechos al 100% en estas circunstancias. Y, junto con ello, la connotación cultural dada a la mujer que tiene esta enfermedad: disminuida, menos mujer y menos femenina (García, García, Ballesteros & Novoa, 2003).

¿Es justo que nuestra identidad femenina se vea cuestionada a partir de los cambios que experimenta nuestro cuerpo en situación de enfermedad?

¿Realmente dejamos de ser menos mujeres por no cumplir con los deberes hogareños, ausentarnos en el cuidado de los hijos, comenzar a perder el cabello, sufrir cambios en nuestro cuerpo, etc.?

Ahora es el turno de referirnos a él. Primero, recordemos las características asociadas al género masculino: racional, fuerte, protector y proveedor. En relación a ellas, pensamos que podría sucederle que, por ejemplo, al no poder ejercer su rol protector porque la enfermedad es una vivencia que escapa al control interno, él experimenta sentimientos de culpa, frustración e impotencia. O también, dada la característica asociada a lo masculino que se relaciona con «la razón», podría pasar que él llegue a cuestionarse su «hombría» por sentirse mal y tener ganas de llorar, es decir, por estar sintiendo. O que reprima sus emociones y sentimientos, dada su construcción como ser racional, contenedor y fuerte.

Por lo tanto, se nos hace inevitable plantearnos la siguiente pregunta: las vivencias antes mencionadas, ¿serían distintas si no existieran estas diferencias en los roles de género socialmente aceptados? ¿Es posible transformarlos? ¿Será posible tener una despedida más fluida? Ante esto, creemos que las construcciones de género nos pueden moldear a tal nivel que nos impiden expresarnos libremente ante las diversas situaciones que ocurren en la vida, lo que nos parece injusto y muy limitante. Por ello planteamos esta propuesta, basada en cuestionar lo impuesto, para comenzar con el proceso de liberación, con el fin de darle un nuevo sentido a la vivencia otorgando un espacio en dónde ella y él puedan despedirse satisfactoriamente.

Terapia narrativa, una posibilidad de liberación

Entonces, proponemos abordar lo que hemos planteado anteriormente desde un punto de vista terapéutico con enfoque de género y perspectiva construccionista, a través de la deconstrucción de los roles determinados tanto para el hombre como para la mujer, y que, en el contexto de «despedida porque ella se va», producen desajustes e incomodidad entre los miembros de la pareja.

Para llevarlo a cabo, creemos que la terapia narrativa de Michael White y David Epston (1993) es un enfoque que permite trabajar en base al discurso dominante de las personas, donde incluiremos las preguntas reflexivas como principal herramienta en la conversación terapéutica.

Te invitamos a la realización de las siguientes acciones, como principios generales a seguir de nuestra propuesta. Sin embargo, queremos hacer énfasis en que, con el fin de sistematizar el proceso terapéutico, definimos pasos, pero en la práctica algunas fases ocurren simultáneamente.

1. Otorgar un espacio para la expresión:
Considerando lo complejo que es el proceso vivido, primeramente es necesario brindar un espacio de expresión de aquellas emociones, pensamientos,

sensaciones y sentimientos que cada miembro de la pareja tenga y que son generados principalmente por la enfermedad terminal de ella. Además, el o la terapeuta debe procurar establecer un buen *rapport* asumiendo las actitudes propuestas por Rogers, las cuales son: congruencia o autenticidad, comprensión empática y aceptación incondicional. Ser y mostrarse genuino/a en la relación con quien consulta tiene que ver con la congruencia o autenticidad; la comprensión empática es cuando el o la terapeuta es capaz de sentir los sentimientos e intenciones que experimenta quien consulta; y, por último, la aceptación incondicional es que el o la terapeuta tenga una actitud positiva y de aceptación hacia nuestro/a consultante, lo que propiciará el cambio (1951, citado en Duncan, Miller & Hubble, 1998).

Es necesario que en este espacio ambas personas se sientan cómodas y escuchadas, de manera que puedan expresarse libremente sin miedo a ser juzgadas o evaluadas. En este contexto, él o la terapeuta debe tener la delicadeza de relacionarse de tal forma que ninguna de las dos partes sienta que es menos valorada o comprendida que la otra.

2. Exploración del discurso dominante de cada miembro de la pareja:
Primero, creemos que es necesario aproximarnos a los marcos de referencia de cada miembro de la pareja, pues de esta manera podremos conocer qué tan impregnados se encuentran de las influencias impuestas por el sistema patriarcal imperante. Es decir, conocer a través de sus discursos los roles que asumen y que se relacionan con su género y que, además interfieren o impiden una comunicación fluida y/o la expresión de sus creencias y emociones en el proceso de duelo anticipado que están viviendo.

Se explora el discurso dominante, es decir, aquel discurso con el que llega la pareja, marcado por las construcciones de género que han naturalizado a lo largo de sus vidas. Luego es preciso ir identificando las preocupaciones principales, quejas, frustraciones, dudas o miedos, entre otros, de cada miembro de la pareja, de manera de ir facilitando un proceso de visibilización o de «darse cuenta» en ellos, en torno a cómo se relacionan y a cómo se manifiestan estos sentimientos e ideas.

Para llevar a cabo este proceso de visibilización, los reflejos planteados por Rogers son una herramienta potente que facilita la autoexploración y el autoconocimiento. Dentro de estos se encuentran el reflejo simple, de sentimiento, elucidatorio, sumario, icónico, entre otros.

Este paso finaliza cuando existe un autoconocimiento pleno que se traduce en una conciencia de cómo los roles les afectan en su relación y en el proceso que están viviendo. Mientras no exista esto, no se puede continuar a los siguientes pasos.

3. La deconstrucción:
En esta fase, se pretende comenzar el proceso de deconstrucción de los roles establecidos, tanto para él como para ella, buscando desenmascarar las verdades que han sido impuestas socialmente en ambas partes. De esta manera,

se pretende que asuman una posición que les acomode sentidamente y que contrarreste la influencia del sistema patriarcal que tenían en su relación de pareja (White, 1994). Es en este punto donde incluimos la perspectiva de género a través de las preguntas reflexivas que generen problematización en él y en ella sobre los roles que estaban asumiendo y que afectaban el vivir fluidamente el proceso de duelo anticipado.

El o la terapeuta se enfocará en facilitar y estimular la reflexión en la pareja, realizándoles preguntas que los lleve a cuestionar críticamente lo establecido y a reflexionar sobre cómo esto influye en su sentir y actuar y en cómo los perjudica o beneficia. Para esto, es necesario que las preguntas sean elaboradas a partir de la información entregada en el discurso de cada parte de la pareja, no se debe agregar información interpretada o inferida.

Algunos ejemplos de preguntas que favorezcan el proceso de deconstrucción pueden ser las siguientes: entonces, ¿sientes que has dejado de ser mujer por esto que me cuentas? ¿Sientes que eres menos hombre por este miedo a no poder protegerla al que te refieres? ¿Ser mujer / hombre para ti es solo esto que me dices? Entonces, si crees que eso es cierto, ¿qué eres ahora? Entre muchas otras opciones.

4. La reconstrucción:

En este punto del proceso, el o la terapeuta facilitará que cada miembro de la pareja construya maneras satisfactorias y cómodas de adaptarse al proceso de duelo anticipado y/o resignifique formas de expresión que se estaban reprimiendo por no «adecuarse» al rol que, desde el patriarcado, deberían ejercer. El llevar a cabo ayudará a llevar la despedida de la manera más positiva y favorable para cada uno.

Durante el proceso de reconstrucción es relevante que se trabaje con ambos miembros de la pareja, en el sentido de que refuercen recíprocamente las nuevas construcciones que han hecho para adaptarse a esta circunstancia que viven. Esto dado los fundamentos de la terapia narrativa, los cuales enfatizan en que una parte importante del proceso de generar un «discurso nuevo» dice relación con la respuesta social de las personas significativas más cercanas hacia este, ayudando a que la nueva narrativa sea incorporada.

Para finalizar, queremos enfatizar que este proceso de resignificación expuesto es muy probable que se dé en el duelo, es decir, cuando ella ya se ha ido. Esto se debe a que es mucho más posible que se llegue a un tratamiento o que se pida ayuda psicológica en esta etapa y no durante la enfermedad. Sin embargo, queremos destacar que, no importando cuándo sea, el proceso es el mismo. La forma en que se afronta la pérdida de un ser amado también está tachada por las construcciones de género. Esto significa que muchas veces la culpa, las frustraciones, los miedos, entre otros, se derivan de las enseñanzas que nos entrega el sistema patriarcal sobre cómo debemos ser, enseñanzas que muchas veces limitan nuestro sentir, sin que lo notemos, debido a lo naturalizado que lo tenemos, sin embargo, afectan nuestras vidas y nuestra forma de comunicarnos y expresarnos.

Referencias

Duncan, B., Miller, S. & Hubble, M. (1998). An Uncommonly Common Therapy: Focusing on What Works. En W. Matthews & J. Edgette (Eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy. Solutions, Strategies, Narratives. Vol. 2. (pp. 203-235)*. New York, NY, USA: Brunner / Mazel.

Bonino, L. (2004). Los micromachismos, *La Cibeles*, 2, 1-6.

Femenías, M. & Soza, R. (2009). Poder y violencia sobre el cuerpo de las mujeres, *Sociologias*, 21, 42-65.

Fuentes, C., Lozano, L., Stern, C. & Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 45, 34-43.

Gabaldón, A. (director) (2010). *Invisibles* (video). España: La Antena.

García, D., García, M., Ballesteros, B. & Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 2, 199-214.

Gergen, M. (2001). Feminist Reconstructions in Psychology. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE- Publications.

Gutiérrez, S. (2006). Género y masculinidad: relaciones y prácticas culturales. *Ciencias Sociales*, 111-112, 155-175.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18, 137-161.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa.

Terapia con adultos

Capítulo 17

Trauma y crecimiento: una propuesta de intervención

Felipe E. García Martínez

«La adversidad tiene el don de despertar talentos que en la prosperidad hubiesen permanecido dormidos».
Horacio, poeta latino (65 a.C.-8 a.C.).

La experiencia traumática

Existen acontecimientos que parecen exceder la capacidad de las personas para resistir y rehacerse. Sucesos globales como epidemias, guerras y desastres naturales, y personales como el abuso sexual, violaciones, asaltos, secuestro y violencia conyugal, son capaces de alterar el rumbo trazado en la vida de los afectados, generando efectos psicológicos comunes que llevaron a que, en el año 1973, un grupo de expertos delimitara un trastorno al que bautizaron como «estrés postraumático» (en adelante, TEPT).

El DSM-IV (APA, 1994) define a un evento traumático como aquel capaz de provocar muerte o amenaza para la integridad física del individuo o la de los demás. Agrega que, frente a este evento, la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Considerando que la calificación de un evento como «amenaza» resulta subjetiva y que no existe una prueba de laboratorio para medir temor, desesperanza u horror, para considerar un evento como trauma, y su reacción como traumática, deberemos centrarnos en el relato de la persona afectada. Es más, me atrevo a señalar un corolario aún más transgresor: el trauma *reside* en el relato del superviviente, ese es su espacio y es ahí donde debemos dirigir nuestra atención.

Quiebre narrativo

Janoff-Bulman (1992) sostiene que, más que la sintomatología, lo que caracteriza a un evento traumático es la ruptura de las creencias básicas que guían la vida de las personas y que se relacionan con su sentido de sí mismo, su relación con los demás y su relación con el mundo. Una persona que pierde su hogar tras un tsunami puede pensar que el mundo es

incontrolable e inseguro, una víctima de un secuestro puede pensar que el ser humano no es digno de confianza, una mujer abusada por un familiar desconfiará incluso de las personas más cercanas (Pérez-Sales, 2004). Frente a un trauma, la estructura de creencias se fractura y la persona se enfrenta a una falta de sentido que se prolongará hasta que se restablezca el equilibrio.

Para referirme a la fractura de las creencias básicas he optado por el término «quiebre narrativo» (ver Figura 1), haciendo una analogía con la literatura y el cine, disciplinas en la que esta expresión es utilizada para dar cuenta de un evento inesperado que se introduce en medio del relato modificando su ritmo, intensidad o tono emocional, como ocurre, por ejemplo, en la película de Clint Eastwood «*Dollar Million Baby*», tras la pelea que deja a la protagonista inconsciente. En el caso de las personas, un quiebre narrativo rompe el sentido de continuidad de la existencia tal y como se había proyectado.

Los seres humanos, en su intento de organizar su mundo, integran su pasado a su identidad y proyectan un futuro coherente a esa identidad. Una persona puede pensar que su hogar es el resultado de una historia de esfuerzo y perseverancia, y proyecta su vida futura en ese espacio, con su familia y sus hijos creciendo en ella. Un terremoto o un incendio que destruye su vivienda también destruye esta narrativa y el sentido de continuidad que representa, y para muchos resulta difícil volver a reconstruir su narrativa si el mundo es tan precario y los proyectos se quiebran de una manera tan impredecible.

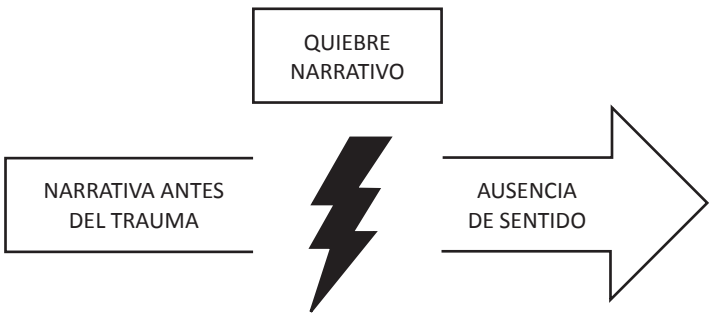


Figura 1: Quiebre narrativo

Efectos del trauma

Por otro lado, debemos considerar que los síntomas descritos, que conforman el triple efecto de evitación, reexperimentación y estado de alerta, ocurren frente a una situación altamente perturbadora, lo que lleva a preguntar si ante estas situaciones es posible esperar otro tipo de efecto. Ya Viktor Frankl, en su libro autobiográfico sobre sus vivencias en el campo

de concentración nazi de Auschwitz, afirmaba que las reacciones de sus compañeros eran normales frente a una situación anormal.

Si bien tanto el CIE-10 (WHO, 1992) como el DSM-IV (APA, 1994) consideran a las reacciones postraumáticas que persisten más de tres meses como un trastorno, muchos autores de la órbita de las terapias construccionistas, humanistas y vinculadas a la psicología positiva se resisten a esa categorización, aludiendo a que estas reacciones tendrían un sentido: aportar al proceso de reconstrucción de las creencias básicas que se quiebran tras el evento traumático (ver Figura 2).

Figura 2: Reacciones al trauma y reconstrucción

De hecho, se ha prestado excesiva atención al TEPT, en estos últimos años, como si fuera el único efecto posible ante un trauma, dejando en un segundo nivel a otras posibles consecuencias como la depresión, otros trastornos de ansiedad y el consumo de drogas y alcohol (García, 2011). Sin embargo, los estudios epidemiológicos nos muestran que la consecuencia más frecuente es ¡ninguna de las anteriores! Los porcentajes de TEPT y depresión en poblaciones afectadas por un evento traumático no superan el 50% (o mucho menos), lo que nos dice que más de la mitad de los afectados no presenta posteriormente ninguna psicopatología. Aquí quedan personas que hemos descuidado y que tienen mucho que enseñarnos respecto a sus modos de afrontamiento.

La acumulación de evidencia que demuestra que un importante número de personas no desarrolla ninguna psicopatología tras un desastre de gran conmoción, como el atentado a las Torres Gemelas (McNally *et al.*, 2003) o el *tsunami* asiático del año 2004 (Rajkumar *et al.*, 2008), ha obligado a prestar atención a otros constructos, más cercanos a la psicología positiva, como el *crecimiento postraumático*, que alude a los cambios positivos que

un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha ante un trauma (Tedeschi & Calhoun, 1996)[67]. Este concepto resulta interesante pues se contrapone a la construcción social dominante de que las consecuencias de un trauma son siempre negativas. Las investigaciones actuales confirman que las experiencias traumáticas conllevan también, para mucha gente, aprendizajes positivos y experiencias de fortalecimiento personal, que deben ser consideradas.

Abordaje terapéutico

Para una propuesta de intervención narrativa y construccionista de la experiencia traumática, he sugerido una serie de tareas clínicas a desarrollar en sesión o entre sesiones y que facilitarían el proceso de reconstrucción (ver Cuadro 1). Es importante recordar que estas tareas representan una guía de navegación y no un protocolo de intervención, por cuanto el terapeuta debe ser capaz de colaborar en la construcción de nuevas narrativas a través de la conversación que se vaya suscitando a lo largo de la terapia, la que muchas veces sigue un curso impredecible.

Facilitación

Pérez-Sales (2004) recalca el carácter inenarrable del trauma. El evento traumático rompe los supuestos acerca del mundo al nivel que a la persona le es dificultoso reorganizar la experiencia para transmitirla. Esto resulta aún más evidente cuando el evento traumático es personal (como una violación, un accidente o una enfermedad) y no colectivo (como un desastre natural): la ausencia de otras personas que hayan compartido la experiencia hace pensar al superviviente que nadie será capaz de entenderlo puesto que nadie más ha vivido lo mismo.

Esto plantea una dificultad al clínico: lograr que una persona que no ha tenido ocasión de compartir su experiencia sienta la confianza suficiente para atreverse a hablar. Esta confianza no radica solo en sentir que alguien la va a escuchar, sino también, y sobre todo, que alguien va a ser capaz de entender.

[67] Para un desarrollo más extenso del concepto de crecimiento postraumático y su relevancia para la terapia, ver Capítulo 19.

CUADRO 1: TAREAS CLÍNICAS EN EL ABORDAJE CONSTRUCCIONISTA DEL TRAUMA	
TAREA	DESCRIPCIÓN
Facilitar	Otorgar un espacio para la expresión emocional oral y/o escrita de la experiencia del trauma, sin forzar.
Normalizar	Ofrecer o explorar un sentido a los efectos del trauma (síntomas), centrándose en la recuperación o la reconstrucción.
Vincular	Promover la autorevelación, compartir experiencias o buscar apoyo con personas relevantes de su medio social.
Recuperar recursos	Explorar historias de supervivencia tanto de experiencias anteriores al trauma como del mismo trauma, centrándose en sus respuestas.
Elaborar testimonios	Elaborar un testimonio escrito, pictórico u otro, como forma de denuncia, reparación o expresión de una nueva narrativa sobre el trauma.

Al respecto, se recomienda realizar una entrevista de *facilitación*. Gradillas y Gradillas (2006) plantean que este tipo de entrevista anima al consultante a continuar expresándose, lo que se consigue por medio del lenguaje corporal (realizar movimientos afirmativos de cabeza, mirar al consultante cuando habla e inclinar el cuerpo hacia él sin invadir su espacio personal) y de expresiones verbales (comentarios como «comprendo», «prosiga», «cuénteme más acerca de eso» y «ya veo»). Quizás conviene agregar que estas manifestaciones no-verbales y verbales deben ser auténticas, es decir, deben nacer del genuino interés del clínico por escuchar y atender al consultante y no de un intento forzado por «parecerlo».

Un detalle adicional radica en que la expresión emocional no necesita ser oral. A veces los clientes no están dispuestos a conversar de su experiencia pero sí de escribirla. Pennebaker (1995) ha demostrado que la ventilación emocional escrita de una experiencia traumática trae positivas consecuencias en la salud psicológica y física. Por su parte, Pennebaker (2004) elaboró un ejercicio de escritura emocional de cuatro días que ha sido adaptado por García y Mardones (2010) para ser utilizado con personas afectadas por el terremoto y *tsunami* de Chile de febrero del 2010 (ver Cuadro 2). También hemos utilizado una adaptación del mismo ejercicio en una mujer adulta que había sido abusada en la infancia y que se sentía incapaz de abordar directamente el tema; tras la instrucción de que compartir lo escrito era voluntario y no obligatorio, accedió a realizar el ejercicio y posteriormente decidió libremente leernos lo que había redactado.

CUADRO 2: INSTRUCCIONES PARA EL EJERCICIO DE ESCRITURA EMOCIONAL

DÍA 1

- Reflexione unos minutos acerca de lo que usted personalmente ha sentido, pensado y hecho en relación al día del terremoto y/o tsunami.
- Luego de haber reflexionado, escriba lo que ha pensado en un mínimo de una y un máximo de tres planas.
- No se preocupe de la redacción o la ortografía.
- Piense que lo escrito es absolutamente personal o que es un testimonio anónimo que está transmitiendo a una persona que no ha vivido esa experiencia.
- En su escrito, manifieste cómo le ha afectado el terremoto y/o tsunami realmente. Por ejemplo, podría ser beneficioso simplemente escribir sobre el terremoto y/o tsunami en sí mismo, cómo se sintió en el momento en que vivió esta experiencia y cómo le hace sentir ahora.

DÍA 2

- Siguiendo las mismas instrucciones generales del Día 1, en este día profundice por escrito en sus sentimientos y pensamientos más íntimos revisando el efecto que el terremoto y/o tsunami ha tenido en las distintas áreas de su vida.

DÍA 3

- Siguiendo las mismas instrucciones generales del Día 1, en este tercer día intente analizar desde diferentes puntos de vista los acontecimientos relacionados con el terremoto y/o tsunami. Es decir, intente verlo desde el lado negativo, positivo o como usted cree que lo ven las personas más cercanas. Y póngalo por escrito.

DÍA 4

- Este último día reflexione sobre lo escrito en los días anteriores valorando si hay asuntos que aún no han sido enfrentados, y si ha aprendido, perdido y ganado algo como resultado del terremoto y/o tsunami. Además explore en qué medida esta experiencia marcará su comportamiento futuro. Y escríbalo.

Normalización

Otra consecuencia del trauma es la presencia de una serie de efectos no habituales (emociones, respuestas fisiológicas, pensamientos) que desorganizan su vida y le causan sufrimiento. Por tal motivo, se hace necesario transmitir al cliente su derecho al resentimiento, la rabia, la tristeza, el miedo y la culpa y a su vez permitirle contemplar los efectos desde una posición más segura.

Gradillas y Gradillas (2006) plantean que la normalización se consigue a través de una frase suavizante del clínico respecto a que considera comprensible, natural o común su comportamiento o vivencia. En mi experiencia, frases como «es esperable que eso ocurra» y «no esperaría en alguien normal una reacción distinta a la suya» consiguen el mismo fin. Sugiero tener cuidado en que la normalización no haga sentir al cliente que se está minimizando su problema. Acogiendo lo planteado por Meichenbaum (en Meichenbaum & Zalaquett, 2000), debemos considerar a estos efectos como necesarios para el proceso de recuperación pero sin dejar de reconocer el dolor y sufrimiento que provoca su persistencia. Por tal motivo, las

expresiones que transmitan normalización deben estar acompañadas de un genuino interés de ayudar o seguir escuchando. Por la misma razón, se sugiere normalizar las reacciones del cliente cuando ya se haya formado una relación terapéutica apropiada que facilite su asimilación.

Las normalizaciones pueden introducirse a través de una metáfora que facilite la disposición del cliente a escuchar la explicación del clínico. Una metáfora posible es la siguiente:

> En un automóvil, una alarma calibrada avisa los golpes a través de un sonido estridente, pero a veces se desajustan y entonces se activan al menor movimiento, sin que exista un verdadero riesgo, agotando la batería o impidiendo el sueño de su dueño o sus vecinos. No podemos estar sin alarma, pero tampoco podemos permitir que se active a cada instante y por cualquier cosa.

A su vez, las normalizaciones pueden ser entregadas directamente por el clínico en la devolución de la primera o segunda sesión o se puede plantear previamente alguna tarea que ayude al consultante a encontrar por sí mismo el sentido de sus reacciones, por ejemplo, mediante la prescripción siguiente:

> A veces una situación traumática produce en la persona reacciones cuya finalidad es recuperar el equilibrio perdido pero, debido a que son desagradables, no nos percatamos de su utilidad. Por ejemplo, el miedo nos permite protegernos si una situación similar se presenta en el futuro. Te invito a reflexionar durante esta semana sobre cuál es el sentido de las reacciones que me has comentado en esta sesión (rumiaciones, disociación, rabia, etc.) y en qué medida podrían favorecer en el futuro tu recuperación.

Ejemplos de normalizaciones posibles se encuentran en el Cuadro 4, adaptado por García y Mardones (2010) a partir de la propuesta de Pérez-Sales y Vázquez (2001).

CUADRO 4: EJEMPLOS DE NORMALIZACIÓN PARA LOS SÍNTOMAS DEL TEPT	
SÍNTOMAS	NORMALIZACIÓN PROPUESTA
Síntomas intrusivos (flashbacks, pesadillas, rumiación).	Intentos recurrentes de dar sentido a la experiencia, intentos espontáneos de la mente para entender y asimilar lo ocurrido, de buscar un final.
Síntomas de anestesia emocional, de despersonalización o de extrañeza.	Necesidad de la mente de desconectarse temporalmente de la realidad, de poner algo de distancia respecto al mundo y darse un tiempo de respiro y recuperación.
Angustia ante situaciones parecidas y el deseo de evitarlas.	Un modo natural de protegerse. de permitirse ir afrontando lentamente las cosas. Dosificación necesaria del dolor ante la pérdida.
Ganas de estar solo y aislarse.	Intentos por no perder el control y mantener la calma interior.
Hiperactivación y alarma.	Actitud defensiva, útil para sobrevivir. Agotadora, cuando se lleva al extremo, pero cuyo fin es proteger. Una vez pasada la amenaza ya no sería necesario mantenerla, aunque a veces tome un tiempo desactivarla progresivamente.

Una vez normalizadas estas reacciones, es posible hacerles frente. Por ejemplo, en el caso de los pensamientos intrusivos, se le insta a «no intentar bloquearlos» sino a «dejarlos pasar» u «oír su voz». Se puede introducir esta sugerencia con la metáfora de la alfombra voladora:

> A un niño se le dice que la alfombra en la que está sentado tiene el poder de volar pero, para hacerlo, el niño no puede pensar en la palabra «Aladino». El niño no podrá dejar de pensar en ello y, por tanto, la alfombra no volará.

Cuando intentamos «no pensar en algo», lo común es que sea inevitable seguir haciéndolo. Invitar a las personas a permitir que los pensamientos lleguen para «escuchar lo que nos quieren decir» constituye una solución novedosa para el consultante y que lo ayudará a encontrar un sentido a su experiencia. En investigaciones realizadas con sobrevivientes a un terremoto, hemos encontrado que transitar desde rumiaciones intrusivas a rumiaciones deliberadas facilita el crecimiento postraumático (García, Jaramillo, Martínez, Valenzuela & Cova, en revisión).

Hacer frente a las reacciones de activación y *flashbacks* sigue un camino similar, vinculado a la necesidad de exponerse a los estímulos que generan el estado de alerta o imágenes intrusivas. Con «exposición» no me refiero a que la persona reviva los detalles de su experiencia traumática, sino más bien que plante cara a los estímulos que disparan efectos desagradables en

el presente, por ejemplo, subir a un vehículo motorizado, ingresar en un edificio de altura o asistir al hospital.

Vinculación con otros

Pau Pérez-Sales (2008) señala que si bien el significado de una experiencia traumática o el sentido de las reacciones posteriores es individual (es decir, no pueden ser impuestas por un tercero), esta puede ser reconstruida a través de compartir la experiencia con otras personas, además del terapeuta. Tedeschi y Calhoun (2004) hacen explícita mención de la vinculación social como medio que facilita el crecimiento postraumático. Schexnaildre (2011) señala que a través de la autorevelación y compartir sus experiencias con otros, los individuos construyen narrativas y participan en el cambio de sus esquemas.

Una forma de promover la vinculación de los consultantes con las personas significativas de su red social es a través de tareas, como la que expongo a continuación, elaborada para lograr este objetivo en mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama (García y Rincón, 2011):

> Pregúntale a alguien cercano, ya sea familiar o amigo, sobre lo que piensa y siente hacia tu enfermedad. Solo debes escuchar, sin cuestionar o corregir lo que dice, y luego contestar las preguntas que aparecen a continuación: A) ¿a quién le preguntaste?, B) ¿por qué lo/la elegiste?, y C) ¿sientes que esa persona ha sido capaz de comprenderte?

Recuperación de recursos

Las personas afectadas por un evento traumático tienden a alterar su visión de sí mismos, permitiendo que el trauma o sus secuelas definan su identidad para pasar a verse como abusados o torturados y asumiendo una postura de víctimas indefensas. Sin embargo, las personas no «son» su trauma, son mucho más que eso, puesto que una experiencia puntual no define a una persona, como tampoco lo hace su orientación sexual o su profesión. Debemos recordar la clásica sentencia de la terapia narrativa «la persona no es el problema, el problema es el problema».

Al respecto, Yuen (2009) distingue entre una conversación centrada en los efectos, caracterizada por explorar lo que el trauma ha provocado en la vida de las personas, incluyendo la sintomatología, y una conversación centrada en las respuestas, que explora las formas en que la persona hizo frente a la experiencia traumática (ver Cuadro 5). Conversar acerca de las respuestas al trauma permite a la persona reconocer sus formas particulares de lucha y resistencia, viéndose a sí misma como sobreviviente y externalizando los efectos como algo que debemos reconocer, enfrentar y vencer.

CUADRO 5: CONVERSACIÓN CENTRADA EN LOS EFECTOS VS. CONVERSACIÓN CENTRADA EN LAS RESPUESTAS	
Conversación centrada en los efectos	Conversación centrada en las respuestas
Consultante como víctima	Consultante como superviviente
Centrada en el problema (trauma)	Centrada en la persona
Exploración de sintomatología	Exploración de los recursos
Qué le sucedió	Qué hizo con lo que le sucedió

White (White & Morgan, 2006) agrega que las conversaciones acerca de la experiencia traumática deben ser «doblehistoriadas»: por un lado, contar la historia del trauma, reconocer sus causas y sus efectos, pero, por otro lado, contar la historia de la persona, reconocer sus fortalezas, sus recursos y sus herramientas. Así, al ubicarse en una posición más segura desde la cual contar la historia del trauma, esta ya no resulta tan dolorosa.

Otra forma de rescatar recursos es a través de tareas como la siguiente:

> Recuerde tres eventos en su vida durante los cuales usted enfrentó un problema o dificultad y logró vencerla o salir adelante. Recuerde y luego escriba acerca de qué hizo, pensó o sintió, y a quién recurrió, para superar cada uno de estos problemas o dificultades.

En la sesión siguiente, se le invita a compartir estas experiencias, indagando cómo se sintió durante su ejecución e instándolo a reconocer «de qué se percató» al realizar la tarea. Se sugiere centrar la conversación en las diversas experiencias en la historia de su vida en las que demostró su capacidad para enfrentarse o reponerse frente a la adversidad, buscando descubrir y ampliar aquellas cualidades que le permitieron salir adelante o en los aprendizajes que obtuvo tras vivir estas experiencias, procurando proyectar estos aprendizajes hacia el presente y el futuro inmediato.

Elaboración de testimonios

Una vez generados los cambios que permitan dar por superada la reacción frente al trauma, la elaboración de testimonios individuales o colectivos permite evidenciar una nueva narrativa en relación al trauma dando un cierre a este proceso de reconstrucción, pero también posibilita la denuncia y la reparación cuando existen responsables que por acción u omisión permitieron que el suceso traumático ocurriera, como es el caso del abuso sexual o la tortura (Lira, 2007).

Para Elizabeth Lira (2010), el uso de testimonios escritos en el trabajo terapéutico con personas que habían sido violentadas en sus derechos humanos por la dictadura militar chilena, permitía la reconstitución de la experiencia

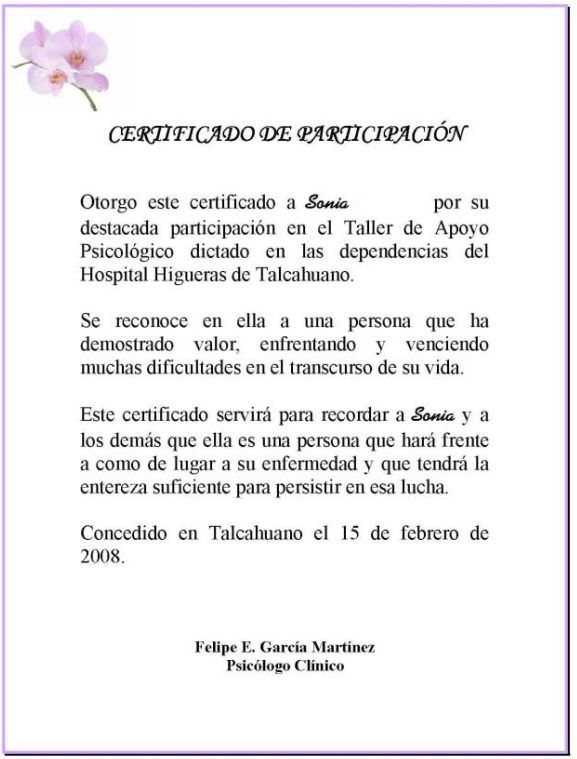
represiva vivida, lo que a su vez posibilitaba algún grado de elaboración emocional al permitir su vinculación al contexto de la biografía y de la experiencia vital de la persona. Asimismo, si bien el testimonio escrito pertenecía a la persona consultante, podía usarlo, si así lo deseaba, en la denuncia de lo que le había sucedido, o para comunicar a su propia familia lo que había vivido. El testimonio permitía dirigir la rabia y los sentimientos agresivos a través de la denuncia de las violaciones a sus derechos humanos, acción que estaba ligada a la expectativa de contribuir a ponerles fin y a terminar con la dictadura, orientando estas experiencias, especialmente el padecimiento de torturas, hacia un espacio político y social que las resignificaba.

Otra forma de testimonio es la «carta de victoria sobre el trauma», en la que se le pide al consultante que escriba una carta dirigida a una persona que esté pasando por algo similar detallando los caminos que le tocó transitar, los obstáculos que sorteó y las decisiones y las acciones que le permitieron superar el problema, de modo que su experiencia sea útil para otras personas. En este caso, el testimonio lo ubica en una posición de mayor agencia personal, posibilitando la resignificación de la experiencia a partir de dar a conocer lo vivido a otras personas que estén pasando por lo mismo.

También es posible dejar un testimonio a través de la elaboración de diplomas y certificados que den cuenta del cambio de narrativa, del cual entrego un ejemplo en la Figura 3, utilizado al finalizar un taller narrativo con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Estos certificados y diplomas también permiten poner un fin al proceso terapéutico, pues su entrega constituye un ritual de paso que permite «marcar» el tránsito desde una narrativa saturada del problema hacia modos preferidos de vivir. Para Bárbara Myerhoff (Moore & Myerhoff, 1977), destacada antropóloga norteamericana, la significación de los rituales de paso va mucho más allá de la información que transmiten, pues dotan de un significado más amplio a las actividades con las que se asocian y, por lo tanto, contribuyen a validar y fortalecer las nuevas historias.

Conclusión

El trabajo terapéutico con personas que han vivido una experiencia traumática no es un asunto fácil. Existen numerosos obstáculos socioculturales y personales que dificultan el proceso de recuperación, partiendo por la patologización de reacciones que son esperables y que cumplen una función psicológica, continuando con la conducta de evitación frente a los efectos del trauma por el que muchas personas optan y que interfiere en su disposición a aceptar ayuda terapéutica. Las propuestas contenidas en este capítulo buscan que el clínico asuma una actitud facilitadora, empática y auténtica frente al consultante, y que colabore con el proceso de búsqueda de sentido y reconstrucción narrativa a través de una serie de tareas, esperamos ser un aporte en este proceso.



CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

Otorgo este certificado a *Sonia* por su destacada participación en el Taller de Apoyo Psicológico dictado en las dependencias del Hospital Higueras de Talcahuano.

Se reconoce en ella a una persona que ha demostrado valor, enfrentando y venciendo muchas dificultades en el transcurso de su vida.

Este certificado servirá para recordar a *Sonia* y a los demás que ella es una persona que hará frente a como de lugar a su enfermedad y que tendrá la entereza suficiente para persistir en esa lucha.

Concedido en Talcahuano el 15 de febrero de 2008.

Felipe E. García Martínez
Psicólogo Clínico

Figura 3: Certificado de finalización

Referencias

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC,USA: Masson.

García, F. (2011a). Prevention of psychopathological consequences in survivors of tsunamis. En M. Mokhtari (Ed.), *Tsunami: A Growing Disaster (pp. 211-232)*. Rijeka, Croatia: InTech.

García, F., Jaramillo, C., Martínez, A. M., Valenzuela, V. & Cova, F. (en revisión). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*.

García, F. & Mardones, R. (2010). Prevención de trastorno postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa. *Terapia Psicológica*, 28 (1), 85-93.

García, F. & Rincón, P. (2011). Prevención de sintomatología postraumática en mujeres diagnosticada con cáncer de mama: Evaluación preliminar de un modelo de intervención narrativo. *Terapia Psicológica*, 29 (2), 175-183.

Gradillas R., V. & Gradillas G., V. (2006). *La entrevista clínica*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY, USA: Free Press.

Lira, E. (2007). El testimonio de experiencias políticas traumáticas: terapia y denuncia en Chile (1973-1985). En A. Pérotin-Dumon (Ed.), *Historizar el pasado (pp. 1-40)*. Santiago: Alberto Hurtado.

Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista de Estudios Sociales*, 36, 14-28.

McNally, R., Bryant, R. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.

Meichenbaum, D. & Zalaquett, C. (2000). Tratamiento de víctimas de eventos traumáticos. (Entrevista al Dr. Donald Meichenbaum). *Terapia Psicológica*, 8 (2), 30.

Moore, S. & Myerhoff, B. (1977). *Secular Rituals*. Amsterdam: van Gorcum.

Pennebaker, J. (1995). *Emotion, Disclosure and Health*. Washington, DC, USA: APA Press.

Pennebaker, J. (2004). *Writing to Heal. A Guided Journal for Recovering from Trauma and Emotional Upheaval*. Oakland, CA, USA: New Harbinger Publications, Inc.

Pérez-Sales, P. (2004). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de Salud Mental,* 20, 29-36.

Pérez-Sales, P. (2008). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo & M. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría (pp. 402-417)*. Madrid: Glaxo Smith Klineed.

Perez-Sales, P. & Vázquez, C. (2001). *Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: una visión alternativa*. Ponencia presentada en el 2do. Congreso Virtual de Psiquiatria, Interpsiquis, Universitat de Barcelona, España, febrero-marzo.

Schexnaildre, M. (2011). Predicting Posttraumatic Growth: Coping, Social Support, and Posttraumatic Stress in Children and Adolescents after Hurricane Katrina. Tesis presentada para optar al grado de Master of Arts, Departamento de Psicología, Louisiana State University, Baton Rouge, LA, USA.

Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Tedeschi, R. & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

Rajkumar, A., Premkumar, T. & Tharyan, P. (2008). Coping with the Asian tsunami: Perspectives from Tamil Nadu, India on the determinants of resilience in the face of adversity. *Social Science & Medicine*, 67, 844-853.

White, M. & Morgan, A. (2006). *Narrative Therapy with Children and their Families*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Yuen, A. (2009). Less pain, more gain: Explorations of responses versus effects when working with the consequences of trauma. *Explorations: An E-Journal of Narrative Practices*, 1, 6-16.

Capítulo 18

Recuperando mi vida de la desgracia: narrativa, solidaridad y justicia

Carolina Letelier Astorga[68]
Ítalo Latorre Gentoso

Introducción

En el siguiente texto, presentaremos un trabajo en torno a algunas ideas y prácticas vinculadas a la justicia y solidaridad en terapia que nos parecen relevantes en el contexto de este libro. Queremos introducirlas y ejemplificar su uso a través de la historia de Cecilia[69], con quien Carolina compartió una serie de conversaciones terapéuticas.

Utilizaremos palabras que provienen del ámbito de los discursos profesionales, específicamente del ámbito terapéutico y de la narrativa, pero, además, haremos nuestro mejor esfuerzo por describir la historia y experiencias de Cecilia en sus propios términos. Seguramente, este mejor esfuerzo será insuficiente y nos veremos invitadas a continuar reflexionando y aprendiendo, para que nuestras prácticas sean cada vez más respetuosas de la experiencia y de la voz de las personas con quienes trabajamos.

Estaremos hablando de Cecilia, cuya historia social y cultural es muy diferente a la nuestra. Esto nos obliga a poner especial cuidado y atención en términos del uso del lenguaje y de nuestra postura como terapeutas en el desarrollo de este capítulo. Carolina consultó con Cecilia respecto a la posibilidad de compartir su historia en este texto y Cecilia le dijo: 'Estoy de acuerdo, me parece muy bueno, como una denuncia'.

También estaremos, en estas líneas, utilizando ambos géneros de manera casi aleatoria, privilegiando el femenino, para desafiar el histórico uso del masculino para referirse a mujeres y hombres.

---

[68] El texto está escrito y discutido en estrecha colaboración entre Carolina e Ítalo y todo lo expuesto es responsabilidad de las/los dos.

[69] Los nombres de las personas están cambiados.

Contexto

Trabajo[70] hace un año en la Corporación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo, Codepu, una ONG que nació durante el período de dictadura militar en Chile (1973-1990) y que desde 1980 ofrece apoyo legal y psicológico a personas que sobrevivieron a las violaciones a los derechos humanos y a sus familiares. En los últimos años, la actividad se redujo en forma significativa, pero este año 2012, debido a la violencia con que se reprimieron las movilizaciones sociales iniciadas el año anterior, el directorio decide incorporar nuevas personas para ampliar las posibilidades de atención, en el entendido de que en este nuevo escenario aumentaría la demanda.

Otro aspecto importante del contexto se refiere a las relaciones de poder. Cecilia es mujer, de origen mapuche, y trabaja en un circo como trapecista. En nuestro país, ser mujer, indígena y pobre significa estar en una posición de triple marginación y vulneración de los derechos humanos. Yo, aunque comparto la condición de mujer, soy «blanca» y profesional, cuestión que me ubica en una posición de privilegio.

En la mayoría de las conversaciones que sostuvimos estuvieron presentes Cecilia y Jorge, su pareja, aunque el foco siempre fue ella, por ser quien quiso consultar al sentirse más afectada por la experiencia, en cuanto a los efectos posteriores de esta en su vida cotidiana.

La historia de Cecilia

Cecilia tiene 25 años. Es mapuche y madre de una niña de 8 años. Trabaja de trapecista en un circo con Jorge, su pareja y padre de la niña. Llegó a Codepu con el fin de denunciar y buscar apoyo para reclamar justicia por una situación que había vivido recientemente. La encargada del Área Jurídica es quien la recibe y registra el relato de lo ocurrido:

Cecilia: *Como a la una de la tarde, íbamos en el vehículo con Jorge a buscar a la niña al colegio. Nos paran dos carabineros (policías) y le piden a mi pareja los documentos del auto. Se los pasa pero faltaba el permiso de circulación, entonces el carabinero pregunta qué hacemos y le decimos que trabajamos en el circo y nos pide entradas, pero le decimos que no tenemos porque en época de invierno no trabajamos. Entonces pregunta qué hace Jorge y él le dice «payaso» y el carabinero se empieza a reír y llama a su compañero para que se burle; después pregunta qué hago yo, «soy trapecista», le digo, y se empieza a burlar y hace comentarios groseros por la ropa que me tengo que poner. Me pregunta mi nombre y yo se lo doy, entonces me dice: «¿Qué apellido es ese?». Yo le digo que es mapuche y se burla y me grita por la ventana hacia adentro: «T*Ú soy

[70] En adelante, cuando se hable en primea persona, es la voz de Carolina, quien participó directamente de este proceso terapéutico, la que se escucha (N. del E.).

india». Luego nos obliga a bajarnos del auto y le exige las llaves a Jorge. *Él le discute y le dice que eso no corresponde, que no les puede quitar el auto y el carabinero le dice que él hace lo que quiere, entonces ordena que me detengan -habían llamado a una patrulla- y me esposan, luego a Jorge, que se resiste, y le pegan entre varios. Yo suplicaba que no le hicieran eso y dejaran ir a uno de los dos para ir a buscar a la niña al colegio, pero nos llevan a una comisaría como hasta las 19:00 horas. Nos trataron como delincuentes.*

El equipo jurídico, luego de revisar los antecedentes presentados y en acuerdo con lo solicitado por Cecilia y su pareja, decide presentar una querella contra el o los funcionarios de Carabineros que resulten responsables de la situación de maltrato y discriminación. Al mismo tiempo, se le ofrece apoyo psicoterapéutico, ya que ella comenta que, luego de haber vivido esta situación abusiva: *«no puedo dormir en las noches porque se me vienen las imágenes de lo que pasó y no puedo dejar de pensar en eso; además, no me atrevo a salir sola a la calle por miedo a que vuelva a pasar algo»*. Cecilia acepta el ofrecimiento.

Cuando comienza la conversación, a mí no me parecía necesario hablar del evento mismo de maltrato, cosa que le dije a Cecilia y a Jorge desde el comienzo, más bien mi intención estaba puesta en saber cómo había resistido y respondido a los efectos que tuvo en ella. Cecilia me dice: *«No quiero acordarme más de lo que pasó»*. Entonces le pregunto: «¿Cómo lo has hecho para 'mantenerte en pie' estos días, a pesar de la violencia que viviste? ¿Hay algo en particular que te haya servido o en que te hayas apoyado?». Pese a que no quería hablar del evento mismo, Cecilia comenzó a relatar lo que vivió. Esto no es algo fuera de lo común y no habla de que necesariamente las 'personas necesitan contar el evento para sacarlo de adentro', más bien habla de que hay una historia dominante y única a la que Cecilia está teniendo acceso. Me parece importante señalar aquí que tener presente la idea de no-retraumatizar no tiene que ver con la imposibilidad de referirnos a la historia del trauma. Muchas veces las personas hablan del evento intentando darle sentido a lo ocurrido, haciendo esfuerzos por atribuirle un significado que sea congruente con lo que conocen de la vida. Nuestra responsabilidad como terapeutas narrativos es la de oír y honrar el testimonio y contribuir con su apertura, con su enriquecimiento hacia historias preferidas (White, 2004; Latorre, 2010).

Mientras Cecilia -con evidente enojo- va narrando los hechos, yo voy preguntando acerca del significado que tenían para ella y de las acciones que había realizado para cuidar lo que para ella era importante, así, van apareciendo sus ideas sobre la justicia, el abuso y el respeto.

Me interesaban sus palabras para describir lo sucedido, me interesaba conocer su definición de lo ocurrido, cómo lo nombraba, qué sintió que fue pasado a llevar.

Cecilia: Fue una injusticia porque nos trataron como delincuentes, me dio vergüenza por la gente que miraba, quizás ellos pensaban otra cosa, que éramos delincuentes. Nos revisaron hasta el auto…

Carolina: ¿Cómo es eso de la injusticia?

Cecilia: Porque nos humillaron, se burlaron, me discriminaron. Fue injusto porque no nos pudimos defender, fue abuso de poder… si el carabinero dijo: 'Dios está en el cielo y Carabineros en la tierra', se burló de mi apellido, me gritó que era india, a Jorge le pegaron y no habíamos hecho nada, por el permiso de circulación nos tendría que haber sacado una multa, nada más…

Carolina: Me parece que la justicia tiene que ver con tratar bien a las personas. ¿Es algo importante para ti? ¿Dónde, con quién aprendiste esto de tratar bien a las personas?

Cecilia: De mi mamá, mi mamá siempre nos trató con respeto, en mi casa siempre nos hemos tratado bien, mi papá también. ¡Nunca nadie me había tratado así!

En pocas palabras y con mucha precisión, Cecilia nombra y describe aquello que define como injusto y de esta forma puedo acceder a la significación que para ella tiene el evento, desde sus conocimientos, valores y experiencia de vida. Pienso que volveré luego a explorar sobre esas historias. Por el momento me interesaba aprender también cómo había respondido, me interesaba habilitar una conversación en la que Cecilia pudiese dar expresión a su resistencia frente a esto que fue abusivo, con la intención de hacer visible eso que ella quería cuidar y/o algunas habilidades que pudo haber utilizado.

Carolina: ¿Y tú qué hiciste en esos momentos? ¿Pensaste en algo en particular?

Cecilia: Pensé que él era ignorante, le dije 'indios son los de la India', nosotros somos de Chile. Le dije que eso era discriminación y que se veía mal para la institución porque ellos hacen juramento a la bandera para proteger a la gente.

Carolina: ¡¿Cómo te atreviste a responderle?! Me asombra la valentía que tuviste para enfrentar al carabinero en esa situación de tanta desventaja… ¿De dónde sacaste la fuerza para cuestionar lo que estaba haciendo contigo?

Cecilia: Por la injusticia, a mí nunca me habían tratado así ¡y un carabinero más encima! Yo nunca he sido insolente con nadie.

Carolina: ¿Eso tiene que ver con lo que has vivido en tu casa, con lo que aprendiste de tu mamá y de tu papá?

No trabajamos con la idea de que las personas responden por 'instinto' o producto de 'una naturaleza humana' que determina su conducta. Más bien nos sostiene la idea de que las respuestas y las acciones de las personas tienen un sentido dado por su historia y que, a lo largo de esa historia, van desarrollando una serie de conocimientos y habilidades que les permiten responder en la vida. Con esto en mente, trato de indagar en la historia de estas respuestas, como tomar la punta de una madeja y empezar a desenrollarla.

Carolina: Tú has visto en ella y en él la preocupación por el respeto y la justicia. ¿Me puedes contar algo de esto, un ejemplo?

Cecilia: Mi papá. Mi papá es bien mayor y casi no fue al colegio, pero se sabe todas las leyes del trabajo, me dice 'si uno no se sabe las leyes, no se puede defender en ningún lado'.

Carolina: Esta preocupación que tiene él por la justicia, por no dejar que lo pasen a llevar, ¿tendrá algo que ver con su origen mapuche? Con su historia de resistencia…

Cecilia: Puede ser, él siempre nos dijo 'nunca se avergüencen de mi apellido, somos de raza luchadora'.

Carolina: Entonces esto que has vivido en tu familia, esto que has aprendido sobre el respeto, ¿te ayudó a responder como… luchadora?

Cecilia: ¡Sí! Luchadora.

Carolina: ¿Te parece bien esa palabra, ese nombre?

Cecilia: ¡Sí!

Carolina: ¿Hay otras veces en tu vida que has sido luchadora? ¿Me puedes contar algo de eso?

Cecilia: Sí, cuando quedé esperando guagua. Estaba en el colegio, en tercero medio, y no dejé de estudiar. Cuando nació mi hija me tenía que levantar muy temprano y recorrer una gran distancia para que me la cuidaran y poder seguir yendo al colegio… Y en la tarde ir a buscarla, estudiar y cuidar a mi hija…

A propósito de esto conversamos del *esfuerzo*, de la *responsabilidad* y la *perseverancia* que había ido desarrollando con la intención de cumplir con la meta de completar sus estudios.

Carolina: ¿Qué habla de ti como persona el haber hecho esto que me estás contando?

Cecilia: Bien… Me siento muy orgullosa de lo que hice, de haber terminado el colegio.

En este punto estábamos teniendo acceso a otra dimensión de la experiencia de Cecilia, a otras historias, historias preferidas por ella, que la incluían activa en la experiencia, historias que hacen visibles aquellas cosas importantes para Cecilia y que la animaron a actuar, a protegerlas. Esto podría ser un punto de partida para lo que en terapia narrativa conocemos como reautoría o reescritura de la vida, proceso que consiste en el desarrollo enriquecido de las historias preferidas por las personas, en esta historia, la evaluación de Cecilia acerca de la situación que vivió, sus acciones de resistencia, lo que cuidaba con esas acciones y las historias de esas respuestas, por ejemplo, todo lo que relató asociado a su capacidad para 'luchar' cuando se embaraza y decide seguir estudiando.

Otra de las ideas que sustenta nuestro trabajo como terapeutas narrativas es que *las historias moldean nuestras vidas*; en la conversación intento enriquecer y reafirmar las historias preferidas por Cecilia, ofrecer

otro espacio para recontarlas y dejar a la vista estas historias de fuerza y de lucha que quedaron subyugadas por lo significativa que fue la historia del maltrato. Es importante comentar la idea de que las expresiones son siempre testimonio de algo, lo que hacemos y decimos está en relación a otra cosa que otorga significado a nuestra acción o palabras. Así, mientras más valoramos algo, más nos afecta que sea atropellado, descalificado o vulnerado y nuestra protesta toma formas que dan cuenta de aquello. Esta idea es un desarrollo de White (2000) apoyado en el trabajo de Gregory Bateson (1980) sobre Derrida (1978) y la noción de lo *ausente pero implícito*. Así las expresiones dan cuenta no solo de lo que se expresa sino también de aquello que está ausente, pero implícito, en la expresión.

En la historia de Cecilia entiendo su angustia y sensación de impotencia como testimonio de algo que para ella es importante. No aluden estas expresiones a un estado interno, ni a alguna patología, ni a una estructura de personalidad. Estas expresiones de angustia están en relación con otras cosas que le dan significado. Creemos que considerar esta noción de lo ausente pero implícito es parte fundamental del trabajo narrativo en situaciones como el abuso, ya que, mientras más fuerza tenga el problema, más riesgo existe de totalizar la experiencia en torno a una historia única de sufrimientos, falta de agencia, dolor, incompetencia, etc. La traducción de la noción de lo *ausente pero implícito* a la práctica requiere del desarrollo de la destreza terapéutica que White (2000) llamó 'la doble escucha'.

Con todo esto en mente, hago esfuerzos por poner en práctica mi 'doble-escucha' que refiere a, por una parte, escuchar y honrar el relato del problema, en este ejemplo, el de la injusticia / abuso de poder y sus consecuencias, y, por otra, estar muy atenta al relato de las respuestas, buscando en estas lo que está ausente pero implícito en la historia del abuso, es decir, las historias de aquello que Cecilia valora, de aquello que es importante en su vida y que quiere proteger.

También tengo presente que uno de los aspectos que comúnmente resulta muy dañado en la vivencia de abuso es lo que nombramos antes como sentido de agencia personal, que White (2007) define como: «una sensación de ser capaz de regular la propia vida, intervenir en la vida propia para modificar su curso en relación a las propias intenciones, y hacerlo en formas determinadas por los propios conocimientos de vida y destrezas o habilidades para vivir» (264), lo contrario a como Cecilia había descrito su situación actual: «no puedo dormir en las noches porque se me vienen las imágenes de lo que pasó y no puedo dejar de pensar en eso; además, no me atrevo a salir sola a la calle por miedo a que vuelva a pasar algo».

Me interesaba tener acceso a la historia de eso que era tan importante para ella y que le dio la fuerza para responder, pese a la amenaza y la desigualdad de la relación de poder. Le pregunto si piensa que esto de la fuerza, de luchar contra la injusticia, podría tener alguna relación con la historia del pueblo mapuche y de su resistencia, me dice que *'puede ser, los mapuche nunca se han dejado someter'*. Entonces indago más acerca de si

a través de su padre sabía algo más de eso, me dice que no mucho, pero sí que tenía orgullo de su origen y que no dejaría que la pasaran a llevar por ser mapuche.

En esta conversación, cuyo comienzo es el abuso y sus consecuencias, podemos dar espacio a la emergencia de otra historia. En este caso, el término luchadora lo rescaté de su frase: «él [mi papá] *siempre nos dijo 'nunca se avergüencen de mi apellido, somos de raza luchadora»'*. Cuando se lo propongo para nombrar sus respuestas, le consulto si es un término apropiado para ella o no, si le hace sentido o no. En este caso me dice que sí y podemos avanzar la conversación en esa dirección. Haciendo un poco de reautoría le pregunto acerca de otras historias donde haya estado presente el concepto de *luchadora* y aparecen nuevas historias relacionadas con conocimientos y destrezas que ha desarrollado a lo largo de su vida como el *esfuerzo,* la *responsabilidad* y la *perseverancia*. Menciona todos estos conceptos a propósito de las historias que me cuenta.

Aquí nos quedamos un rato, haciendo un zigzag entre el territorio de acción (eventos, vinculados en secuencia, a través del tiempo, en torno a temas) y el territorio de identidad (valores, compromisos, creencias, sueños, esperanzas). Ya no estamos hablando del abuso y sus consecuencias, ahora estamos hablando de las historias que apoyaron algunas de las respuestas que ella dio para resistir al abuso.

Documentos terapéuticos

Ya se estaba acabando el tiempo de conversación y yo tenía la responsabilidad de responder frente a la posibilidad de que estas nuevas historias se esfumaran una vez cruzada la puerta. Tenía la responsabilidad de ayudar a Cecilia a mantenerse conectada a estas historias de lucha y respeto que eran preferidas para ella y que le dieron la fuerza para responder frente al abuso. Era mi responsabilidad hacer algo para ayudar a Cecilia a desafiar las imágenes repetitivas que le estaban impidiendo seguir su vida como ella quería.

Ayudar a Cecilia a llevarse una historia rica que incluyera sus respuestas y los cimientos de sus respuestas, en lugar de la historia única asociada al «no pudimos hacer nada para defendernos», era promover la justicia, relacionada con dar acceso a Cecilia a historias múltiples o al menos dobles, que dieran cuenta de manera más completa acerca de la experiencia de abuso, que ahora también era una historia de lucha y de respeto.

En los contextos de dar respuesta a experiencias de abuso, especialmente en las organizaciones de derechos humanos, la documentación de los testimonios es muy relevante. Es, en parte, el proceso de 'dejar constancia'. Sin embargo, habitualmente los testimonios giran en torno a la historia única del maltrato (Latorre, 2010). Hacer un documento terapéutico desde las ideas narrativas tiene también el sentido de 'dejar constancia', pero no solo

de la historia única del abuso, sino también de las historias subyugadas, que incluyen diferentes aspectos de la vida de las personas como lo que ellas prefieren para sus vidas, sus conocimientos adquiridos, las habilidades que han ido desarrollando a lo largo de su vida, sus valores, propósitos y convicciones que los mueven y guían sus acciones; historias de sí mismas que muchas veces han sido invisibilizadas, devaluadas o degradadas por la historia única dominante. Se trata de que sea información que quede 'disponible', a la mano, como otro relato posible de sí misma, un relato alternativo frente a esa historia única.

Entonces, pensando en que se llevara un registro de lo que habíamos conversado, de esto que se había hecho visible respecto de su identidad apoyada por las historias de 'luchadora', esto que contradecía el relato inicial de 'no pudimos hacer nada', escribí e imprimí un certificado (ver Figura 1) para entregárselo, con la esperanza de que el documento escrito pudiera hacer algún contrapeso a la fuerza que la imagen de lo ocurrido estaba teniendo en la vida de Cecilia.

Certifico que Cecilia, mujer de circo, es una LUCHADORA que lleva con orgullo el legado de su sangre mapuche, junto a las enseñanzas de su madre, quien le ha mostrado el respeto y la tolerancia para relacionarse con las personas y para defenderse frente a la injusticia.

De esta manera Cecilia está resistiendo y respondiendo frente al abuso que se cometió, para que se haga justicia y para que hechos como este no vuelvan a ocurrir.

La acompañan en esta tarea su pareja Jorge y su familia.

Figura 1: Certificado

Preparé este certificado en los minutos finales del encuentro utilizando las palabras y expresiones de Cecilia, luego se lo leí y le consulté si le parecía bien. Me dijo que sí, que en él estaba parte de lo que habíamos conversado.

La construcción de estos documentos muchas veces está asociada a la necesidad de invertir una cantidad de tiempo considerable, sin embargo, no siempre es el caso. Existen muchas formas de hacer documentos que no toman más de diez minutos después de una sesión y que cumplen con el propósito de contribuir con las personas a tener acceso a sus historias subordinadas una vez que vuelvan a los contextos en los que las historias dominantes tienen más espacio.

Esta primera conversación era solo un primer paso, una aproximación a otras historias. White señalaba que no era conveniente apresurarse en las conversaciones narrativas, tratar de hacer todo de inmediato. Lo que muchas veces parece insignificante puede estar siendo un gran paso en la terapia, una contribución significativa en el proceso. Esto no significa que las personas cambien o que los problemas escapen, más bien quiere decir

que estamos avanzando en un camino hacia la expresión enriquecida de las vidas de las personas y que ese es un camino que hay que recorrer. Lo que Cecilia estaba logrando era no identificarse solo con la incapacidad o la sensación de pasividad. El paso que estábamos dando era el de conocer cómo ella estaba activa, respondiendo al abuso, y cómo estas respuestas tenían sus cimientos en historias de identidad y relaciones preferidas.

Insistiendo en las historias de las respuestas

Entre el primer y el segundo encuentro Cecilia no había percibido un cambio significativo respecto de los efectos del abuso. Durante la segunda sesión trabajamos en definir el problema, en caracterizarlo de manera cercana a su experiencia. Cecilia le puso nombre: la Desgracia. Dentro del proceso de caracterizarlo, ella puede dimensionar el espacio que ocupa en su vida en ese momento: 90%. El pequeño 10% de territorio libre del problema tiene que ver con momentos en que puede jugar con su hija o conversar en familia sin que se le presenten imágenes o pensamientos de lo ocurrido. Hicimos un dibujo simple que graficara esta descripción (ver Figura 2).

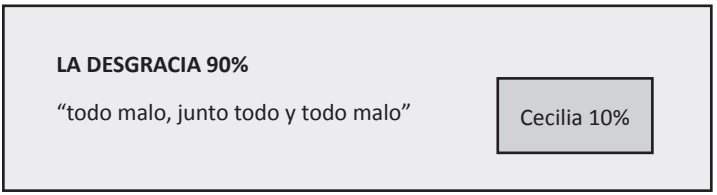


Figura 2: Territorio del problema

Como mencionamos antes, White se refiere muchas veces a la identidad como un 'territorio de vida', el lugar en que habitamos, nuestro hogar, ese lugar que conocemos y que hemos ido construyendo con la colaboración de otras y otros. La experiencia abusiva podría ser como la ola de un maremoto que arrasa con todo, dejando ese espacio irreconocible para nosotras mismas, sin puntos de referencia, perdiendo la sensación de lo familiar y lo conocido. Esto pasa en mayor o menor grado dependiendo de la experiencia de trauma por la que la persona haya atravesado.

Cecilia me comenta que su vida aún estaba muy alterada y desordenada. En la conversación, me sigo interesando por enriquecer las historias asociadas a las respuestas de resistencia y, esta vez, los invito a identificar con más detalle las acciones de cada uno durante el evento. Jorge acompañó nuevamente a Cecilia y con él hicimos un cuadro (ver Cuadro 1).

Luego indagué sobre qué tenían de su lado para continuar esta lucha, en qué se sostenían sus acciones y fuimos armando una lista (ver Figura 3).

CUADRO 1: RESPUESTAS DE RESISTENCIA FRENTE AL ABUSO	
Jorge	Cecilia
• Se niega a dejar el auto porque debe ir a buscar a su hija • Dice que no tiene entradas • Entrega las llaves porque lo amenazan con llevarlo detenido • Va a buscar a Cecilia • Reclama porque debe ir a buscar a su hija • Llama a don Juan (dueño del circo)	• Primero reírse con él • Piensa: «Es demasiado burlesco» • Grita • Reclama: ¿Por qué hacen esto? (la burla) • La idea de que Jorge se deje pegar para tener pruebas del maltrato y denunciar • Lee sus derechos (en pared de comisaría) • Dice que dejen a uno de los dos libres • Miraba por la ventana, el reflejo en la ventana

Les comparto la idea de que pudieran diseñar un cartel que incluyera lo que habían mencionado que les servía para sostener sus respuestas (valores, personas, conocimientos) para ponerlo en un lugar de la casa que sea visible, como antídoto contra el poder de la Desgracia. Están de acuerdo, me dicen que les gusta la idea.

- La verdad.
- Quiero justicia, voy a derrotar la impunidad mía y de los dos.
- Va a ser un camino largo pero va a resultar bien porque la injusticia vino del lado de él.
- La razón.
- El criterio de uno.
- Apoyo de ambas familias.
- Tener una historia de lucha y de sangre «que tira» (mi papá, Juan, no terminó la básica pero se sabe las leyes del trabajo).
- Dios.
- El jefe (del circo).
- Personas desconocidas que les dieron consejos.
- La unión de pareja.
- La Ana (hija).
- La idea de que del lado de él (carabinero) está: la humillación, ser abusador, la burla, la injusticia, ser discriminador, la maldad, tener mal corazón.

Figura 3: Lista de recursos para la lucha

Vínculos para fortalecer los cambios

La semana siguiente, Cecilia manifiesta que se ha sentido mejor. Les pregunto qué diferencia han notado y qué han hecho para que esto sea posible. Cecilia

describe las diferencias respecto de los días anteriores y su pareja confirma lo que ella menciona: «*algunas noches logra dormir un poco más, se siente de 'mejor genio', se ríe más, tiene mejor humor, con más ánimo* [me cuentan que fueron de paseo y subieron cerros], *aún están presentes los recuerdos, pero ya no tanto en la noche sino en el día, cuando ve carabineros en la calle*».

Cecilia y Jorge confeccionaron el cartel e incluyeron en él una foto de su hija. Lo pusieron frente a su cama para poder mirarlo si Cecilia se desvelaba.

Conversamos acerca de los efectos que estos cambios estaban teniendo en su vida: «*me siento más descansada y segura, con más energía para hacer las cosas, me relaciono mejor con mi familia y me estoy imaginando que 'es posible volver a ser como antes'*».

Siguiendo en la idea de engrosar estos relatos, invito, al cierre de este tercer encuentro, a Elena, una compañera del Área Jurídica de Codepu. Pensamos que engrosar las historias está asociado, entre otras cosas, a hacer visible los diferentes vínculos que tenemos con otros y otras como pueden ser nuestros antepasados, otras que pueden haber vivido experiencias similares, otros que han colaborado de diferentes formas en nuestra vida. Elena tiene casi la misma edad de Cecilia, es mapuche también y ha participado activamente en el movimiento por la reivindicación de los derechos de su pueblo. Elena conoce la situación de Cecilia porque fue una de las personas que la recibió cuando se presentó en Codepu, entonces la invito a compartir con ella algo de lo que le ha resonado con su experiencia, si esto tiene que ver con un valor, sueño o creencia en particular.

Elena me cuenta historias acerca de dónde proviene su fuerza para luchar por sus derechos, de su relación con la naturaleza, de la fuerza de los ríos, del poder de las plantas y de su conexión con la tierra y sus antepasados, que le han compartido estos saberes y creencias. Cecilia oye este relato como testigo externa (White 1999, 2007).

Al terminar, Cecilia comenta que es una visión nueva para ella pero que le gusta y le hace sentido porque siempre ha disfrutado mucho la naturaleza y se ha sentido muy cercana a ella. Comenta que cuando va a trabajar en el trapecio lo común es utilizar un polvo especial para las manos con el fin de no refalarse, pero que ella siempre ha preferido restregar sus manos directamente en la tierra, eso le da confianza. Entonces dice *'ahora voy a pensar que la tierra me cuida'*.

Avanzando hacia el territorio[71] preferido

Es nuestro cuarto encuentro y Cecilia llega nuevamente acompañada de Jorge. Por primera vez, cuando le pregunto cómo ha estado, me dice 'mucho mejor' con una expresión de alegría en la cara.

[71] A muchos pueblos aborígenes alrededor del mundo posiblemente no les gustaría la metáfora de territorio, ya que comúnmente sus conflictos y los genocidios que se ha cometido históricamente en su contra han tenido relación con él, por lo que se sugiere evaluar la pertinencia de su uso.

Comienzo a explorar entonces sobre esta nueva sensación y, utilizando el gráfico del espacio que estaba ocupando la Desgracia en su vida, le pregunto cómo sería ahora y responde que estaría al revés: 10% la Desgracia, 90% Cecilia (ver Figura 4).

Figura 4: El nuevo territorio del problema

A continuación presento parte del camino que hicimos.

Carolina: Si estabas en el territorio de la Desgracia, ¿cómo le llamarías a esta nueva etapa?

Cecilia: Ahora sería 'Volviendo a lo normal'.

Carolina: Entonces, estábamos en el territorio de la Desgracia y pasamos al territorio de Lo Normal, ¿cómo es eso?, ¿qué es Lo Normal?

Cecilia: Lo que siempre ha sido.

Carolina: ¿Tiene que ver con recuperar la vida que has tenido?

Cecilia: Como el ánimo, el sueño, el movimiento, el que estoy saliendo de a poquito a la calle sola, con mi hija, que de repente él (Jorge) no está… y ahora va a estar menos.

Carolina: Entonces has estado pudiendo hacer las cosas que hacías antes. ¿Cómo te imaginas eso ahora que él va a estar menos, qué te pasa?

Cecilia: Como que me angustia un poco, pero yo misma me estoy tratando de convencer de que no va a pasar nada más.

Carolina: Cuéntame un poco de eso, ¿cómo lo haces? ¿Tú te hablas? *[Yo encuentro que son tan importantes las conversaciones que uno tiene en su cabeza]*.

Cecilia: Sí, es que de repente igual yo necesito… por ejemplo, tengo que salir sola, el otro día mi mamá se enfermó y tuve que ir a dejar la licencia, igual me dio cosa salir sola, estaba dentro de la comuna, pero igual…

Carolina: ¡Qué buena noticia! Y, ¿cómo pudiste hacerlo? ¿Lo hiciste sola?

Cecilia: Sí.

Carolina: ¿Me puedes contar cómo fue? ¿Cómo te preparaste? ¿Caminaste o fuiste en micro?

Cecilia: En micro, igual como que sentía que me andaban persiguiendo pero después ya como que se me pasó…

Carolina: O sea, pudiste dominar a la Desgracia. ¿Te decía algunas cosas?

Cecilia: Sí, es que estábamos las dos solas y mi mamá no tenía a nadie más a quien pedirle que le fuera a dejar la licencia, así es que pensé: «tengo que ir yo».

Carolina: ¿Cómo lo hiciste? ¿Te acuerdas qué pensaste, qué te dijiste?
Cecilia: Es que yo lo hice más por mi mamá, por la licencia que tenía que llevarle.
Carolina: Es decir, en esta primera salida sola-sola, ¿ayudar a tu mamá te sirvió para moverte? ¿Por qué hiciste eso? ¿Era importante si ella te lo pedía?
Cecilia: Sí, porque ella igual me ha ayudado harto.
Carolina: ¿Ustedes tienen esa relación que se ayudan entre las dos?
Cecilia: Sí, con mi papá igual, somos los tres unidos así, porque mis hermanos ya tienen su casa, todo… Se ven los puros domingos. Yo soy la única hija con ellos, tengo que ayudarla.
Carolina: ¿Y se ayudan entre todos? ¿Tú sientes también que tu mamá cuenta contigo y tú cuentas con ella? ¿Cómo se podría llamar eso?
Cecilia: La Unión.
Carolina: ¿Podría decirse que la Unión que tienen te ayudó a salir a la calle?
Jorge: La Unión le da fuerza.
Carolina: (A Jorge) ¿La Unión le da fuerza? ¿Tú sientes eso?
Jorge: Sí.
Cecilia: Sí, porque con él son igual.
Carolina: Entonces, ¿cómo lo hiciste? ¿Qué pensamientos te vinieron?
Cecilia: Ahí me empecé a decir: 'voy a tener que ir sola nomás, voy a llegar a la esquina, voy a tomar la local (transporte del sector) y me voy para allá'.
Carolina: ¿Pensaste el recorrido que ibas a hacer?
Cecilia: Sí, para no ir caminando. Igual no es lejos pero no quería caminar.
Carolina: ¡Ah! ¿Tú pensaste que irte en la local era más seguro?
Cecilia: Sí.
Carolina: Perfecto, o sea planificaste eso de una forma de sentirte más segura. ¿Y cómo se te ocurrió eso?
Cecilia: Es que nosotros muchas veces que salimos tomamos la local que pasa por el lado de la casa…
Carolina: ¿Tú sabías entonces que podías contar con eso y así caminar poco y eso te dio más tranquilidad?
Cecilia: Sí.
Carolina: ¿Qué significan para ti estos pasos que estás dando, de ir recuperando tu vida de las manos de la Desgracia?
Cecilia: Siento la cabeza más libre, yo misma me trato de convencer porque me está afectando a mí nomás, a él (carabinero) no le debe pasar nada. Necesito sentirme realizada, salir sola, ayudar a Jorge.

La intención de mostrar este fragmento de la conversación que sostuvimos es redundar en la idea de 'tomarnos el tiempo' para adentrarnos en ciertos hechos o ideas, en las particularidades de la experiencia. En inglés se utiliza la palabra *loitering* (Carey, 2011), que se traduce como merodear, vagar, algo así como 'dar vueltas alrededor'. En este caso, Cecilia había salido sola por primera vez en más de un mes, desafiando al poder de la Desgracia, entonces considero que es muy importante detenernos y explorar en detalle cómo fue posible que ella decidiera dar este paso y concretarlo: como mirar un evento pequeño y verlo a través de una lupa gigante. Fue una larga conversación que permitió hacer visible algunos conocimientos de Cecilia respecto de cómo moverse de una forma que se sintiera más segura, como tomar la micro local; de valores y prácticas familiares que le ayudan a sentirse más confiada, como la unión e historias en torno a esto; de compromisos personales, como ayudar a su mamá, etc.

Muchas de estas cosas pueden parecer irrelevantes o nimias pero, en el contexto de nuestro trabajo narrativo, cuando la dignidad de las personas ha sido pisoteada es necesario recopilar todo el 'material' posible que nos permita darle consistencia a la historia preferida y así contrarrestar los efectos de la historia dominante (White, 2007).

Terapia narrativa y justicia

A continuación traeremos algunas voces de, en su mayoría, hombres blancos, angloparlantes que abordan el tema de la justicia y que consideramos relevantes para nuestra práctica. Sin embargo, queremos ser claros que estas ideas no reemplazan ni son más importantes que las de las personas que nos consultan. Más bien, estas ideas nos invitan a indagar en aquello que para las personas es importante y en los significados que atribuyen a sus vidas.

En la experiencia de Codepu se ha visto que, particularmente en las situaciones de atropello a los derechos humanos, la posibilidad de *hacer justicia* -aunque sea parcialmente- es parte importante del proceso de recuperación de las personas, por esto, tempranamente se conformaron equipos psicojurídicos para acompañar a las personas que solicitaban apoyo durante la dictadura.

Cuando decimos *hacer justicia* sabemos que se trata de un tema que es muy amplio, variado y complejo. Sabemos también que en nombre de la justicia se ha cometido crímenes horribles. Así, el concepto de 'justicia', por sí solo, no es garantía de nada. Entonces, ¿cuál es la justicia que queremos hacer?

Especificaremos algunos de los ámbitos de justicia a los que nos interesa responder en el contexto de la terapia.

Uno de ellos, fundamental en lo que a la terapia narrativa se trata, se relaciona con una pregunta introducida por Epston a comienzos de los noventa: ¿quién posee los derechos para contar las historias? Madigan (2007) cuenta:

> David Epston trajo esta comprensión teórica del discurso a la terapia cuando estaba perplejo en torno a esta pregunta: ¿quién posee los derechos de contar historias, de la historia que está siendo contada? (D. Epston, comunicación personal, 1991). Su pregunta habla en torno a la interconectividad dialógica de nuestra construcción de identidad, el tema del poder moderno y del sesgo no-neutral de las historias que contamos y son contadas acerca de nosotros[72] (138).

En esta perspectiva, una forma de hacer justicia tiene que ver con la postura del terapeuta. Michael White (1997) propone para la terapia narrativa una práctica que llama *descentrada* (de los conocimientos y concepciones del terapeuta) *e influyente* (para explorar y enriquecer la historia del consultante, sea este un individuo o un colectivo), de modo que sean fundamentalmente las personas que consultan quienes definan en sus propios términos y significados la historia que va a ser contada, además de que sean sus conocimientos, creencias, valores y convicciones los que estén al centro de la conversación, versus los conocimientos, creencias, valores o convicciones del/la terapeuta. Marc Kaminsky, en la introducción al libro *Remembered lives* de la antropóloga Barbara Myerhoff (1992), habla de esta colaboración como una práctica hacia una tercera voz. Esta no es la voz de la terapeuta, ni solo de la persona que nos consulta, es la voz de la colaboración. De este modo, la historia o historias que se desarrollen, las conclusiones de identidad que animen y la dirección que tomen las conversaciones son producto de una colaboración entre dos personas. En este caso el terapeuta influirá haciendo preguntas y la persona pondrá ahí sus historias preferidas.

Sabemos que en nuestras sociedades latinoamericanas, aunque no exclusivamente, hay grupos que históricamente no han tenido oportunidad de ejercer el derecho a que sus historias sean escuchadas, a que circulen de la misma forma y con la misma legitimidad con que lo hacen las historias de otros, como por ejemplo, las historias de las mal llamadas «minorías» (sexuales, étnicas, políticas, etarias, etc.) Incluir consideraciones de justicia es trabajar en base a principios de no discriminación ni marginalización de individuos, grupos o comunidades según su cultura, etnia, género, edad, nivel socioeconómico, sexo, formas de vida o cualquier relación de poder social. Por lo mismo, también es desafiar las prácticas patologizadoras o totalizadoras de la identidad de las personas y las nociones de normalidad, en función de los efectos reales que estas prácticas pueden tener sobre sus vidas.

Creemos que las prácticas de patologización, de totalización y de normalización simplifican sobremanera las experiencias de las personas, las limitan a historias únicas. Además, mayoritariamente, estas historias únicas son contadas por un tercero desde sus interpretaciones y significados. Otra

[72] Todas las traducciones en este capítulo son nuestras.

consecuencia de las prácticas mencionadas antes es la localización de los problemas en el interior de las personas, como si fueran constitutivos de su identidad. De este modo, se corre el riesgo de culpabilizar a las personas por sus problemas y de invisibilizar los contextos de las relaciones de poder que podrían estar generando, apoyando y reproduciendo los problemas, oscureciendo sus respuestas -de las personas- frente a la vida, apoyadas en los conocimientos y destrezas particulares para vivir que han desarrollado a lo largo de su historia.

Desde las prácticas narrativas, en cambio, entendemos que los problemas individuales son testimonio de problemas sociales más amplios. Creemos que las personas no son los problemas, los problemas son los problemas y son apoyados y reproducidos por un contexto social, cultural y político. Consideramos la identidad como un logro colectivo y no individual y apoyamos la diversidad de las formas de vivir como un valor.

Por otra parte, Denborough (2011) desarrolló, junto a un grupo de colaboradores, lo que llamaron 'Declaración de los derechos de las personas que cuentan historias', no solo individuos sino también colectivos y comunidades. En ella confluyen una serie de intenciones y principios desarrollados principalmente por White y Epston a lo largo de todo su trabajo y que son organizados en una suerte de 'cuerpo legal' que explicita las garantías o resguardos que debieran tener las personas que en diferentes contextos -muchas veces en situación de ayuda- se encuentran en el lugar de dar testimonio o contar sus historias, por ejemplo, declarar ante un tribunal por haber sufrido una experiencia de abuso. La propuesta señala que estos artículos no pretenden en ningún caso ser definitivos y sugiere que sean traducidos a cada contexto particular en donde sea utilizada.

A continuación presentamos la declaración:

Artículo 1. Todas las personas tienen derecho a definir su experiencia y problemas en sus propias palabras y términos.

Artículo 2. Todas las personas tienen derecho a que sus vidas sean entendidas en el contexto de lo que han vivido y en el contexto de sus relaciones con otros.

Artículo 3. Todas las personas tienen el derecho de invitar a otros que son importantes para ellas a involucrarse en el proceso de reclamar su vida de los efectos del trauma / injusticia.

Artículo 4. Todas las personas tienen el derecho de estar libres de localizar dentro de ellas/os, internamente, los efectos causados por el trauma y la injusticia como si hubiera un déficit en ellas/os y/o su identidad. La persona no es el problema, el problema es el problema, y la solución no es solo personal.

Artículo 5. Todas las personas tienen el derecho a que sus respuestas al trauma sean reconocidas. Nadie es receptor pasivo al trauma / sufrimiento social. Las personas siempre responden. Las personas siempre protestan ante la injusticia.

Artículo 6. Todas las personas tienen el derecho a que sus destrezas y conocimientos de supervivencia sean respetados, honrados y reconocidos.

Artículo 7. Todas las personas tienen el derecho a saber y experienciar que lo que aprendieron a través de las dificultades puede contribuir a otros que viven experiencias similares.

En lo que concierne a los derechos de quienes cuentan su historia, esto es parte de lo que informa nuestra práctica en torno a la justicia. Entendemos, además, que la idea de justicia corresponde a un modo particular de significar la experiencia.

En los encuentros con Cecilia traté de tener todo esto en mente. Me interesaba conocer su voz, su concepción en torno a la justicia y sus respuestas, para que pudiera contar con ellas y su experiencia no se redujera a la historia del abuso.

Comentarios en torno a la narrativa, el compromiso y la solidaridad

Permítannos compartir otras ideas en torno al trabajo en terapia y sus conexiones con la justicia, el compromiso y la solidaridad. Nuestra colega marcela polanco[73] (2009, 2010, 2011), ha realizado un interesante trabajo en torno a la traducción de las prácticas de terapia narrativa a conceptos más vinculados a su cultura colombiana y latinoamericana. Ella propone la terapia narrativa como una terapia solidaria. Habla de las historias subordinadas como testimonios de justicia y propone la solidaridad como una respuesta a las relaciones de poder.

Un aspecto que polanco acentúa en torno a las políticas de solidaridad es la idea de 'equidad en la diversidad', que alude básicamente a la horizontalidad como única forma de no invisibilizar al otro cuando estamos en una relación de poder. Esta idea resuena fuerte con la de Paulo Freire (2008) 'la unidad en la diversidad', que propone una relación entre las personas que reconoce la diversidad y desafía las ideas asociadas a que la unidad debe estar dada por la igualdad o la homogeneidad.

White (en Gilligan, 1993) por su parte, releva los conceptos de compromiso y solidaridad mientras reflexiona en torno a la posición de valor implícita en la práctica terapéutica:

> Estoy pensando en el compromiso como acción en contra del abuso de poder: en contra de la negligencia, en contra de la crueldad, en contra de la injusticia, y en contra de la subyugación de conocimientos alternativos. Estoy pensando en un compromiso

[73] El uso de minúsculas para su nombre es intencional por parte de la autora.

> con la acción por la reciprocidad. Estoy pensando en un compromiso por la acción que no tiene que estar justificado por algún terreno privilegiado, sino un compromiso por la acción basado en la realidad de lo que las personas dan cuenta respecto de sus preocupaciones y angustias (132).

Y continúa:

> ¿Y qué de la solidaridad? Me refiero a una solidaridad que se construye por terapeutas que se niegan a establecer una distinción clara entre sus vidas y las vidas de las demás personas, que se niegan a marginarse frente a las personas que buscan ayuda, por terapeutas que están constantemente confrontándose al hecho de que si toman en cuenta las circunstancias que constituyen el contexto de los problemas de los o las demás, simplemente no estarían tan bien[74] (132).

Estas son ideas que nos resuenan como terapeutas, como chilenas, como latinoamericanas. Son ideas que invitan a hacerse cargo del hecho que somos seres por naturaleza culturales, sociales y políticos. Cerramos este breve apartado con una cita de Paulo Freire que nos parece muy relevante:

> No puede haber palabra verdadera que no sea un conjunto solidario de dos dimensiones indicotomizables, *reflexión* y *acción*. En este sentido, decir la palabra es transformar la realidad. Y es por ello también por lo que el decir la palabra no es privilegio de algunos, sino derecho fundamental y básico de todos los hombres [y mujeres] (2008b: 17).

Claro, pensamos que Freire habla de lo que le parece justo y no de lo que ocurre en nuestras sociedades. Como señalamos antes, hay personas y grupos a los cuales se les niega o restringe este derecho a la palabra, a los pobres, por ejemplo, a las(os) enfermas(os) mentales, a quienes no son «productivas(os)» en términos económicos, a las(os) ancianas(os), a las mujeres, etc. Esta es una forma de abuso de poder del cual somos testigos todos los días, en nuestras familias, en la calle, en la publicidad, en los noticieros, con los y las amigas, etc. Como profesionales pertenecemos al grupo de privilegiados que menciona Freire, es por esto que nos corresponde responder al desafío y la responsabilidad de promover y respetar ese derecho a la palabra.

Este es parte del marco de ideas en torno a la justicia que nos parece relevante dar cuenta en el trabajo terapéutico.

[74] Traducción de marcela polanco e Ítalo Latorre.

Algunos comentarios al cierre

El proceso de terapia no es, en general, un proceso ordenado ni perfectamente estructurado y progresivo. Estamos trabajando con personas cuyas vidas son complejas, contradictorias, enmarcadas en una cultura y sociedad determinada. Estamos indagando e intentando ser lo más reflexivos y críticas con lo que hacemos. En estos capítulos, la práctica aparece seleccionada, ordenada y editada, pero en la vida real se ve diferente, no obstante ello, la reflexión, la conversación y supervisión pueden ser espacios para promover nuestra responsabilidad con las personas que nos solicitan ayuda. Como decía Michael White y David Epston: no es magia, es trabajo duro, práctica, práctica, práctica.

Queremos hacer un breve comentario acerca del uso de dos metáforas que surgieron en las conversaciones, las de *lucha* y *normalidad*. Las metáforas que utilizamos en terapia no son neutrales en sus efectos, por lo tanto, no dan lo mismo. White (2007) propone metáforas vinculadas al viaje, o a recuperar o reclamar la vida, separarse del problema, desempoderar al problema, entre otras sugerencias (32-33), e intentaba no promover el uso de metáforas asociadas a lucha, competencia, pelea, etc., porque ubican a la persona en la situación de 'ganar o perder', lo que restringe y simplifica el sentido de sus acciones. En esta historia, la metáfora de luchadora emerge de la historia de resistencia de más de cuatrocientos años del pueblo mapuche, no en función de ganar o perder. Cecilia tiene origen mapuche y aunque su familia no participa de sus tradiciones y cultura, sí respetan y valoran la historia de resistencia de sus contemporáneos y antepasados y se identifican con ella. Esto no quiere decir que esta haya sido una mejor metáfora, solamente es una que hizo sentido y que, de no haber sido sido así, o generado sensaciones negativas, la tendríamos que haber desechado.

Respecto de 'lo normal' o 'la normalidad', pensamos que debemos ser extremadamente cuidadosas con el uso de estos conceptos. Lo mencionamos anteriormente, desde ciertas culturas profesionales, las categorías de normalidad / anormalidad se han utilizado sistemáticamente para descalificar, patologizar, sancionar y discriminar ciertas formas particulares de vivir. La metáfora de normalidad asociada a lo sano, adecuado o correcto proviene de una tradición de pensamiento estructuralista, la cual plantea que los seres humanos tenemos una esencia o núcleo interno donde se configura nuestra identidad y desde donde se explica nuestra forma de ser. Así propone prácticas que, pretendiendo ser 'objetivas', desarrollan una serie limitada de categorías de vida que asume como normales y esperables. Si la persona no calza con estas limitadas categorías, entonces la explicación es que hay una desviación de la normalidad o de lo que debería ser, por tanto, la persona presenta fallas o déficits atribuibles a un desorden o patología de, lo que desde el estructuralismo (Carey & Russell, 2004), se conoce como personalidad. En este caso, utilizamos el término 'normal' porque fue el que escogió Cecilia para nombrar la nueva etapa que estaba viviendo y que ella

explica como 'volver a lo que siempre ha sido', sin embargo esta metáfora, sin ser negada, no fue promovida ni recontada. Esto fue intencional.

Queremos destacar que, como siempre ocurre, las personas por sí mismas hacen muchísimas otras cosas, además del proceso terapéutico, por responder y enfrentar las situaciones que viven. Por ejemplo Cecilia, quien escribió una carta a la máxima autoridad de Carabineros solicitándole una entrevista para denunciar este abuso, con la esperanza de que no quedara en la impunidad. Lo mismo hizo en otras instancias de la institución y estuvo dispuesta a volver a enfrentarse cara a cara con el agresor, a pesar del miedo, sostenida en la fuerza que le daba (en sus palabras) «el tener la verdad de su lado». En torno a esto, White (2012 en Malinen, Cooper, & Thomas, año) comenta:

> Tengo entendido que uno puede tener una buena vida cuando solo el 97% de las propias iniciativas de vida, están estancadas. Me explico. Parece bastante claro que la gente siempre está haciendo iniciativas de vida, sin embargo muy pocas de estas sobreviven. Muy pocas de estas soportan. Es mi opinión que cuando el 3% de las propias iniciativas de vida sobreviven, uno puede llegar a tener una calidad de vida razonablemente buena. Sin embargo, cuando el 98% de las iniciativas propias de vida se pierden, cuando solo el 2% sobrevive, se puede llegar a tener una calidad relativamente pobre de vida. Esto me lleva a la conclusión que, como terapeutas, tenemos un papel que desempeñar en el desestancamiento y en el apoyo de la resistencia de un 1% de las iniciativas de vida de las personas (122).

Para finalizar, queremos decir que entendemos este trabajo como *siempre imperfecto, nunca acabado*, y nos encantaría oír sus comentarios respecto de lo que aquí hemos compartido. Nos interesa saber cuáles son las nociones de justicia que guían su práctica terapéutica, cuáles son los desafíos particulares a los que se ven enfrentadas y enfrentados en el trabajo con personas y qué de lo aquí expuesto les significa un aporte en su práctica.

Agradecimientos

Ítalo y Carolina queremos agradecer sinceramente y en primer lugar a Cecilia y Jorge, por permitirnos contar su historia de resistencia y expresarnos que la elaboración de este capítulo sería una más de las respuestas contra el abuso. Además, queremos agradecer la colaboración de marcela polanco, quien accedió a leer el primer borrador y a hacernos comentarios invaluables que transformaron este escrito de A a Z. No podemos dejar de agradecer a Felipe García, editor de este libro, quizás la persona con más paciencia que hemos conocido este año.

Referencias

Allen, M. (2012). *Narrative therapy for women experiencing domestic violence*. London: JKP.

Bateson, G. (1980). *Mind and nature: A necessary unity*. New York, NY, USA: Bantam Books.

Carey, M. & Russell, S. (2004). *Narrative therapy. Responding to your questions*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Carey, M. (2011). Comunicación personal.

Denborough, D. (2011). *Respuestas narrativas al trauma en comunidades*.. Ponencia presentada en el XI Congreso Internacional de Terapia Narrativa, Salvador de Bahía, Brazil: Dulwich Centre; y en Seminario Internacional Terapia Narrativa y Justicia, Santiago: PRANAS Chile y Universidad Mayor.

Derrida, J. (1978). *Writing and difference*. London: Routledge and Kegan Paul.

Dulwich Centre Publications (Eds.) (2003). *Responding to violence*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Durrant, M. & White, C. (1990). *Ideas for therapy with sexual abuse*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo.

Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza.

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Freire, P. (2008). *Pedagogía de la esperanza: Un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Freire, P. (2008b). *La educación como práctica de la libertad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Gilligan, S. & Price, R. (Eds.) (1993). *Therapeutic conversations*. New York, NY, USA: WW.Norton.

Madigan, S. (2007). Watching the other watch: A social location of problems. En T. Augusta-Scott (Ed.), *Narrative therapy. Making meaning, making lives (pp. 133-150)*. London: SAGE.

Malinen, T., Cooper, S. & Thomas, F. (Eds.) (2012). *Masters of narrative and collaborative therapies*. New York, NY, USA: Routledge.

Myerhoff, B. (1992). *Remembered lives*. Ann Arbor, MI, USA: University of Michigan Press.

Polanco, m. & Epston, D. (2009). Tales of travels across languages: Languages and their anti-languages. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4, 38-47.

polanco, m. (2010). Rethinking narrative therapy: An examination of bilingualism and magical realism. *Journal of Systemic Therapies*, 29, 1-14.

polanco, m. (2011). *Autoethnographic Means to the Ends of translating / Decolonizing Narrative Therapy: The birth of Terapia Solidaria* [Therapy of Solidarity]. (Unpublished PhD dissertation), Nova Southeastern University, Ft. Lauderdale, Florida, USA.

Russell, S. & Carey, M. (2004). *Narrative therapy. Responding to your questions*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Waldegrave, C., Tamasese, K., Tuhaka, F. & Campbell, W. (Eds.) (2003). *Just therapy - A journey: A collection of papers from the Just Therapy Team*. New Zeland, Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1995). *Re-Authoring lives. Interviews & essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1997). *Narratives of therapists' lives*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (1999). Reflecting-team work as definitional ceremony revisited. En M. White, *Reflections on narrative practice: Essays and interviews (pp. 59-85)*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2000). Re-engaging with history: The absent but implicit. En M. White, *Reflections on narrative practice: Essays and interviews (pp. 35-58)*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2004). Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1, 45-76. Reimpreso en D. Denborough (Ed.) (2006), *Trauma: Narrative responses to traumatic experience (pp. 25-85)*. Adelaida: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2006). Responding to children who have experienced significant trauma: A narrative perspective. En M. White & A. Morgan (Ed.), *Narrative therapy with children and their families (pp. 85-97)*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY, USA: W.W. Norton.

Capítulo 19

Crecimiento postraumático. Bases teóricas e intervención

Paulo Daniel Acero Rodríguez

Introducción

El crecimiento postraumático (CPT) puede ser definido como el cambio o conjunto de cambios, en sentido positivo, que experimentan las personas después de afrontar un evento asumido como traumático. Por ejemplo, tras un evento potencialmente traumático, algunas personas reportan cambios positivos en sus objetivos vitales, escala de prioridades, relaciones con los demás y espiritualidad, como consecuencia de la reevaluación o la modificación de sus supuestos sobre cómo son o cómo debería ser el mundo y su vida. Los avances en el abordaje del CPT están permitiendo considerar que una amplia gama de acontecimientos vitales, como el diagnóstico de enfermedades crónicas o terminales, el divorcio, la separación, los asaltos, los accidentes, los desastres naturales y el terrorismo, pueden actuar como una especie de catalizadores para un cambio positivo. Con este nuevo enfoque se está demostrando que, en lugar de arruinar la vida, muchos acontecimientos con características traumáticas en realidad la pueden mejorar. Recordando la sabiduría de los filósofos que recogieron aportes de la biología y las teorías evolucionistas, particularmente los planteamientos de Nietzsche, el CPT plantea que «lo que no nos mata nos hace más fuertes», es decir, nos revela cómo todos nosotros podemos transitar hacia el cambio de concepto respecto de la adversidad y lo traumático, para reconstruir y redireccionar el propósito y sentido en la vida.

Una aclaración pertinente, antes de avanzar en el tema es que, como habrá podido notar el lector, no nos estamos refiriendo a eventos traumáticos sino «eventos asumidos como traumáticos» o «eventos potencialmente traumáticos». Esto por cuanto, a partir de las investigaciones y la experiencia clínica que el autor ha realizado por más de veinte años en Colombia, trabajando con personas enfrentadas al duelo por la muerte de seres queridos, por la pérdida de miembros del cuerpo a raíz de la explosión de minas antipersonales, por vivir el secuestro o desaparición propias o de familiares o por haber sufrido accidentes o desastres naturales que les pusieron cara a cara con la posibilidad de morir, y por los trabajos investigativos realizados en apoyo a otros equipos de investigación, como el realizado en la Universidad

Nacional de Córdoba, en Argentina con pacientes diagnosticados con cáncer o con el Centro de Investigaciones en Resiliencia y Espiritualidad, CIRES, en Chile, con personas que vivieron el terremoto, se ha podido corroborar que no todo evento adverso es traumático por sí mismo, independiente de su capacidad de alterar el equilibrio vital de las personas, sino que el carácter de traumático es asignado por la persona que lo vivencia de acuerdo a si el evento desborda o no su capacidad de respuesta.

Bases teóricas del CPT

En los últimos cincuenta años, una considerable cantidad de literatura psicológica ha documentado los efectos negativos que el estrés y el trauma ocasionan en los seres humanos. Patologías como son la depresión, ansiedad, enfermedades del corazón y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) han concentrado la atención de los estudiosos como las consecuencias más relevantes del hecho de experimentar un evento altamente estresante. Sin embargo, durante los últimos veinte años, también se ha producido un aumento considerable en la investigación sobre los acontecimientos adversos y positivos de la vida, los cuales han evidenciado que la adversidad y las pérdidas no solo dejan secuelas negativas en la vida de quienes las experimentan, sino que también pueden dar lugar a crecimiento personal (Taylor, 1989; Tedeschi & Calhoun, 2004). El CPT ha atraído una considerable atención en la última década y, de hecho, está generando una nueva perspectiva en la psicoterapia, como lo han señalado Zoellner y Maercker (2006). Tedeschi y Calhoun (1996) han llamado la atención sobre los cambios positivos posteriores a una experiencia límite o vital y, al hacerlo, han alentado a los teóricos, clínicos e investigadores a echar un vistazo más amplio a los efectos del estrés, el trauma y las pérdidas.

Relación entre estrés postraumático y PTG

Las investigaciones que examinan la relación entre el CPT y el TEPT no son consistentes (Zoellner y Maercker, 2006; Tedeschi y Calhoun, 2004). Algunas de ellas han demostrado que un mayor nivel de estrés hace que el crecimiento sea más probable (Feder *et al.*, 2008; Dekel, 2007; Parque, Aldwin, Fenster y Snyder, 2008), mientras que otros estudios sugieren que los dos resultados están separados (Solomon y Dekel, 2007).

Tedeschi y Calhoun (2004) sostienen que la falta de una relación consistente entre el crecimiento y el TEPT no es una limitación del concepto. Por el contrario, señalan que el crecimiento postraumático «no necesariamente implica un aumento en la sensación de bienestar o una disminución de la sensación de estrés pues... el crecimiento y el dolor subjetivo de hecho pueden coexistir en algunas personas» (13).

Linley y Joseph (2004) determinaron, tras una revisión de 39 estudios empíricos que documentaron los cambios positivos tras el trauma, que el crecimiento y el estrés no son, de hecho, dos extremos opuestos de un continuo. En cambio, sugirieron que «mientras que el alivio del estrés no necesariamente promueve el crecimiento, la experiencia de crecimiento actúa como promotor del ajuste e incide para aliviar el sufrimiento» (18). La inconsistencia dentro de la literatura puede indicar que el crecimiento y el estrés no son extremos opuestos de la misma cuerda, por el contrario, pueden ser dimensiones independientes (Calhoun y Tedeschi, 1998). En otras palabras, un mayor crecimiento no necesariamente significa mayor efecto positivo y menor efecto negativo. El hecho de que el estrés continúe después del evento traumático puede promover la continuación del crecimiento más como un proceso que como un punto final (Calhoun y Tedeschi, 1998). Como lo han señalado Davis y Morgan: «Los informes de cambios negativos no son simplemente la antítesis de los cambios positivos, sino que, más bien pueden ser una parte integral del proceso de crecimiento» (2008: 135).

La relación entre estrés y crecimiento postraumático también puede cambiar con el tiempo. Frazier, Conlon y Glaser (2001) realizaron un estudio longitudinal para investigar el tiempo de crecimiento postraumático y la relación entre los cambios positivos y negativos de la vida y el estrés postraumático. Los investigadores propusieron una serie de cuestionarios a un grupo de sobrevivientes femeninas de agresión sexual hasta un año después del asalto. Los investigadores encontraron reportes de cambios positivos dos semanas después de ocurrido el asalto; especialmente con respecto a la empatía, las relaciones con los demás y la apreciación por la vida. Por otro lado, se evidenció también que las creencias acerca de la bondad de los demás fueron afectadas entre la mayoría de las sobrevivientes, aun un año después del asalto. Adicionalmente, los investigadores encontraron que los cambios positivos generalmente aumentaron, mientras que los cambios negativos disminuyeron con el tiempo. A pesar de esta información, Frazier *et al.* (2001) también encontraron variabilidad individual significativa en el número y el patrón de cambios con el tiempo.

Además, los investigadores encontraron que cambios de vida, tanto en sentido positivo como negativo, estaban asociados con estrés traumático y tenían una fuerte asociación con cambios negativos. Finalmente, los resultados sugieren que aquellos individuos con el menor grado de estrés después de un año eran quienes habían reportado un alto cambio positivo después de dos semanas, lo que indica que los beneficios fueron retenidos en el tiempo.

Aunque los factores de resiliencia y afrontamiento no hacen parte directa de la reflexión y revisión que se ha propuesto para este escrito, no está de más señalar que estos dos conceptos tienen asociaciones pertinentes con el concepto de CPT. Tedeschi y Calhoun (2004) señalaron que aquellos individuos con fuertes habilidades de afrontamiento informaron

relativamente poco crecimiento porque se sintieron menos desafiados por el evento traumático. Así mismo, Davis y Morgan (2008) encontraron que una búsqueda de significado puede ser parte integrante del proceso de crecimiento, sin embargo, esta no es imprescindible para el ajuste. En otras palabras, aquellos que han aprendido a afrontar bien la adversidad no se ven obligados a realizar un proceso de reconstrucción de significado, «En cambio, pueden adoptar una actitud de aceptación y asimilación del evento que les permite mantenerse bien» (Davis y Morgan, 2008: 135).

A partir del inicio de las investigaciones sobre los cambios positivos derivados de experiencias adversas o negativas y con el reciente auge de lo que se ha denominado como la psicología positiva, se han propuesto diversas conceptualizaciones acerca del concepto de CPT. Por una parte, el fenómeno ha sido conceptualizado como el resultado de la lucha que sostiene la persona con un evento potencialmente traumático (Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004). Por otro lado, algunos han concebido el CPT como una estrategia de afrontamiento (por ejemplo, Affleck y Tennen, 1996). Lo cierto es que las dos posturas coinciden en que, como resultado de afrontar el trauma, el CPT denota un cambio beneficioso y significativo en la vida cognitiva y emocional. Se considera relevante en este momento volver a recalcar lo que se dijo arriba en el sentido de que el CPT y el TEPT son fenómenos distintos y se trabajan como constructos independientes que representan dimensiones continuas pero separadas en cualquier caso. De todos modos, tampoco estos dos conceptos se consideran opuestos, sino que se conciben como dos extremos de un mismo continuo que implican formas de adaptación a un trauma, solamente que en el TEPT la adaptación se produce en un sentido disociativo y patológico y en el CPT la adaptación se produce en un sentido integrativo de la experiencia y sano. Por supuesto que es necesario tener en cuenta que el CPT no implica que las personas salgan simplemente indemnes de la vivencia extrema, sino que hay que reconocer que, al realizar un proceso de CPT, las personas experimentaran estrés y tensión emocional. Como lo han afirmado Tedeschi y Calhoun (2004), el CPT no es lo mismo que un aumento en el bienestar o la disminución de la angustia, dado que el crecimiento y la angustia emocional pueden coexistir para algunas personas.

Otro elemento a tener en cuenta es que el CPT no es un efecto derivado directamente de la vivencia de un evento potencialmente traumático o altamente estresante. Las investigaciones y la evidencia clínica han permitido determinar que el crecimiento o desarrollo postraumático se produce con los intentos de las personas por adaptarse a los conjuntos de circunstancias muy negativas que pueden generarles altos niveles de malestar psicológico. En otras palabras, el crecimiento no se produce como consecuencia directa del evento asumido como traumático, sino que tienen lugar con ocasión de la lucha del individuo con la nueva realidad que se le pone en frente. Realmente comienza a ser llamativo el hecho de que los informes de experiencias de crecimiento, a raíz de los sucesos traumáticos o experiencias

altamente estresantes como el hecho de estar cerca de la muerte, empiezan a ser mucho más numerosos que los reportes de trastornos psiquiátricos.

Como dijimos arriba, la literatura nos ha mostrado que el CPT puede ser interpretado desde dos perspectivas diferentes (Zoellner y Maercker, 2006). Uno de los enfoques se ha inclinado por asumir el CPT como un resultado que se produce como consecuencia de que los individuos desplieguen, luego de ocurrido el evento, un conjunto de estrategias de afrontamiento que le permiten, finalmente, asignar un significado positivo a su experiencia. Estas serían las personas que, en términos coloquiales, saben «encajar las derrotas» (Schaefer & Moos, 1992; Tedeschi & Calhoun, 2004). El segundo enfoque se ha orientado por considerar el CPT como una estrategia de afrontamiento, lo que implica que los individuos utilicen lo que les ocurre como un activador de crecimiento de manera que el CPT, más que un resultado, sería un proceso en sí mismo (Park, 1998). En lenguaje coloquial, estas serían las personas que «no dan por perdida una partida» y tienen como frase de batalla que, «si hay que morir, mejor hacerlo luchando». Veamos con algún detenimiento estas dos perspectivas:

El CPT como resultado

En general, en la teoría psicológica los modelos de cambio no intencional, incluyendo el CPT, representan el cambio como un efecto derivado de los intentos que hacen las personas para hacer frente a un acontecimiento traumático. Janoff-Bulman (1992) planteó que la adversidad «no es un destino elegido, pero algunos eligen hacerle frente». En este sentido es esencial recordar que una respuesta natural del ser humano es evitar el dolor, pero con esa actitud estaríamos impidiendo realizar aprendizajes necesarios para la vida pues el dolor o la adversidad es uno de los mejores maestros, como se desprende de los reportes al realizar evaluaciones de las aplicaciones del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI, por sus siglas en inglés), tema que abordaremos un poco más adelante. Esta postura hace hincapié en los beneficios potenciales del afrontamiento de un evento estresante, al proponer que el estrés podría no ser siempre negativo, sino que, supuestamente, sería necesario para el desarrollo personal. En esto habría un punto de confluencia con la otra postura del CPT como estrategia de afrontamiento o proceso. Estos resultados, que confluyen en los cambios positivos o negativos, han llevado a advertir que hay tres posibles vías para hacer frente a un evento adverso que, como es de suponer, desembocan en tres diferentes resultados después de un evento estresante. Habría una línea que busca la homeostasis y conduce a un retorno a la línea de base, una vía de transformación negativa que conduce a un menor nivel de funcionamiento, y una vía de transformación positiva que conduce a un mayor nivel de funcionamiento (Crecimiento). O'Leary e Ickovics (1995), en un sentido similar al anterior, en su modelo de cambio discontinuo describen

tres posibles resultados después de afrontar un evento adverso: volver al nivel histórico o básico de funcionamiento (equivalente a la Recuperación), descender a un nivel inferior (equivalente a la Supervivencia), o ascender a un mayor nivel de funcionamiento (equivalente al Mejoramiento) (O'Leary, 1998).

En contraste con los modelos generales de la evolución, los modelos de Schaefer y Moos (1992), y más directamente el propuesto por Tedeschi y Calhoun (1995, 2004), se han desarrollado explícitamente para ilustrar los mecanismos del CPT.

- Modelo de Schaefer y Moos (1992) o modelo de crisis de la vida y crecimiento personal. En su «modelo conceptual de los resultados positivos de la crisis de la vida y las transiciones», Schaefer y Moos describen los determinantes de los resultados positivos de la crisis: los factores ambientales y el sistema personal. Se supone que estos dos factores dan forma a la experiencia de las crisis vitales y sus consecuencias. Influyen en los procesos cognitivos de evaluación y en las respuestas de afrontamiento que, a su vez, afectan el resultado de la crisis. Este modelo es bastante completo, ya que incluye tanto factores ambientales (relaciones personales, apoyo social, recursos económicos, entre otros) como factores personales (características sociodemográficas, resiliencia, optimismo, experiencias previas, entre otros). Según esta propuesta, ambos tipos de factores afectarían la forma de experimentar las crisis vitales, es decir, serían determinantes en los procesos de evaluación cognitiva y el tipo de afrontamiento empleados, los cuales a su vez influirían las repercusiones de la crisis, incluyendo un posible CPT. Además de los factores ambientales y personales, estos autores también destacan la importancia de los factores relacionados con el acontecimiento (efectos de la gravedad, duración, el momento de la crisis y su alcance en el sujeto).
- Modelo de Tedeschi y Calhoun (1995, 2004) o modelo revisado de crecimiento postraumático. Tedeschi y Calhoun (2004) han esbozado una versión revisada de su modelo anterior (1995), en el que han revelado más detalles sobre cómo se conceptualiza el proceso de crecimiento. En su «modelo funcional-descriptivo del CPT», que describen como una variable de resultado, el proceso de crecimiento se conceptualiza de la siguiente manera: un evento traumático se asume como un evento de proporciones «sísmicas» que desestructura o destruye algunos de los elementos clave sobre los que se fundan los objetivos importantes de una persona y su visión del mundo. Esto representa un desafío a los objetivos de orden superior, las creencias de orden superior y la capacidad para gestionar la angustia emocional. La angustia emocional resultante inicia un proceso de reflexión recurrente (rumiación) y de tentativas de realizar comportamientos diseñados para reducir la angustia. En un principio, la rumiación es más automática que deliberada, se caracteriza por frecuentes retornos a la actividad de pensar en relación

con el trauma y las cuestiones conexas. Después del primer éxito de la adaptación (por ejemplo, la reducción del sufrimiento emocional o el distanciamiento de las metas inalcanzables), la rumiación se transforma en una reflexión más deliberada sobre el trauma y su impacto en la vida del individuo. En su versión constructiva de los procesos cognitivos (análisis de la nueva situación, la búsqueda de significado, y la reevaluación), la rumiación juega un papel clave en el desarrollo de crecimiento personal.

El crecimiento postraumático como estrategia de afrontamiento o proceso

Los autores que plantean el CPT como un proceso sugieren que encontrar beneficios o experiencias de desarrollo personal en el contexto de una situación traumática puede tener efectos positivos sobre el proceso de superación de dicha experiencia. Por tanto, la percepción de beneficio sería un elemento más del proceso que, junto con otros, permitirían dotar de sentido al acontecimiento y así asimilarlo de forma adaptativa. Considero oportuno traer a memoria que el propio Hans Selye, uno de los pilares de la teoría del estrés, en esta misma línea de pensamiento señaló que así como hay un estrés negativo (distrés), también hay un tipo de estrés positivo (eustrés) indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. En el eustrés el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa. La persona se manifiesta con placer, alegría, bienestar y equilibrio. En general, los autores que han adoptado este punto de vista proponen que la tarea básica de la persona que se enfrenta a una experiencia traumática es, fundamentalmente, dotar a la experiencia de sentido (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1997; Filipp, 1999; Park & Folkman, 1997). Los acontecimientos traumáticos tienen la propiedad de poner en discusión nuestras creencias y esquemas de pensamiento, especialmente aquellos que nos llevan a pensar que los sucesos vitales que nos ocurren son controlables, comprensibles y no aleatorios. Por esta razón, la búsqueda de significado en respuesta a una pérdida o a un suceso traumático es esencial. De hecho, nuestra experiencia clínica e investigativa, al aplicar el PTGI, nos ha permitido observar que hay diferencias en el estilo y grado de profundidad de la fe y de la manera de asumir la vida en las personas que no han enfrentado eventos extremadamente adversos, respecto de la fe y actitudes hacia la vida en personas que han vivido experiencias en las que su vida ha estado en juego. Las primeras personas, es decir, aquellas que no han pasado por el crisol de la tragedia, suelen vivir su vida bajo la lógica básica que plantea que toda la vida es justa y que si te portas bien nada negativo o doloroso te sucederá, lo cual a todas luces no es plenamente cierto.

En este punto es inevitable recalcar lo que ya habíamos puntualizado en *La otra cara de la tragedia* (Acero, 2011), donde señalamos que la investigación sobre las estrategias de afrontamiento ha estado conceptualmente dirigida tanto por una serie de estereotipos culturales respecto a cómo creemos que la gente normalmente se comporta o «debe comportarse» ante un suceso aversivo determinado, como por teorías apoyadas en escasos datos o en medidas poco fiables y válidas. Ante una enfermedad crónica o la muerte de un hijo, por ejemplo, se espera que haya una reacción de profunda desesperación y, en consecuencia, el enfoque de estudio se ha centrado en estas reacciones negativas de duelo, desesperanza y depresión. Sin embargo, investigaciones recientes sobre el afrontamiento de sucesos negativos irreparables demuestran que estas características visiones pueden responder más a un estereotipo que a lo que realmente ocurre (véase una detallada descripción en Avia & Vázquez, 1998).

Existen, en realidad, muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras, en buena medida, suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe & Compas, 1987).

Aun asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de modos de afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1984), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
2. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte a uno.
4. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (por ejemplo: «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

8. Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Estas estrategias halladas con el WOC coinciden en buena medida con las encontradas en otros estudios que han empleado esta u otras escalas semejantes para evaluar los recursos genéricos de afrontamiento de las personas. No obstante, no existe una coincidencia absoluta en todos los instrumentos. En algunos aparecen ítems que no se encuentran en otros (por ejemplo, conductas religiosas como rezar, el empleo del humor, la restricción de llevar a cabo ciertas acciones, etc.).

A pesar de lo anteriormente expuesto, también consideramos pertinente y oportuno señalar que la presentación de estas dos posiciones teóricas respecto al crecimiento postraumático (como resultado y como estrategia de afrontamiento) ha sido usualmente tomada como la resultante de dos posturas necesariamente contrapuestas. Sin embargo, hay que reconocer que, tras una concienzuda reflexión, un no despreciable número de teóricos ha asumido una postura intermedia que admite que el CPT puede responder a ambas conceptualizaciones: como proceso o estrategia de afrontamiento y resultado de la lucha de los individuos en su intento de superar el evento adverso (Affleck y Tennen, 1996; Calhoun y Tedeschi, 2004; Maercker y Zoellner, 2004).

Crecimiento postraumático y su relación con la salud mental

Dentro de esta revisión, una reflexión sobre la relación entre salud mental y CPT es importante por la siguiente razón: si el crecimiento postraumático es un fenómeno digno de ser estudiado en la investigación clínica, se supone permitirá hacer una diferencia en la vida de las personas al afectar los niveles de angustia, el bienestar u otras áreas de la salud mental. Si no tuviera ningún impacto, de cualquier manera el CPT podría ser un fenómeno interesante, posiblemente perteneciente a las áreas de desarrollo social, cognitivo o de la personalidad en la psicología. Curiosamente, muchos autores, independiente de su conceptualización adoptada sobre el CPT, han aceptado la idea de su significado adaptativo. En el siguiente apartado trataremos de dar una breve visión general pero equilibrada de los resultados empíricos sobre la medición del crecimiento postraumático.

Evaluación del crecimiento postraumático

Los investigadores han tratado de captar el fenómeno del CPT mediante el uso de metodologías cualitativas y cuantitativas.

Basados en una revisión extensa de la literatura, Tedeschi y Calhoun (1999) sugieren que la percepción de cambios positivos experimentados como consecuencia de situaciones de estrés se divide en tres categorías: actitud positiva hacia la vida, relaciones con los demás y filosofía de la vida. Sin embargo, en las aplicaciones siguientes del PTGI se encontraron cinco dimensiones, a saber: nuevas posibilidades, relaciones con los demás, fortaleza personal, apreciación de la vida y cambios a nivel espiritual.

El PTGI enumera 21 cambios positivos e instruye a los encuestados para que indiquen en una escala, tipo Likert de 6 puntos (0 a 5), el grado en que los cambios mencionados se produjeron en sus vidas después de una crisis determinada. La puntuación total del PTGI, así como las puntuaciones en las cinco subescalas, han obtenido una buena fiabilidad y validez.

Aunque, hasta el momento, se ha publicado sobre siete instrumentos que miden crecimiento personal a raíz de experiencias adversas (Linley Y Joseph, 2004, citados por Berger y Weiss, 2005), el PTGI tiene la mejor documentación sobre propiedades psicométricas y es el instrumento que mejor captura, de una manera multidimensional, el CPT. Las publicaciones sobre el PTGI informan acerca de que el instrumento no está sujeto a sesgo positivo (Smith & Cook, 2004) y ha sido ampliamente utilizado en las diversas poblaciones, lo que permite la comparación de las puntuaciones (Calhoun y Tedeschi, 2004).

Sin embargo, el instrumento traducido a otros idiomas permite observar que la multidimensionalidad del constructo se modifica. Por ejemplo, en una versión bosnia aplicada a una muestra de refugiados (es decir, los individuos que cruzaron una frontera internacional obligados a abandonar sus hogares) y desplazados (es decir, los que encontraron refugio en otros lugares dentro de las fronteras su país), se encontraron tres en lugar de cinco factores y concluyeron que sus hallazgos correspondían a la tres categorías de crecimiento postraumático originalmente conceptualizadas por Tedeschi y Calhoun (1996). Acero y Castrillón (en preparación) aplicaron el PTGI en español a participantes colombianos que habían experimentado diversos tipos de pérdidas y que participaban de espacios individuales y grupales de apoyo a personas en duelo. Se observó la existencia de tres factores que explicaban un 64,13% de la varianza, comparable con los resultados obtenidos en la versión americana. Sin embargo, tuvieron que eliminar cinco ítems debido a que tenían cargas factoriales compartidas en los diferentes factores y aportaban poco a la confiabilidad.

Utilidad clínica de la investigación del CPT y sus conceptualizaciones

Respecto a la utilidad clínica de CPT, me parece importante crear conciencia en los profesionales de la psicología y la psiquiatría de la posibilidad del crecimiento de los individuos a partir del afrontamiento de eventos poten-

cialmente traumáticos, solo entonces serán capaces de abordar a sus consultantes desde una perspectiva de posibilidad y no centrada en los déficits. Muchos enfoques de la psicología privilegian todavía la conceptualización de que, inevitablemente, una persona enfrentada a un evento extremo de vida o en el que se experimenta la cercanía de la muerte deriva en una respuesta en forma de trauma. En ese sentido, su intervención se centra casi exclusivamente en la reducción de los síntomas del presunto trauma en vez de apoyar a los consultantes y estar atento a los recursos que estos puedan desplegar sanamente. Obviamente que considerar la posibilidad del CPT implica poner en discusión los paradigmas con base en los cuales muchos de nosotros fuimos formados en las aulas universitarias.

Los terapeutas deben tener una comprensión de cómo el proceso de elaboración del impacto del trauma está relacionado con la capacidad de los individuos de interpretar y resignificar lo que les ha ocurrido. Los eventos se consideran más o menos traumáticos de acuerdo a la directa relación con la amenaza de la vida. Estas experiencias pueden hacer que los individuos sean más conscientes de su propia mortalidad y de la fragilidad de la vida en general, cuyo reconocimiento, a su vez, puede conducir a un mayor aprecio por la vida como una dimensión del CPT. Además, las experiencias traumáticas casi siempre están relacionadas con algún tipo de pérdida, por lo que será también necesario que los terapeutas se formen en el acompañamiento e intervención terapéutica en procesos de duelo, pues un duelo pertinentemente elaborado actuará como un elemento de prevención de una respuesta traumática. Que las personas puedan integrar las experiencias adversas posibilitará un cambio realista que parece ser parte del proceso de recuperación que implica el CPT, lo cual es una parte integral del proceso de curación. Además, el manejo terapéutico del trauma de los sobrevivientes implica para estos la necesidad de comprender lo sucedido y luchar con el significado del evento.

La psicoterapia constituye un buen contexto para explorar los cambios positivos en las secuelas del trauma. El reconocimiento de la posibilidad de coexistencia simultánea de sufrimiento y del CPT de los pacientes les permitirá -sobre la base de una confianza e íntima relación terapéutica- explorar los cambios positivos como resultado de su proceso de afrontamiento. Fuera de los contextos terapéuticos, los consultantes pueden ser instados por los grupos y personas cercanos a «ver lo positivo» o a «concentrarse en la ganancia inherente a todos los sucesos aun cuando estos sean inicialmente negativos». Consejos apresurados de este tipo no suelen ser útiles, ya que, en no pocas ocasiones, están vinculados a la negación del sufrimiento. El CPT es más que una superficial actitud positiva o intento de sacarle lo bueno a todo lo malo. EL CPT tienen lugar a nivel profundo cuando los seres humanos integran a nivel cognitivo y emocional los sucesos adversos que les acontecen y se dan a la tarea de descubrir y desarrollar los recursos internos que poseen para asimilar, adaptarse y superar las inevitables experiencias dolorosas que hacen parte de la existencia. Los clínicos deben, sin embargo,

recordar que la ausencia de crecimiento no debe ser considerado como un fracaso. Los terapeutas deben tener especial cuidado de no sugerir que los pacientes deben obligatoriamente crecer a partir de su experiencia. Estas sugerencias pueden ser ofensivas y minimizar la experiencia del paciente. Además, es clave recordar que más importante que lo que nos sucede es la manera como los seres humanos asumimos lo que nos sucede.

Elementos clave para favorecer el crecimiento postraumático

Las personas suelen tener tres tipos de reacciones básicas a la hora de hacerle frente a un evento doloroso: evadir, negar y afrontar. Cada una de estas formas de reaccionar implica una actitud hacia la vida que se traduce en: A) buscar distractores (*Dive*: echarse en picada o disminuir en su funcionamiento); B) seguir como si nada (*Survive*: seguir el camino por haber quedado vivo o continuar con el mismo nivel de funcionamiento); y C) crecer o florecer (*Thrive*: experimentar un incremento en el funcionamiento).

Con base en lo anterior, podríamos decir, al estilo de Fazio y Fazio (citados en Acero, 2011), que las personas se acercan a los eventos adversos de manera proactiva, reactiva o activa. El énfasis que ha guiado el trabajo del autor respecto de personas enfrentadas a eventos vitales ha sido llevar a las personas que han vivido estos eventos negativos o traumáticos en su vida para que realicen un proceso de crecimiento a través de las pérdidas o las tragedias, es decir, buscar que las personas se preparen para las adversidades antes de que estas ocurran, aprendan a convivir con ellas mientras les están ocurriendo y crezcan a través de ellas una vez han sucedido.

Ya se ha mencionado (Acero, 2011) que es lamentable que aún persista en el ámbito psicológico la posición de muchos sectores de profesionales que centran su atención en las debilidades del ser humano. Al focalizar la mirada en lo patológico se puede estar fomentando, de manera indirecta, una cultura del victimismo que, conforme a lo planteado por autores como Seligman y Gillhan (1999), ha producido sesgos en la teoría psicológica y ha provocado, o por lo menos propiciado, que se asuma una visión pesimista de la naturaleza humana. Precisamente Seligman (2003), desde la «psicología positiva», hace énfasis en que el ser humano tiene una impresionante capacidad de adaptación y potentes recursos para encontrarle sentido a las experiencias traumáticas más terribles. Esta capacidad no solo no ha sido explicada, sino que ha permanecido dejada de lado por la psicología.

Es necesario reconocer que durante mucho tiempo la psicología fue casi exclusivamente la psicología del trauma y no la de los recursos, la construcción del sentido de vida (como lo empezó a recalcar Frankl), la resiliencia o el crecimiento postraumático, los que ahora empiezan a ocupar

lugares preponderante no solo en el contexto clínico de la psicología, sino en todas las áreas aplicadas.

Fundamentos teóricos de la propuesta PDAR, aplicada en el contexto colombiano

El Programa para el Desarrollo de Estrategias de Afrontamiento en Resiliencia (PDAR), ha recogido los avances de la psicología que privilegian la mirada al ser humano desde los recursos y no desde sus déficits o faltantes, los cuales, de manera breve, se han mencionado al inicio de este escrito, organizándolos de forma armónica y creativa. Este programa, con base en la experiencia terapéutica de su creador, se propone como un conjunto de técnicas y herramientas terapéuticas fundamentadas en los enfoques humanista y constructivista de la psicología (Rogers, 1979; Worden, 2004 y Neimeyer, 2004), cuyo objetivo es hacer que los consultantes se sientan acogidos, seguros y acompañados en el proceso de afrontamiento del evento que ocasionó la experiencia traumática y que reactiven o desarrollen sus recursos internos y se orienten hacia el CPT.

El programa PDAR busca que las personas hagan conciencia de sus emociones, que integren la experiencia traumática (enfermedad, muerte, pérdidas relacionales, materiales o funcionales, entre otras) a su vida emocional y cognitiva, que resuelvan sanamente sus pérdidas y se enfoquen en el crecimiento postraumático como una manera de dar significado a su experiencia adversa. Consiste en una serie progresiva de tareas que tienen su inicio en cada una de las doce sesiones terapéuticas y son realizadas durante las actividades cotidianas de los consultantes.

Las adversidades en general, pero particularmente la pérdida de un ser querido, se concibe como la pérdida de un conjunto de interacciones, de una manera de ser y comportarse, de unos roles, experiencias y significados que la persona o lo querido representaba para nosotros. El reconocimiento de la pérdida y la capacidad de afrontar sanamente el proceso de duelo sobreviniente, implican emprender una serie de cambios para dejar aquellos aspectos de la relación con el ser querido, que ya no son viables o adaptativos (Parkes y Weiss, 1983). Lo anterior significa hacer conciencia de que, si no se realizan cambios internos, no se pueden enfrentar los cambios externos que la realidad nos impone.

A continuación se exponen brevemente los elementos teóricos que se retoman de los autores sobre los cuales se fundamenta el modelo:

Desde Rogers (1979) se retoma, el concepto de tendencia a la autoactualización, entendida por el autor como el impulso -existente en todas las formas de vida- a expandirse, extenderse, adquirir autonomía, desarrollarse y madurar. En esta orientación, Rogers asume que en todos los seres humanos hay una tendencia inherente a explotar las capacidades y

competencias. Los otros desarrollos conceptuales que se retoman de Rogers son los que el autor planteó como condiciones necesarias y suficientes para lograr un cambio terapéutico positivo. En esa orientación Rogers señaló como indispensable que toda intervención terapéutica implique, por parte del terapeuta, aceptación incondicional (manifestación de consideración positiva e incondicional hacia el cliente), autenticidad (el terapeuta debe mostrarse congruente en la relación terapéutica) y empatía (el terapeuta entiende de manera empática el marco de referencia del cliente).

Desde el aporte de Worden (2004) se retoman los conceptos de tareas, mediadores y principios directrices. Las tareas se sugieren pues se asume que la persona ha de ser activa y puede hacer algo. El enfoque de tareas «da a la persona cierta sensación de fuerza y la esperanza de que puede hacer algo de forma activa». La realización de las tareas es básica para poder acabar el proceso de duelo. En cuanto a los mediadores, estos se conciben como factores que inciden, tanto interna como externamente, en la manera como las personas afrontan las tareas del duelo. Finalmente, los principios se entienden como directrices generales para que el terapeuta pueda ayudar a las personas a elaborar las tareas del duelo y llegar así a su resolución.

Adicionalmente, desde la propuesta de Neimeyer (2004) los modelos convencionales de comprensión del duelo son limitados para entender las muchas formas que adoptan las pérdidas y el impacto que estas tienen sobre los supervivientes. Por ello, se retoma la epistemología constructivista que ve a los seres humanos como «constructores empedernidos de significados» que se esfuerzan por puntuar, organizar y anticipar su relación con el mundo, construyéndolo en función de una serie de temas basados en sus características de personalidad, familiares y sociales.

Con base en lo anterior, se asume que el concepto de «trastorno psicológico» es relativo ya que individuos y comunidades diferentes pueden adoptar criterios diferentes para juzgar si una determinada construcción sobre un acontecimiento es válida o no, funcional o no. Neimeyer plantea seis proposiciones «sencillas», en sus propias palabras, compatibles con la postura constructivista sobre la mortalidad y el duelo. Las seis proposiciones son:

1. La muerte como acontecimiento puede validar o invalidar las construcciones que orientan nuestras vidas o puede constituir una nueva experiencia a la que no podamos aplicar ninguna de nuestras construcciones.
2. El duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e inextricabilidad de nuestra identidad.
3. El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos ha hecho, es decir, que, aunque en una primera instancia ocurrió algo inevitable, que no pudimos elegir, toda la experiencia en sí misma está llena de elecciones. Sobre este punto, el papel del terapeuta es el de facilitador para que la persona asuma las elecciones que la vida le exige.

4. El duelo nos da la oportunidad de reafirmar o construir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida. En consecuencia, el modelo narrativo es muy útil para comprender el proceso de construcción de significados, que es la dinámica más importante del duelo.
5. Cada sentimiento cumple una función y debe entenderse como un indicador de los resultados de los esfuerzos que hacemos para elaborar nuestro mundo de significados tras el cuestionamiento de nuestras construcciones.
6. Construimos y reconstruimos nuestras identidades como supervivientes a la pérdida, negociando con los demás. La elaboración del duelo, en ese sentido, es un proceso que tiene lugar dentro de tres sistemas independientes e interrelacionados: el sí mismo, la familia y la sociedad.

El proceso terapéutico, conforme al programa PDAR, está contenido y descrito en cada una de las letras de la palabra REACOPLAR, como se presenta a continuación:

Reconocerse: Aquí estoy yo con mis circunstancias.
Experimentar: Este soy yo realmente, estas son mis emociones.
Acomodarse: Yo tengo un nuevo mundo sin...
Conectarse: Yo no estoy solo.
Organizar: Necesito poner las cosas en orden; revisar y trabajar las estrategias de afrontamiento.
Proyectarse: ¿Qué le gustaría a él/ella (pensando en la muerte de un ser querido) que yo hiciera?
Liberarse de culpas: Todo lo que he hecho lo hice por amor.
Aprender: Me han matriculado en un curso. En búsqueda de lo positivo.
Resolver, Recuperarse, Resignificar: Veo la luz al final del túnel; qué dificultades he tenido y qué he sido capaz de hacer; con lo ocurrido descubrí que...

Recuperarse, acogiéndonos al sentido que proponen Parkes y Weiss (1983), en este último paso del programa implicaría:

- Capacidad para experimentar paz emocional sin ser sobrecargado por los sentimientos dolorosos.
- Capacidad para invertir la energía emocional en actividades cotidianas.
- Capacidad para experimentar en el presente satisfacción o placer.
- Capacidad para experimentar emociones positivas enfocándose en el futuro.

El abordaje primario de las pérdidas y los eventos traumáticos

Ante la ocurrencia de desastres naturales, atentados terroristas e incidentes críticos que impliquen riesgo vital, es factible encontrarse preparado para atender rápidamente el «trauma físico». Usualmente no hay demora para buscar o prestar ayuda especializada y el personal de servicios provenientes de Cruz Roja o policía, que atienden emergencias, no esperan para trasladar a alguien al hospital, después de que los primeros auxilios fueron prestados en el lugar del incidente.

Lamentablemente, en la mayoría de ocasiones se ignora el «trauma invisible» que tiende a producir profundas heridas psíquicas y emocionales, y que afecta e, incluso, cambia a algunas personas para siempre. Ese trauma psicológico es denominado estrés traumático y exige que se implemente una atención que involucre un esquema de manejo comprensivo del estrés traumático o, acudiendo a lo propuestos en otros espacios, un proceso de «reanimación psicológica».

El estrés traumático, conforme a lo planteado por Lerner y Shelton (en Kuper, 2006) es experimentado por personas sobrevivientes de desastres y catástrofes, pero, además, es experimentado por todos los que enfrentan en su vida cotidiana «tragedias personales» como el diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal o la muerte de un ser querido.

Aunque la severidad del suceso puede tomarse como uno de los predictores más importantes de la posibilidad de que una persona pueda experimentar estrés traumático, es clave reconocer que cualquier evento (repentino o no) que se experimente como potencial generador de daño puede ocasionar estrés traumático. A este elemento hay que sumarle, además, otros factores como la historia previa de pérdidas, la manera como fueron vivenciadas, las exposiciones a eventos traumáticos en otros momentos, las características de personalidad, la salud mental al momento del suceso, la percepción de apoyo y el *locus* de control, entre otros.

Los protocolos tradicionales de respuesta a situaciones críticas suelen determinar las acciones que deben realizarse para cambiar las condiciones inmediatas en que quedan inmersas las personas en el momento del evento. Sin embargo, en el abordaje de las necesidades psicológicas de los individuos que se han visto expuestos a eventos traumáticos, el asunto, conforme a la experiencia, no consiste en intentar cambiar las condiciones presentes, sino en ayudar a que la persona pueda afrontar el suceso haciendo uso de las habilidades propias para resolver problemas. En ese sentido, el objetivo es que las personas afronten de la manera más normal un suceso anormal, partiendo de la premisa de que, en un primer momento, está bien sentirse mal, pero que la persona puede aprender a desarrollar estrategias de afrontamiento sanas con base en la utilización de sus propios recursos.

Es bien conocido que las personas que han estado expuestas a eventos considerados traumáticos suelen experimentar lo que se ha denominado «la

huella del horror», que consiste en que la persona reexperimenta sensaciones como visiones, sonidos, olores, gustos y sensaciones táctiles que quedaron registradas en su mente durante el suceso traumático, las que, generalmente, precipitan reacciones agudas de estrés traumático o trastornos crónicos por estrés que pueden configurar también las reacciones de duelo complicado.

Adicionalmente, en lo que tiene que ver con el CPT, este puede entenderse como una característica que se desarrolla como resultado del aprendizaje que hace el individuo a partir de la exposición al trauma o crisis. El CPT se hace evidente a través de muchos comportamientos claramente definidos y patrones de pensamiento que no estaban presentes de manera previa a la ocurrencia del evento adverso (Turner y Cox, 2004 en Tedeschi y Calhoun, 2004). Los comportamientos y características personales que podrían asociarse a la experiencia de crecimiento postraumático son, entre otros (Tedeschi y Calhoun, 2004; Acero 2008):

- Experimentar mayor compasión y empatía por otros, después del trauma o la pérdida personal.
- Incremento en la capacidad de ajuste y flexibilidad ante situaciones adversas.
- Mayor madurez psicológica y emocional en relación con otras personas en el mismo rango de edad.
- Más profunda comprensión y valoración de la vida, en comparación con sus pares.
- Más profunda comprensión y apreciación de los valores personales, proyecto vital sólido y sentido de vida.
- Mayor valoración de las relaciones interpersonales.
- Sentido de vida trascendente.
- Reestructuración del orden de prioridades vitales (prima más el ser que el tener).

En este punto, es primordial recalcar que el CPT no es una experiencia que pueda llamarse universal y que no todas las personas que pasan por una experiencia traumática señalan haber obtenido beneficios y crecimiento personal a partir de su vivencia. El trabajo que pueden hacer las personas al interior de un proceso terapéutico implica, por lo tanto, un reconocimiento de sus emociones, su integración a la estructura personal y la puesta en acción de adecuadas estrategias de afrontamiento que les permita proyectarse al futuro y crecer como seres humanos al no tomar la adversidad como un enemigo sino como un maestro de la vida. Esta perspectiva llevará al crecimiento postraumático y, en consecuencia, a vivir la vida en un más armónico equilibrio emocional teniendo en cuenta que, más importante que lo que nos sucede, es la manera como afrontamos aquello que nos sucede.

Referencias

Acero, P. (2008). Esperanza y resiliencia: de la respuesta destructiva al crecimiento postraumático. En M. Mombelli *et al.*, *Emociones alteradas* (*pp. 57-81)*. Buenos Aires: RV Editores.

Acero, P. (2011). *La otra cara de la tragedia*. Bogotá: San Pablo.

Acero, P. & Castrillón, D. (en preparación). Validez y confiabilidad de la adaptación colombiana del inventario de crecimiento postraumático.

Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64, 899-922.

Avia, M. D. & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY, USA: Springer Publishing Company.

Forsythe, C. & Compas, B. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy Research*, 11, 473-485.

Gillham, J. & Seligman M. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 163-173.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York. NY, USA: Free Press.

Kuper, E. (2004). *Neurobiología y comorbilidad del Trastorno de Estrés Postraumático: un paradigma dimensional desde la neuroplasticidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Polemos.

Neimeyer, R. (2004). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.

Nolen-Hoeksema, S., McBride, A. & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 855-862.

O'Leary, V. E. & Ickovics, I. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.

O`Leary, V. E. (1998). Strength in the face of adversity: individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54, 425-445.

Park, C. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54, 267-277.

Park, C. & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.

Parkes, C. & Weiss, R. (1983). *Recovery from Bereavement*. New York, NY, USA: Basic Books.

Parkes, C. (1975). Determinants of outcome following bereavement. *Omega*, 6, 303-323.

Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Traumatic Stress*, 59, 71-83.

Rogers, C. (1979). The foundations of the person-centered approach. Education, *100,* 98-107.

Schaefer, J. & Moos, R. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application (pp. 149-170)*. Westport, CT, USA: Praeger.

Seligman, M. (2003). Positive Psychology: Fundamental Assumptions. *Psychologist*, 16, 126-127.

Taylor, S. (1989). *Positive illusions*. New York, NY, USA: Basic Books.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand aks, CA, USA: SAGE Publications.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

Weiss, T. & Berger, R. (2005). Reliability and Validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growtn Inventory. *Research on Social Work Practice*, 20, 1-9.

Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.

Capítulo 20

La psicoterapia cognitiva-estratégica-hipnótica de la depresión

Hardy Schaefer A.

Nota preliminar

Para lograr coherencia con el sentido de este libro, el abordaje de la depresión que se expone en este capítulo exige centrarse mayoritariamente en el modelo y enfoque desarrollado por Michael Yapko, quien no solo es considerado un autor y terapeuta neoericksoniano y, por ende, con gran énfasis y uso de la hipnosis y la terapia estratégica, sino también su trabajo presenta e incorpora la tradición de la terapia cognitiva de la depresión. Así también, se desarrollará este modelo ya que Yapko es sin duda un referente mundial en el tema de la depresión y sus ideas se han incorporado a los programas de salud mental en depresión en nuestra realidad chilena.

Por lo tanto, el Modelo Multidimensional de la Depresión de Michael Yapko cumple con los lineamientos de este texto, pero se hace necesario, antes de su desarrollo, referirse brevemente a los antecedentes de la tradición cognitivo-conductual de la depresión.

La tradición cognitivo-conductual de la depresión

El desamparo aprendido

Los trastornos depresivos han estado presentes como problemáticas de abordaje terapéutico en la tradición conductual. Los trabajos iniciales de Martin Seligman constituyen una primera conceptualización de la depresión como una patología resultante de la falta de contingencias entre estímulos y conductas en el organismo, más concretamente, la incapacidad de controlar refuerzos y castigos lleva al organismo a un estado de estupor fisiológico claramente coincidente con la depresión. Un estado de desamparo y apatía permite entender la depresión como una «desesperanza aprendida» debido a la experiencia y ese modo particular de relación con el ambiente (Marchetti, 1988).

Con la llegada de la revolución cognitiva y la metáfora de la máquina informática, se enfatiza el modo en que el organismo percibe las contin-

gencias. De esta forma, puede ocurrir la presencia de una percepción de controlabilidad o incontrolabilidad del ambiente, lo que determina la depresión, estableciéndose un modelo reformulado de la desesperanza o desamparo aprendido. En otras palabras, cuando el sujeto presenta un estilo atribucional diferencial, tanto para eventos positivos como negativos, de tal modo que lo agradable es visto como transitorio, muy específico y ajeno a la propia injerencia, y lo negativo es apreciado como global, estable y atribuible a sí mismo, la depresión resulta ser una condición esperada (Marchetti, 1988).

En formulaciones más actuales, los estilos atribucionales descritos se definen como la presencia de un estilo optimista o pesimista, de tal modo que la depresión se explica por el estilo pesimista. Con estas distinciones, Seligman, principal referente mundial en la «psicología positiva», plantea la necesidad de estudiar el optimismo y la felicidad como modos de hacer de la terapia una tarea que no solo se focalice en lo que no funciona sino también, y principalmente, en las fortalezas de los individuos, aportando ideas relevantes en la prevención de la depresión. Cabe destacar, a propósito de ello, que las investigaciones por él desarrolladas sugieren el uso de terapia cognitiva y entrenamiento de habilidades sociales para potenciar las variables de la felicidad.

La terapia cognitiva de la depresión de Beck

Sin lugar a dudas, Aaron Beck constituye un autor relevante en el conocimiento de la naturaleza de la depresión y la terapia cognitiva de ella. Su trabajo puede ser entendido, dentro de los modelos cognitivos, como un acercamiento a la modificación de la conducta cognitiva (Neimeyer & Mahoney, 1998).

Desde el punto de vista diagnóstico, el modelo cognitivo de la depresión muestra como su condición necesaria la existencia de la «tríada cognitiva», es decir, es apreciable en el sujeto una tendencia a evaluar negativamente su vida a través de tres ejes: una evaluación negativa de sus experiencias, de sí mismo y de las expectativas de su futuro.

La ocurrencia de la depresión se debe en última instancia a un «pensamiento depresivo», un estilo cognitivamente primitivo (ya que se asocia a estadios tempranos del desarrollo cognitivo), entre otras cosas, debido al modo rígido de funcionamiento, sin distinción de matices, pesimista y excesivamente moralista. Este estilo de pensamiento se sostiene por la presencia de «esquemas depresogénicos», los que se desarrollarían tempranamente en la vida, operando como estructuras que movilizan y hacen posible una serie de procesos cognitivos, los cuales conllevan errores, responsables, en última instancia, de los desajustes propios de la depresión (Caro, 1997).

De esta manera, el modelo de Beck, amparado en una concepción del ser humano como procesador de información, explica la depresión

por la existencia de los esquemas mencionados, los que definen un estilo primitivo de pensamiento y la presencia de errores de procesamiento de la información, instalando la tríada cognitiva y llevando necesariamente a la sintomatología.

La terapia de Beck (Beck & Clark, 1997) se define como activa y directiva, de formato en general breve, de foco actual y basada en un «empirismo colaborativo», es decir, se promueve un trabajo activo entre terapeuta y paciente para verificar las creencias erróneas del sujeto. Sin embargo, su acento no es solo cognitivo, ya que no basta con desarmar la irracionalidad del pensamiento, sino que también se hace preciso verificar las creencias sostenidas.

Por lo tanto, las técnicas utilizadas son de naturaleza cognitiva y conductual, las que en conjunto buscan eliminar los errores de procesamiento, desarmar los automatismos cognitivos, desestructurar las creencias de base y promover y aumentar los niveles de actividad de sujeto (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

El modelo multidimensional de la depresión de Michael Yapko

Una primera distinción

Michael Yapko (2000) hace un planteamiento que recorre dos temas: por un lado plantea su visión de la depresión, y por otro lado plantea un modelo clínico con su correspondiente tratamiento.

Por otra parte, deja en claro que la propuesta terapéutica logra su eficacia en aquellos cuadros de depresión unipolar de nivel leve a moderado, claramente los más comunes. Evidentemente, los cuadros con mayor severidad también pueden verse beneficiados.

En su trabajo se observa una base epistemológica sistémica-constructivista y como modelo clínico una integración entre tres fuentes principales:

La hipnosis de utilización del enfoque ericksoniano
De la tradición ericksoniana no solo extrae el uso de la hipnosis como herramienta terapéutica formidable para alterar algunos patrones depresogénicos, en especial en la dimensión fisiológica, sino también como modelo conceptual que permite entender la condición depresiva como un desbalance a nivel experiencial que merma la adaptabilidad y que entiende, como lo señalaría el propio Erickson, a las patologías como resultantes de pautas y procesos mentales rígidos que, independientemente de su origen, se mantienen por sí solos limitando al sujeto.

La terapia estratégica
Lo estratégico no puede ser separado de lo hipnótico-ericksoniano, ya que se fundamenta y se entiende desde una conceptualización de la terapia

psicológica como hipnoterapia sin trance formal, basándose en los mismos principios. Ser estratégico implica usar estratagemas que alteren pautas interaccionales y encuadres autolimitantes mediante asignación de tareas y uso de reencuadres, tanto de naturaleza directa como paradójica. Hay una focalización en el síntoma y en la resolución de problemas en el más breve plazo.

La terapia cognitiva

La terapia cognitivo-conductual otorga un rol activo al terapeuta y recomienda efectuar un trabajo colaborativo o alianza que permite desarticular creencias, hacer distinciones y corregir procesos y estructuras cognitivas disfuncionales. Por otra parte, matiza la terapia como una instancia de reaprendizaje que posibilita un enfrentamiento distinto a las adversidades de la vida.

Como ya se dijo, este autor es sin duda uno de los referentes mundiales en el estudio y en el tratamiento de la depresión, siendo su principal mérito el haber integrado las tradiciones ya señaladas, añadiendo a la tercera (de por sí ya exitosa en el tratamiento de las depresiones) la impronta ericksoniana, potenciando aún más la eficacia de los tratamientos, ya que aumenta el número de dimensiones involucradas en la depresión. Yapko entrega sus argumentos para señalar lo pertinente de usar estos enfoques en el tratamiento exitoso de la depresión.

Un modo diferente de entender la depresión

Yapko, en un seminario realizado en la ciudad de Mendoza en el año 2000, planteó una serie de datos y reflexiones, tanto de naturaleza epidemiológica como clínica, que sirven para iniciar su comprensión de la naturaleza de la depresión. Algunas de estas ideas serán desarrolladas a continuación.

Actualmente la depresión, según la OMS, ocupa el cuarto lugar en la clasificación de factores que afectan el desarrollo humano, implicando un menoscabo a la especie humana. De acuerdo a este mismo organismo, se prevé que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar. De este modo, se puede afirmar que la depresión es epidemia y, en un sentido más real que metafórico, es contagiosa.

Este panorama se ha presentado en las últimas décadas, en las cuales ha habido un explosivo desarrollo de fármacos antidepresivos. Entonces la pregunta es: ¿por qué, a pesar de dicho avance, hay un aumento en la prevalencia del trastorno? Pareciera que no se están atacando los aspectos esenciales de la depresión.

Biología y epidemiología

La depresión es un trastorno que demanda una gran cantidad de costos de distintos niveles, por ejemplo, costos en la salud física (problemas car-

diovasculares), costos emocionales (pérdida de vitalidad, goce de la vida y bienestar), costos sociofamiliares (consumo de sustancias, conductas antisociales, agresión, conflictos conyugales, ruptura familiar) y costos económicos (ausentismo laboral, licencias médicas, bajo rendimientos).

Diferentes estudios epidemiológicos citados por el autor en estudio concluyen un promedio de edad de 20 años, mayor porcentaje de mujeres y mayor correlación familiar. No obstante, agrega que las diferencias por sexos no se explicarían por factores hormonales, ya que la proporcionalidad se ha ido acortando a la par con los cambios en los roles sexuales y por la diferenciación en los procesos de socialización entre hombres y mujeres. Así también, hay que considerar que la familia no solo transmite genes, sino también un modo de ver la vida y la promoción de diferentes modos de enfrentarla.

El tratamiento de la depresión

Los estudios comparativos señalan que la psicoterapia sería más lenta en sus efectos pero sus cambios se mantendrían mayormente en el tiempo, por el contrario, el uso de medicamentos tendría una acción más rápida, pero sus efectos se perderían al discontinuar el tratamiento. Citando un estudio en particular, Yapko (2000) señala que al comparar tres grupos, uno con uso de fármacos, otro con terapia cognitivo-conductual y otro simplemente con ejercicio físico, los resultados mostraron un mejor rendimiento inicial en el grupo de fármacos, pero luego de un tiempo ese grupo se igualaba con el grupo de ejercicios, mostrando que el aumento de actividad en el sujeto resulta terapéutico por sí mismo.

Desde el punto de vista psicológico la depresión puede ser entendida como una alteración multidimensional que afecta la manera como el sujeto se plantea la vida, como se relaciona con los demás, consigo mismo y en especial con los problemas y adversidades. Las conclusiones de los distintos autores (tanto de Yapko como de sus antecesores) apuntan a describir patrones cognitivos e interaccionales sostenedores de la depresión (más adelante se hablará de los llamados «criterios diagnósticos»), entre ellos:

- pensamiento globalizador (rigidez cognitiva),
- pensamiento orientado al pasado,
- focalización excesiva en el mundo interno y los sentimientos,
- pasividad y
- estilo atribucional estable («las cosas van a ser siempre así»).

Otro estudio interesante citado, que apoya lo anterior, consistió en un estudio longitudinal que comparaba la ocurrencia de depresión en dos grupos de personas. En concreto, a un grupo de niños en edad escolar se le enseñó a efectuar atribuciones más realistas y a discriminar responsabilidades (pensamiento menos rígido y más flexible), mientras que a otro grupo no se le aplicó tal procedimiento. Al cabo de diez a quince años, al

grupo al cual se le enseñó un estilo más optimista no presentó depresión. Esto tiene implicancias etiológicas importantes y en especial preventivas[75].

En conclusión, de acuerdo a numerosos estudios que evalúan la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos (metaanálisis), se puede concluir que las psicoterapias cognitivo-conductuales y las interaccionales (entre ellas la terapia familiar y la hipnoterapia) serían más eficaces para el tratamiento de la depresión en comparación con las terapias psicoanalíticas y humanistas.

Factores involucrados

Visiones psicológicas y socioculturales establecen que hay ciertas formas de responder a las situaciones que pueden llevar a la depresión. La depresión, como conceptualización global, es el resultado de ciertas pautas subjetivas en la organización de la experiencia. Las «pautas depresiógenas» (que ponen al sujeto en riesgo de depresión) tienen tres fuentes: culturales, familiares e individuales.

Influencias culturales

El rompimiento de las relaciones familiares se encuentra facilitado por la alta tasa de divorcio, la separación geográfica y la inestabilidad laboral, todo lo cual impide construir relaciones familiares y sociales estables y duraderas que funcionen como amortiguador a las adversidades. Así también, la ambigüedad de género y de roles de identidad, como el rápido avance de la tecnología y los cambios de hábitos asociados, pueden ser factores de la sociedad y cultura que potencien la depresión. Yapko (2000) indica que la depresión se extiende en occidente luego de la Segunda Guerra Mundial, cuando se instala todo un modelo sociocultural.

Influencias familiares

En cuanto a la influencia familiar, el autor destaca el hecho de que los niños aprenden por la observación, en sus familias, pautas disfuncionales de resolución de problemas y de interpretación de la vida.

Factores individuales

La historia individual muestra cómo el individuo ha desarrollado pautas específicas de pensamientos, sentimientos, percepciones, comportamientos y relaciones que lo llevan a reaccionar en forma depresiva ante eventos vitales traumáticos y transicionales. Esto indudablemente está ligado a los factores anteriores.

[75] Sin lugar a dudas Yapko se refiere al estudio dirigido por Seligman sobre «niños optimistas», que no viene al caso detallar aquí.

Para conocer y describir en la práctica clínica estos factores, el clínico se debe entrenar en la observación de pautas personales y relacionales, ampliando su enfoque desde lo cognitivo-conductual clásico a lo hipnótico y estratégico.

Vista la depresión de esta manera, el clínico debe identificar y expandir esas pautas que, por su propia naturaleza, tienden a restringir las opciones conductuales e interaccionales del sujeto y a rigidizar la visión de mundo y de sí mismo que tiene. La terapia debe implicar obtener mayor flexibilidad y adaptabilidad. Recuérdese que las pautas para el sujeto son inconcientes, por lo cual se requiere una terapia activa y orientada a influir en el sujeto y su entorno. Una terapia breve, activa, directiva en ocasiones e indirecta en otras, que movilice recursos y que promueva el desarrollo de habilidades, es sin duda la mejor opción terapéutica para la siempre resistente depresión.

El modelo diagnóstico y clínico

El modelo multidimensional de la depresión

No es novedad la existencia de clínicos que han formulado modelo de naturaleza multidimensional o multimodal. Lo novedoso en Yapko (2000) es que dicha formulación muestra de modo concienzudo la integración de sus bases epistemológicas y clínicas ya mencionadas. Al mismo tiempo, su modelo muestra la ampliación de la conceptualización de la depresión desde lo cognitivo-conductual a lo interaccional, permitiendo observar lo depresivo más allá de la clásica tríada cognitiva de Beck.

Por último, la multidimensionalidad de lo depresivo da indicios acerca de cómo orientar la terapia, ya que el autor recomienda hacer intervenciones en aquellas dimensiones menos concientes en el sujeto o donde su nivel de percatarse es más bajo, lo que es congruente con su tinte estratégico.

Las dimensiones propuestas (ver Figura 1) se comportan de manera sistémica con todas sus propiedades, permitiendo comprender su recursividad y resistencia al cambio. La persona opera con verdaderos guiones y definiciones de la realidad que se mantienen por una *morfoestasis* y por *procesos negentrópicos*, en otras palabras, las personas ejecutan acciones destinadas a solucionar problemas, las cuales operan como opción lógica, sin embargo, estas no hacen otra cosa que complicar las dificultades y hacer menos posibles acciones verdaderamente correctoras.[76]

[76] Un buen ejemplo de ello es cuando los familiares, muchas veces agotados con la conducta depresiva del sujeto, intentan motivarlo y le proponen actividades, las cuales una y otra vez son rechazadas por el sujeto, sintiéndose él mismo más cupable y desmotivado. El intento de solución complica aún más las cosas.

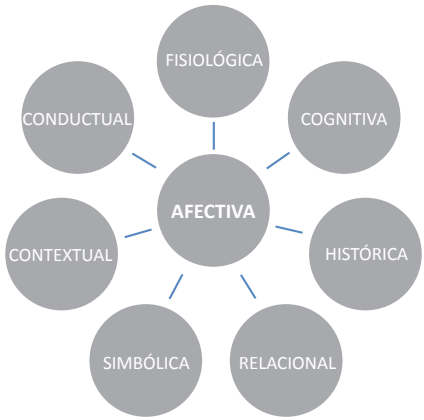


Figura 1: Dimensiones de la depresión

Asimismo, las distintas dimensiones se describen en sus fenómenos o síntomas (ver Cuadro 1), algunos más conocidos que otros.

CUADRO 1: FENÓMENOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS A LAS DIMENSIONES	
DIMENSIONES	SÍNTOMAS ASOCIADOS
FISIOLÓGICA	Perturbaciones del sueño, fatiga, ansiedad, cambios en el apetito, híper o hiposexualidad, dolencias físicas.
COGNITIVA	Desesperanza, indecisión, confusión, foco interno, orientación hacia el pasado, pensamiento global, distorsiones cognitivas, rRumiación, rigidez, amplificación o minimización perceptual, menor memoria y concentración, victimización (desamparo).
CONDUCTUAL	Impulsividad, híper o hipoactividad, agresividad, llanto, habla lenta, conductas incongruentes con valores, perfeccionismo, intentos suicidas, consumo de sustancias.
AFECTIVA	Anhedonia, baja autoestima, pérdida de afectos, reactividad emocional elevada o disminuida, irritabilidad.
RELACIONAL	Estilo de «víctima», dependencia, aislamiento, búsqueda de aprobación, responsabilización, límites difusos, baja expresividad, reactividad, pautas pasivo-agresivas.
SIMBÓLICA	Imágenes y fantasías destructivas, pesadillas, imágenes inoportunas, interpretación de significados de la depresión.
CONTEXTUAL	Respuestas generalizadas, señales (anclas) situacionales depresogénicas (personas, lugares, tiempos), ambigüedad de exigencias situacionales, responsabilidades.
HISTÓRICA	Historia de pérdidas significativas, historia de eventos aversivos, exigencias, expectativas y ambientes inconsistentes, bajo repertorio de experiencias.

Depresión, trance sintomático e hipnoterapia

Para Yapko, la hipnosis es un proceso de comunicación y de influencia que guía asociaciones internas del cliente y fortalece asociaciones terapéuticas en un contexto de colaboración mutua y en función de metas (Pacheco, 1998).

La definición anterior muestra la conceptualización ericksoniana de la hipnosis que tiene Yapko, ya que la entiende de naturaleza interaccional y coconstructiva con el sujeto. El trance se caracteriza por la ocurrencia involuntaria de fenómenos mentales naturales aunque poco usuales, que permiten que el sujeto cuente con una mayor flexibilidad, lo que hace posibles nuevas asociaciones y aprendizajes. Las creencias autolimitantes se ven interrumpidas haciendo posible el uso de recursos o la construcción de ellos. En general, la experiencia del trance abre nuevas posibilidades y miradas a los problemas.

Los trances sintomáticos pueden ser entendidos como una «autohipnosis negativa», es decir, se viven similares fenómenos de trance hipnótico pero en su dimensión opuesta o desadaptativa. El concepto de trance sintomático permite comprender por qué hay una visión de sí mismo y de la vida negativa que llevan a la experiencia depresiva no deseada, en especial en el carácter involuntario relatado por el paciente. De esta manera, se establece una equivalencia conceptual entre los fenómenos propios del estar depresivo y los fenómenos propios del estar en trance, siendo, como ya se dijo, coincidente en la naturaleza de la conducta o síntoma y en su vivencia involuntaria.

Los trances sintomáticos presentan las siguientes características (Pacheco, 1998):

1. Formas autolimitantes y autodestructivas para responder a las experiencias.
2. Un *rapport* pobre con los otros significativos que crea relaciones insatisfactorias e incluso autodestructivas.
3. Percepción de la realidad rígida, abrumadora e inductora de dolor, implicando para la persona un déficit para adaptarse a las circunstancias cambiantes.
4. Respuestas conductuales inapropiadas al contexto.
5. Rechazo de sí mismo que se manifiesta en falta de habilidad para aceptar y utilizar apropiadamente las diferentes partes del sí mismo.

Desde el punto de vista clínico, se desprende de lo anterior que el uso de la hipnosis podría permitir reeditar los fenómenos hipnóticos aludidos, o más frecuentes, orientándolos en su dimensión positiva o adaptativa, es decir, se busca generar fenómenos hipnóticos complementarios con el fin de interrumpir la pauta, ampliando el mundo experiencial y permitiendo una mejor adaptación.

A continuación se expone un cuadro que relaciona una lista de fenómenos hipnóticos clásicos con fenómenos propios de la depresión (ver

Cuadro 2). La concepción de trance sintomático permite comprender mejor la fenomenología de la depresión.

CUADRO 2: TRANCES SINTOMÁTICOS Y DEPRESIÓN	
FENÓMENO HIPNÓTICO	FENÓMENO DEPRESIVO
REGRESIÓN DE EDAD	Preocupación por el pasado.
HIPERMNESIA Y REVIVIFICACIÓN	Recuerdo / volver a experimentar malas experiencias.
PROGRESIÓN DE EDAD	Proyección de los daños del pasado a contextos futuros.
AMNESIA	Pérdida del recuerdo conciente de logros y éxitos.
CATALEPSIA	Retardo psicomotor y postura rígida.
DISOCIACIÓN	Afecto depresivo independiente del contexto. Atención selectiva a lo negativo. Disociación del contexto presente a favor del pasado.
RESPUESTAS IDEODINÁMICAS	Pensamientos depresiógenos, sentimientos, sensaciones y conductas automáticas.
ALUCINACIONES	Percepción de rechazo y negación en ausencia de ello. Falta de habilidad para recepcionar la retroalimentación negativa.
ALTERACIÓN SENSORIAL	Relaciones alteradas con el cuerpo a través de síntomas fisiológicos. ¿Percepción? sensorial y gozo sensorial disminuidos.
DISTORSIÓN DE TIEMPO	Experiencia extendida del pasado y de las incomodidades del presente. Experiencia disminuida de las posibilidades futuras.

La hipnoterapia en la depresión

A pesar de la objeción que se pueda señalar en cuanto al uso de la hipnosis en la depresión, en especial por la aparente pasividad que implica, Yapko propone algunas razones para el uso de la hipnosis en la psicoterapia en general y con los pacientes deprimidos en particular. Obsérvese dichas razones en el Cuadro 3.

CUADRO 3: EL USO DE LA HIPNOSIS EN LA DEPRESIÓN	
USO DE HIPNOSIS EN LA DEPRESIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Amplifica la experiencia subjetiva	Amplifica porciones de la experiencia subjetiva para que estén más disponibles en el tratamiento.
Facilitación de la interrupción de pautas	Sirve para interrumpir pautas de la experiencia y construir otras nuevas, más adaptativas. Hace posible la maleabilidad del síntoma, perder su condición «fija».
Hace posible el aprendizaje experiencial	Se coloca el énfasis en la experiencia directa facilitando el aprendizaje, permitiendo la creación de nuevas realidades experienciales aplicables a otros contextos.
Permite la asociación y contextualización de respuestas deseadas	Permite la generalización de nuevas respuestas a otros contextos, por ejemplo, a través del uso de sugestiones posthipnóticas.
Facilitación de la flexibilidad	Permite ampliar formas de relacionarse con uno mismo. Potencia distintos modos de relación, puede haber ampliación de límites de percepción.
Facilitación de la construcción de focos	Facilita la percepción y definición de focos, lo que podría ser útil, por ejemplo, en la construcción de metas.

Los criterios diagnósticos

Originalmente propuestos por Jeffrey Zeig y ampliados por Michael Yapko, se plantea la existencia de trece parámetros diagnósticos continuos que reflejan estilos individuales de funcionamiento. Son criterios de naturaleza cualitativa observables en el relato, tanto en el contenido como en la forma.

Estos parámetros sirven para identificar y comprender la experiencia subjetiva y para construir intervenciones individualizadas, ya que la terapia construye intervenciones considerando tanto el modo de funcionamiento del paciente como la pauta del problema o síntoma.

Los criterios diagnósticos sirven para tres propósitos:

- Intervenciones que consideren el estilo que el paciente esté dispuesto a aceptar: «envoltura para regalo».
- Individualización de la estrategia: se trata de calzar la meta con el modelo de mundo del paciente.
- Pueden ser en sí mismos objetivos o «blancos» de intervención, ya que mantienen y producen el problema: esto se relaciona con los llamados «déficits experienciales», que cobran enorme importancia en el tratamiento de la depresión.

La observación que se haga del paciente y de su relato permite obtener una serie de pautas que indican el modo de construcción depresiva de la realidad. Pacheco (1998) describe, de acuerdo a Yapko, estas pautas:

- *Estilo cognitivo*: el pensamiento depresivo es global, los pacientes se muestran más concretos en su estilo.
- *Estilo atencional*: el estilo es más bien difuso.
- *Estilo perceptual*: el paciente depresivo tiende a minimizar las posibilidades positivas, mientras que exagera las negativas.
- *Sistema representacional primario*: los sentimientos depresivos pueden ser experimentados en forma directa o ser el producto de imágenes visuales negativas o diálogo interno (auditivo) negativo.
- *Posición en la familia y dinámicas familiares*: los miembros de la familia que han sido emocionalmente negados, que han recibido respuestas inconsistentes o que han sido víctimas de abusos físico y/o emocional, pueden desarrollar un sentimiento de desamparo y victimización a una edad temprana, que los hará proclives a la depresión.
- *Características de la programación de edad y valores*: en los pacientes deprimidos pueden haber valores que crean o amplifican la condición depresiva. Uno de ellos es el «perfeccionismo». También se observa en estos pacientes una marcada rigidez.
- *Grado de dominio de la experiencia*: un síntoma clave descrito para la depresión es el desamparo, que lleva a la posición de ser víctima de sus dolencias. Otra pauta típica es la culpa y recriminación hacia sí mismos (intrapunitivo).
- *Orientación temporal*: aunque un paciente deprimido podría estar orientado a cualquier dimensión temporal en una forma desequilibrada, en general se encuentran orientados hacia el pasado. Esta orientación, que generalmente va acompañada de dolor, tiene el efecto que el paciente no se percate de las alternativas del presente que le podrían proporcionar alivio, estabilizándose una expectativa negativa para el futuro que puede convertirse en una profecía de autocumplimiento.
- *Orientación interna versus orientación externa*: en general, el foco del paciente deprimido es interno, absorbiéndose en su incomodidad subjetiva.
- *Capacidad disociativa*: generalmente presenta una compartimentalización disminuida de las experiencias. Esta pauta está estrechamente relacionada con los conceptos de «pensamiento de todo o nada», sobregeneralización, filtro mental descrito por Beck.

En el Cuadro 4 se sintetizan los criterios diagnósticos en el funcionar depresivo, lo que describe muy bien cuáles son los factores individuales involucrados en la depresión. Estas pautas son claramente una predisposición psicológica que, unida a una adversidad significativa, configuran un cuadro depresivo.

CUADRO 4: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN LA DEPRESIÓN		
FENOMENOLOGÍA	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	META TERAPÉUTICA
Orientación al pasado	Foco temporal pasado	Orientación al presente
Excesiva conexión consigo mismo, angustia	Foco perceptual interno	Ampliar foco externo
Rumiación (rollo)	Elevado diálogo interno	Disminuir diálogo interno
Confusión	Estilo atencional difuso	Definir foco
Desconexión con el medio	Elevada disociación	Orientación a lo sy a lo externo
Sensación de culpa	Estilo intrapunitivo	Redefinición de responsabilidades, externalizar
Pérdida de sentido	Objeto de la experiencia	Dueño de la experiencia
Baja autoestima	Estilo atribucional depresogénico	Discriminar, reatribuir, delimitar responsabilidades
Sensación vaga	Estilo cognitivo global	Definir partes, separar
Desamparo	Baja percepción de control	Desarrollar protagonismo

Tratamiento de la depresión

Fases del tratamiento

El modelo propuesto por Yapko se centra en el modo como se construye la condición depresiva y no en los contenidos. Se propone una terapia breve que permita el aprendizaje activo del paciente, realizándose, según su criterio, en no más de veinte sesiones, lo que es coincidente con la tradición cognitivo-conductual. Para realizar esta tarea propone una serie de fases, las que son bastante semejantes y representan más bien acciones a realizar durante la terapia. Las fases se visualizan en el Cuadro 5.

CUADRO 5: FASES Y ACTIVIDADES EN LA TERAPIA	
FASES DE LA TERAPIA	DESCRIPCIÓN
1. Entrevista y obtención de información	Identificar los problemas sobresalientes, la queja, las pautas depresiógenas usadas en el pasado y los recursos del paciente. Fomentar la relación terapéutica y la colaboración. Evaluación de la urgencia del alivio, en esto la hipnosis juega un rol.
2. Construcción de expectativas	Transmitir la percepción de que el futuro puede mejorar (obtener esperanza). Se trata de movilizar al paciente desde un estilo atribucional estable respecto de la depresión, a un estilo atribucional inestable. El uso de reencuadres en esta fase puede ser útil.
3. Facilitación de la flexibilidad	Abordar la rigidez de las creencias, valores y estilos de respuesta, haciendo posible una variedad de puntos de vista válidos para interpretar los hechos y la necesidad de desarrollar habilidades para resolver problemas. Tareas, reencuadres y el uso de fenómenos hipnóticos pueden ser útiles.
4. Expansión del marco de referencia	Se trata de promover nuevas opciones en el pensar, en el sentir y en el comportarse. Tareas como reasociar habilidades con contextos problemáticos, pensar de modo más práctico, racional y realista, entrenar habilidades de interacción, pueden ser de utilidad. Se trata, en rigor, de ampliar las posibilidades. Esta fase ocupa una gran cantidad de tiempo y durante ella se utilizan hipnosis, tareas y experimentos, como también técnicas cognitivas y conductuales.
5. Experimentación con opciones	En un sentido general, se trata que el paciente viva la experiencia, por medio de la asignación de tareas, las consecuencias positivas de los nuevos marcos de referencia.
6. Solidificación de la especificidad	Para una buena adaptación es preciso reconocer las exigencias de las situaciones, como de las claves externas y contextuales que ellas tienen, para así discriminar las respuestas más adecuadas, más aún, cuando estén en juegos creencias, valores y actitudes. Para ello es preciso llevar al paciente desde un foco marcadamente interno a uno externo. El sujeto debe aprender a observar. Es un trabajo de interrupción de pautas y, por ende, de creación de pautas nuevas.
7. Integración de mecanismo de retroalimentación	Muy similar a lo anterior, es preciso que el paciente reconozca las claves que entrega el ambiente y como éstas pueden retroalimentar su comportamiento. Es necesario desarrollar un foco externo, mediante tareas e hipnosis (orientadas externamente).

CUADRO 5: FASES Y ACTIVIDADES EN LA TERAPIA	
FASES DE LA TERAPIA	DESCRIPCIÓN
8. Incorporación	De modo coincidente con lo anterior, el paciente incorpora nuevas respuestas.
9. Finalización	La finalización del tratamiento va en directa relación con el logro de una progresiva autonomía.

Estrategias de enfrentamiento

Las técnicas y estrategias recomendadas por Yapko (2000) se resumen en el Cuadro 6.

CUADRO 6: ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR LA DEPRESIÓN	
ESTRATEGIAS	DESCRIPCIÓN
Estrategias específicas	Psicoeducación, reencuadres (redefinir en positivo la depresión), hipnosis (detener la rumiación), actividad física, tareas paradojales para el dormir, manejo ambiental, estrategias de discriminación (responsabilidades), estrategias de focalización.
Metas en sesiones terapéuticas	Modificar estilo atribucional estable, establecer rapport y alianza, desencuadrar y reencuadrar, hacer discriminaciones, pensar en metas, reconexión social y familiar, introducir hipnosis como recurso y revertir el desbalance experiencial.
Uso de la hipnosis en la depresión	Enfrentar la ambivalencia y explorar opciones, describir marcos de referencia y alternativas, establecer orientación a una meta, identificar pasos de la acción.
Preguntas para hacer discriminaciones (permiten modificar patrones rígidos)	¿Cómo sabes que algo está o no bajo tu control? ¿Cómo sabes si eres o no responsable? ¿Cómo sabes cuándo puedes confiar en los sentimientos? ¿Qué es y no es personal? ¿Cómo se distingue lo que se piensa y lo que se siente? ¿Cómo se distingue cuando hay responsabilidad social o no?

Comentario final

El tratamiento psicológico de la depresión, desde los primeros modelos cognitivo-conductuales hasta el modelo multidimensional de Yapko, cuenta en la actualidad con recursos definitivamente efectivos. Sus modelos permiten concluir que cualquier abordaje antidepresivo de la terapia psicológica, a juicio de este autor, debe considerar los siguientes aspectos:

- es preciso orientar al sujeto a la acción y a la resolución de problemas,
- promover la reinterpretación de los hechos significativos,
- facilitar y promover la flexibilidad perceptiva y conductual,
- orientar hacia un foco social y externo,
- promover una orientación hacia el presente,
- potenciar una mayor expresividad y eficacia social y
- promover y hacer posible el uso de recursos propios.

Evidentemente esta lista no es exhaustiva, y si bien Yapko aporta desde la perspectiva relacional, esta no se reduce a la desarticulación de pautas. Es preciso, a modo de futuros desarrollos, ampliar la perspectiva relacional hacia dimensiones narrativas y de organización de la experiencia, de tal manera que los contenidos experienciales también sean considerados y donde la historicidad, y no solo la historia, cobre relevancia.

Referencias

Beck, A., Rush, B., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beck A. & Clark D. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas (pp. 119-130)*. Barcelona: Paidós.

Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.

Marchetti, A. M. (1988). Modelo del desamparo aprendido: aportes teóricos y clínicos a la depresión. *Terapia Psicológica*, 3, 107-122.

Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Pacheco, M. (1998). Acerca de Michael Yapko y su enfoque de la psicoterapia y la hipnoterapia. *Terapia Psicológica*, 16, 45-56.

Yapko, M. (1988). *When Living Hurts. Directives for Treating Depression*. New York, NY, USA: Brunnel / Mazzel.

Yapko, M. (1998). La anatomía de la depresión. Una terapia de esperanza: desafío a la visión de mundo de los pacientes deprimidos. *Terapia Psicológica*, 16, 57-63.

Yapko, M. (2000). *Quebrando los patrones de la depresión: psicoterapia breve ericksoniana en la depresión, individuos y familias*. Ponencia presentada en el Seminario Internacional, Instituto Milton H. Erickson de San Luis, Universidad del Aconcagua, Mendoza, República Argentina, Mayo.

Capítulo 21

Algunas ideas e intervenciones en torno al duelo complicado

Felipe E. García Martínez

> «El duelo es un proceso de cambio y con la muerte termina una vida, pero no una relación. Esta se modifica de una relación de presencia a una de ausencia, pero la desaparición de alguien a quien amamos no nos obliga a olvidarlo».
>
> Guía para familiares en duelo (2007).

Introducción

El propósito de este capítulo es dar a conocer reflexiones y estrategias, así como discutir el rol del terapeuta, ante personas que consultan por procesos de duelo complicado. Estas proposiciones se nutren tanto de mi experiencia académica como terapéutica, pero también de mi propia experiencia de vida pues, al igual que todo humano que se precie de tal, yo también he perdido a seres queridos.

En el texto «La muerte y el duelo: ¿el final del vínculo? Una perspectiva construccionista narrativa» (García, 2011) hago una reflexión más elaborada de la forma en que se construye el proceso de duelo en esta cultura e intento una explicación de por qué este proceso podría complicarse. Remito a los lectores a dicho texto para profundizar en estas ideas. A continuación resumo los puntos principales:

1. El proceso de duelo, así como la conceptualización de la muerte, están socialmente construidos.
2. De ese modo, existen culturas en las que incluso se celebra la muerte como una ocasión para felicitar al difunto por la vida que ha tenido, y donde el proceso de duelo es visto como algo natural.
3. En cambio, en nuestra cultura, la muerte es vista con pesar y las reacciones a la muerte (es decir, el duelo) son conceptualizadas como experiencias negativas e incluso patológicas.

A lo largo del siglo XX, a la vez que entrábamos en la vorágine del desarrollo, la modernidad y la tecnología, muchos procesos psicológicos, antaño normales, comenzaron a tratarse como si fueran verdaderas enfer-

medades. Uno de estos procesos fue el propio duelo. Esta transformación podría explicarse, entre otras, por las siguientes causas:

1. La patologización del sufrimiento: la experiencia de duelo fue transitando desde una reacción natural y compartida socialmente, a un trastorno individual que ha llegado al extremo de incorporarse como un trastorno con todas sus letras en el moderno DSM-V. Al parecer, se ha apoderado de nuestra cultura la idea hedonista que debemos evitar el sufrimiento a como dé lugar y cualquier manifestación suya debe ser «curada».
2. La negación de la muerte: la muerte y el duelo se han transformado en algo que se debe ocultar y silenciar. El silenciamiento de la muerte lleva a evitar hablar de ella, las personas que rodean al deudo evaden el tema y el mismo deudo prefiere no compartir lo que siente para no incomodar a quienes lo rodean. Sin embargo, no hablar de una experiencia, deseando hacerlo, impide su reconstrucción y dificulta la búsqueda de sentido, prolongando el dolor.
3. La comercialización del dolor: esto llevó al surgimiento de una verdadera industria del duelo, en la que por un lado se venden medicamentos para aliviar la pena y por otro aparecen instituciones destinadas a organizar el funeral, impidiendo que dichos rituales puedan cumplir su función organizadora de la experiencia y constructora de sentido. Una condición *sine qua non* de todo ritual es que la persona participe de ella, lo que se impide si se encuentra medicado o si es otro quien se encarga de llevarlo a cabo.

Personalmente rechazo la conceptualización del duelo como una patología y todas las derivaciones que se desprenden de esta conceptualización, por ejemplo, considerarla un proceso que transcurre en etapas esperables y cuya desviación es un llamado de alerta como indicador de desajuste. Esta concepción asigna, tanto al doliente como al terapeuta, un rol pasivo que consiste primero en evaluar en qué etapa se encuentra actualmente el deudo y luego esperar que las siguientes fases se vayan sucediendo. Además, dividir el duelo en etapas puede generar la impresión de que esa es la única manera o la forma sana de vivirlo, de modo que si alguien no sufre, entonces algo malo le pasa. Entonces las personas se encuentran finalmente en un camino sin salida, si no lloran a su ser querido o parecen haber dejado de sufrir por la muerte en forma temprana, o si hablan de la persona fallecida sin manifestaciones de pena o dolor, es porque no han procesado adecuadamente la pérdida (está reprimiendo) y requieren apoyo psicológico y psiquiátrica. Pero, si llora a su ser querido, sufre intensamente la pérdida o si habla de él/ella con un nudo en la garganta, entonces se trata de un duelo patológico y requiere apoyo psicológico y psiquiátrico. Aquí todos pierden, menos los profesionales de la salud.

Frente a esto, se han levantado en los últimos años nuevas propuestas acerca del abordaje terapéutico del duelo, más centrado en el acompaña-

miento y menos en la patologización, entre los que destacan autores como J. William Worden, Robert Neimeyer y Michael White. A continuación, expondré algunos conceptos centrales planteados por dichos autores.

Las tareas del duelo

El ser humano es un *agente activo* de su propio proceso de duelo, no una víctima pasiva de los acontecimientos. Neimeyer (2002) señala que experiencia no es algo que a uno le pasa, sino lo que uno hace con lo que le pasa; asimismo, la persona en duelo no es un velero perdido en la tormenta, es más bien una persona que actúa, que hace algo con lo que está viviendo. En tal sentido, Worden (1997), más que hablar de etapas del duelo, prefiere plantear que las personas deben cumplir con un cierto número de tareas. Y el ser humano en proceso de duelo debiese cumplir con cuatro:

a. *Aceptar la realidad de la pérdida*: la primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta y que no volverá. La persona debe asumir que el reencuentro es imposible, al menos físicamente. Es frecuente la negación de la pérdida, que se expresa, por ejemplo, en conductas como el guardar posesiones o dejar la pieza intacta «para cuando vuelva» o en la creencia de que alguna otra persona cercana (un hijo) «personifica» a la persona fallecida (otro hijo). Aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no solo una aceptación intelectual sino también emocional. Para contribuir a este proceso son útiles los rituales tradicionales como el funeral, la visita al cementerio u otros rituales que permitan transitar desde una vida con el fallecido a una vida sin él.
b. *Expresar sus emociones y su dolor*: el dolor de una pérdida debe ser reconocido, expresado y escuchado, de la manera que para la persona sea más cómoda y que no le signifique exponerse forzosamente cuando aún no está preparado para ello. Worden coincide en que es necesario que la persona elabore el dolor emocional para realizar el trabajo del duelo, y que cualquier cosa que permita evitar o suprimir ese dolor podría prolongar su curso. Sin embargo, debemos reconocer que no todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero emociones al respecto es imposible que no existan, sobre todo cuando la relación que unía a la persona con el fallecido era significativa. En estos casos, el silenciamiento social del dolor y el sufrimiento, del cual ya hemos hablado, va a interferir con el cumplimiento de esta tarea.
c. *Adaptarse a un medio sin el fallecido*: adaptarse a un nuevo medio tiene múltiples significados, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. Muchas veces el superviviente no es consciente de todos los roles que cumplía el fallecido hasta después de la pérdida. A su vez, no solo se ha de

adaptar a los nuevos roles, sino que la muerte les confronta también con el cuestionamiento que supone adaptarse a su propio sentido de sí mismo. El duelo puede llevar a que las personas se perciban a sí mismas como inútiles, inadecuadas o inmaduras. Sin embargo, con el tiempo estas imágenes negativas dan paso a otras más positivas y los supervivientes son capaces de continuar con sus tareas y aprender nuevas formas de enfrentarse al mundo.

d. *Recolocar emocionalmente al fallecido para seguir viviendo*: Worden afirma que uno nunca pierde los recuerdos de una relación significativa. Nunca podemos eliminar a aquellos que han estado cerca de nosotros, de nuestra propia historia, excepto mediante actos psíquicos que hieren nuestra propia identidad. La disponibilidad de un superviviente para empezar nuevas relaciones depende no de «renunciar» al fallecido, sino de encontrarle un lugar apropiado en su vida psicológica, un lugar que es importante pero que deja un espacio para los demás. Nuestra tarea como terapeutas consiste, entonces, no en ayudar a la persona a «despedirse», sino en ayudarle a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo. Volveremos a este punto cuando revisemos los aportes de Michael White para colaborar con el proceso de duelo.

La reconstrucción de significado

Perder a un ser querido constituye un verdadero quiebre narrativo en la historia que las personas han proyectado para sus vidas. La muerte perturba estas construcciones de vida que damos por supuestas y que tienen que ver con la predictibilidad y el control sobre lo que nos sucede, así como la justicia entre el dar y recibir, por ello, las pérdidas algunas veces estremecen de forma traumática los cimientos de nuestro mundo.

Neimeyer (2011) plantea la existencia de pruebas empíricas que apoyan la idea de que encontrar sentido a una pérdida predice una adaptación positiva, mientras que fracasar en esa búsqueda se asocia con formas de duelo complicadas, intensas y crónicas. Asimismo, estudios llevados a cabo con personas que han perdido a alguien en muertes violentas (por ejemplo, suicidio, homicidio y accidente) demostraron que el factor principal que los diferencia de quienes anticiparon el duelo (por ejemplo, enfermedades terminales) fue la falta de capacidad para lograr entender la pérdida del ser querido.

Por tal motivo, Neimeyer plantea que la construcción de significado es la tarea principal para enfrentarse a la pérdida. Los seres humanos son constructores de sentido, tejedores de historias que ofrecen significado a sus narrativas. Estas historias construidas son tan variadas como sus biografías personales y tan complejas como su interrelación con las creencias culturales, las cuales informan sobre los intentos de construir un significado.

El terapeuta que colabora con el superviviente debe ayudar a reorganizar esta narrativa fracturada a través de una búsqueda activa de significado según lo que plantea Robert Neimeyer (2002) en su libro *Aprender de la p*érdida. Para ello, se hace necesario acabar con el silenciamiento y permitir hablar del duelo. En la medida que ponemos palabras a nuestro dolor, hacemos el esfuerzo de convertir nuestra vivencia en una narración capaz de ser compartida con otros, y ese primer esfuerzo implica otorgar un significado al menos para hacer comprensible la vivencia. Lo que no es nombrado no puede ser compartido. Lo que no es compartido no tiene posibilidad de ser reconstruido socialmente.

Apoyándose en una epistemología constructivista, Neimeyer plantea que los seres humanos nos esforzamos por puntuar, organizar y anticipar nuestra relación con el mundo construyéndolo en función de nuestras características culturales, familiares y de personalidad. Debido a que los seres humanos no podemos acceder a una realidad que queda fuera de nuestro alcance, debemos juzgar la viabilidad de nuestras construcciones en función de su utilidad práctica, coherencia interna y validez consensuada con otros significativos, y no por su «irracionalidad» o «disfuncionalidad». Este punto de vista relativiza el concepto de «trastorno psicológico», ya que individuos y comunidades diferentes pueden adoptar criterios distintos para juzgar si una determinada construcción es válida o inválida, funcional o disfuncional. Sin embargo, en general las personas intentamos construir sistemas de significados que tengan coherencia interna, gocen de apoyo social y nos den cierta seguridad, ayudándonos a anticipar y participar en las experiencias que dan forma a las narrativas de nuestras vidas. Así, cualquier construcción puede considerarse problemática si no nos permite hacerlo.

La adopción de esta postura constructivista como punto de partida de una teoría sobre la pérdida permite a Neimeyer (2002) sugerir seis proposiciones que ofrecen un punto de vista sobre la mortalidad y el duelo. Estas son:

a. *La muerte puede validar o invalidar las construcciones que orientan nuestras vidas o puede constituir una nueva experiencia a la que no podamos aplicar ninguna de nuestras construcciones previas.* En nuestra vida cotidiana, solemos apoyarnos en la red de explicaciones, expectativas y hábitos que orientan las interacciones que tenemos con los demás. Estas presuposiciones tácitas nos dan una sensación de orden respecto a nuestro pasado, familiaridad respecto a nuestro presente y predictibilidad respecto a nuestro futuro. Las experiencias de pérdida que encajan en nuestras construcciones (como es el caso de la muerte «aceptable» de un soldado o un adulto mayor) pueden tener un potente efecto de validación en nuestros mundos de presuposiciones, mientras que las formas de muerte que contradicen nuestras construcciones nucleares (como el suicidio de un ser querido o la muerte de un hijo) pueden cuestionar la conveniencia de las creencias y formas de vida que más apreciamos y que probablemen-

te ya habíamos dado por supuestas. En este último caso, debemos reconstruir los patrones que seguimos para interpretar, anticipar y organizar los acontecimientos de nuestras vidas a un nivel que puede ser muy profundo y es posible que no consigamos poner fin a esta reconstrucción hasta el momento de nuestra propia muerte.

b. *El duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e impenetrabilidad de nuestra identidad*. Cuando los acontecimientos golpean a nuestra autoimagen y a nuestra forma de entender el mundo, respondemos intentando interpretarlos de un modo coherente con nuestras teorías e identidades. Cuando estos intentos fracasan y los acontecimientos llegan a afectar las bases de nuestra identidad, nos vemos obligados a crear otra. Esto plantea a los terapeutas el desafío de sintonizar con los significados más íntimos e idiosincrásicos de la pérdida, obligándoles a ir más allá de las habituales frases de apoyo; por ello, los intentos prematuros de hacer un «diagnóstico clínico» u ofrecer «consejos útiles» suelen conseguir distanciarnos de su experiencia. Fundamentalmente, debemos darnos cuenta de hasta qué punto la muerte de alguien cercano puede generar profundos cambios en nuestra identidad, al tiempo que facetas completas del pasado que compartimos con la persona desaparecida se nos escapan para siempre de las manos, aunque solo sea porque nadie más va a poder ocupar nunca su lugar. En este sentido el duelo constituye un proceso en el que se vuelve a aprender cómo es un mundo que ha quedado transformado tras la pérdida, y también un proceso en el que nos reaprendemos a nosotros mismos.

c. *El duelo es algo que nosotros mismos hacemos, no algo que se nos ha hecho*. La muerte de un ser querido puede hacer que nos sintamos desesperados e impotentes, dejándonos con la sensación de ser marionetas en un juego que está lejos de nuestra comprensión. Y, sin embargo, aunque la pérdida de nuestros seres queridos puede ser una experiencia fuera de nuestro control, la experiencia del duelo puede estar llena de elecciones en sí misma. Estas elecciones incluyen llevar la carga de cuidar de un ser querido o delegar esta responsabilidad en otros, ver o no el cuerpo del difunto, conservar o deshacernos de sus posesiones, cómo y con quién compartimos la historia de nuestra pérdida, etc. De este modo, lejos de constituir un proceso pasivo en el que se «espera» una serie de transiciones emocionales predecibles, es más bien un período de toma acelerada de decisiones prácticas y existenciales, hasta el punto de que la persona afectada puede sentirse, en ocasiones, desbordada por ellas. Esta concepción tiene valor para nosotros porque nos da un mayor margen de acción como terapeutas, quienes podemos asumir el papel de facilitadores sensibilizando a nuestros clientes ante las muchas decisiones que deben tomar.

d. *El duelo nos da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida*. La

pérdida nos exige que volvamos a construir un mundo que «tenga sentido» en una vida que ha quedado transformada para siempre. Si vemos la vida como una historia que contamos con acciones y compromisos, además de con las palabras, podemos entender la pérdida como algo que trastoca la continuidad y coherencia de esta narrativa. Como una novela que pierde a uno de sus personajes principales en uno de sus capítulos intermedios, la vida trastornada por la pérdida obliga a su «autor» a realizar cambios en el argumento para que la historia avance de manera comprensible. Aunque las pérdidas complicadas pueden «apartarnos» de la narrativa de nuestras vidas, también es posible la realización de procesos «adaptativos» de reconstrucción. Una persona que integra la muerte de un ser querido en una interpretación religiosa que enfatiza la aceptación de los designios de Dios, constituye un ejemplo de *asimilación*, mientras que un individuo que se ve impulsado a desechar, revisar o profundizar las convicciones que ha mantenido hasta entonces es un ejemplo del proceso de *acomodación*.

e. *Cada sentimiento cumple una función y es el resultado de los esfuerzos que hacemos para elaborar nuestro mundo de significados tras el cuestionamiento de nuestras construcciones*. Las emociones asociadas a un duelo no son meros «síntomas» que deban ser «tratados» con algún tipo de terapia, sino que forman parte de nuestro proceso de construcción de significados. Dicho de otro modo, c*ada sentimiento cumple una función*. Por ejemplo, la *negación* constituye un intento de «posponer» un acontecimiento que resulta imposible de asimilar hasta que pueda captarse su significado con toda su dolorosa claridad. La *depresión* se ve como el intento de limitar la atención, restringiendo el campo al que se aplica para poder hacer el mundo más manejable. La *ansiedad* aparece cuando el individuo toma conciencia de que la muerte supera ampliamente su capacidad para explicar, predecir y controlar el mundo. La *culpa* tiene su origen en no haber sido capaz de «vivir de acuerdo» con los estándares que la propia persona se autoimpone respecto al rol que debe desempeñar en su relación con los demás.

f. *Construimos y reconstruimos nuestras identidades como supervivientes a la pérdida negociando con los demás*. Las teorías tradicionales del duelo tienden a centrarse en procesos individuales, omitiendo sus relaciones con otros significativos. Para Neimeyer, en cambio, la adaptación a una pérdida solo puede entenderse dentro de un contexto social. Por ejemplo, a nivel familiar el duelo resulta un proceso público, cuya expresión está regulada por normas de interacción, roles y jerarquías de poder, entre otras estructuras y procesos. A nivel social-comunitario, existen ideas sobre la muerte y el duelo, expectativas sobre los afectados y normas que regulan todo este proceso. Este tipo de construcciones sostenidas culturalmente pueden

contradecirse cuando, por un lado, reconocen el dolor de unos padres ante la muerte accidéntela de un hijo, pero por otro se les condena por «negligentes».

En suma, Neimeyer señala que la reconstrucción del mundo personal de significados tras la pérdida debe tener en cuenta las relaciones establecidas con otros, así como los recursos personales de los afectados. Para entender el proceso de duelo debemos situarlo dentro de un contexto social que apoya, se opone o ignora dicha experiencia. Los significados que contradicen o son refutados por su contexto social dificultan la adaptación a la pérdida, mientras que su consonancia puede ayudarnos a realizar una revisión más coherente de las narrativas de nuestras vidas.

Decir hola en lugar de decir adiós

Michael White (1994), pionero de la terapia narrativa, ha cuestionado la tendencia de la psicoterapia moderna de abordar el duelo con la metáfora del «decir adiós», lo que implica no solo despedir, sino también excluir, algo que no todos los deudos están dispuestos a hacer. Esta metáfora es propia de abordajes tradicionales del duelo, cuya intención es aceptar definitivamente la muerte del ser querido para luego emprender una nueva vida que no tenga relación con la persona muerta. Este deseo se ve potenciado por la tradición freudiana que invitaba a los deudos a «desvincular las esperanzas y los recuerdos del muerto» (Freud, 1917).

Nuestra práctica clínica nos dice que no todos están dispuestos a «decir adiós». Una consultante atendida por uno de mis alumnos, que vivía un proceso de duelo tras la muerte de su esposo, desertó de una psicoterapia orientada a superar su duelo pues se sentía obligada por el terapeuta a despedirse de su ser querido, cuando ella no deseaba dejarlo atrás. Para White, participar de conversaciones de este tipo con personas que han hecho el esfuerzo vano de olvidar o simplemente no desean hacerlo constituye hacer «más de lo mismo», lo que complicará más la situación.

White recomienda sustituir la metáfora del «decir adiós» por el «decir hola nuevamente», lo que implica integrar a la persona perdida en nuestra vida, en otro lugar y con otros significados, lo que coincide con lo planteado por Worden para su cuarta tarea. Su invitación consiste en capacitar a esas personas a reaccionar y enriquecer sus vidas, para lo cual crea un contexto que permite incorporar en el doliente la relación perdida en lo que denomina la metáfora de «decir hola», permitiendo que dichas personas reivindiquen su relación con el ser amado y perdido. Para White, una relación no termina con la muerte, solo se modifica.

Una vez pregunté a una persona de mediana edad, destrozada por la reciente muerte de su padre pero que no quería desfallecer pues su mismo padre le solicitó ser fuerte: «¿De dónde ha sacado usted esa fortaleza para poder

cumplir con los deseos de su padre?». Me contestó que de su mismo padre, quien había sacado a la familia adelante a pesar de las dificultades económicas que los había agobiado por años. «¿Cree usted que su fortaleza es un legado de su padre?», «Sí, eso lo aprendí de él». «¿Qué otras cosas legó su padre a su vida?». Me mencionó muchas cosas. «¿Qué le diría su padre si lo viera a usted reconociendo todo ese legado?». La conversación continuó explorando la influencia del padre en su vida, en un diálogo auténtico y afectivo, permitiendo no solo su expresión emocional o encontrarle un sentido a su pérdida, sino también otorgarle un lugar de honor a su padre para iluminar su vida.

Michael White llama a esta nueva forma de hablar del fallecido «conversaciones de *re-membering*». *Re-membering* es un juego de palabras en idioma anglosajón que significa por un lado «recordar» y por otro «volver a ser miembro», y ha sido traducido al español como «remembranza» o «remembresía» o «prácticas de reintegración e incorporación». Independiente de su traducción, la palabra implica que en el acto de recordar a la persona ausente le asignamos una nueva posición en el «club» de mi vida, que permite a un ser querido fallecido reintegrarse en una nueva narrativa. Hedtke y Winslade (2004) proponen el uso de verbos subjuntivos para ser usados en estas conversaciones. Esto implica traer de regreso a la persona amada utilizando un lenguaje condicional que posibilite hablar de él/ella sin que esto signifique negar su muerte. Algunos ejemplos que exponen los autores para este tipo de diálogos son los siguientes:

L: Es difícil ser padre de un niño inteligente. Si ella estuviera aquí, ¿qué le diría que hizo Ud. bien en su crianza?

K: Yo creo que ella agradecería que yo también estuviera en mi lugar. Creo que se sentía segura y validada de tener opiniones diferentes a la mía. Mi forma de ser padre hizo que fuera fácil para ella plantear sus ideas.

L: Si estuviera aquí ahora y nos diera algún consejo, ¿qué podría decir Beatriz acerca de como estás llevando su muerte?

K: Probablemente diría que no he cambiado en las cosas importantes. Diría que me he acercado a la gente que era importante para ella y para mí….

Algunas formas de abordaje terapéutico

Para el abordaje terapéutico del duelo sugiero que asumamos una postura facilitadora para generar en el cliente la confianza necesaria para compartir su experiencia. Esto debiese producirse a través de una actitud adecuada de aceptación, calidez y congruencia y no mediante la exhortación de que si no habla puede ser más dañino para él/ella o para quienes lo rodean. Las personas deben sentirse libres para hablar cuando lo estimen pertinente, y quizás esa decisión se facilite si ve en nosotros a una persona dispuesta a escucharla y que no incurrirá en actitudes que promueven el silenciamiento, como la incomodidad, la compasión o las típicas frases de «ya pasará», «debes ser fuerte» o «la vida debe seguir».

Nuestra posición debe ser más de acompañamiento que de rehabilitador. Es nuestra actitud y las conversaciones que promovemos lo que permite la reconstrucción de esta narrativa fracturada por la pérdida, no una actitud experta del especialista que sabe lo que la otra persona vive y lo que debe hacer para superar esta experiencia. Debiésemos ayudar al consultante a reconocer y desarrollar sus propios recursos y no enseñarle a vivir su vida y superar la muerte como si fuese una persona desvalida y desarmada.

Algunas estrategias utilizadas frecuentemente para el trabajo del duelo pueden ser las siguientes:

1. *Uso de símbolos*: puede pedirse al cliente que traiga fotos del fallecido a las sesiones u otros objetos representativos de esa persona o de la relación. Esto ayuda, por ejemplo, a hablar sobre el fallecido con más libertad, permitiendo la generación de emociones positivas en relación a él, y puede enlazarse con posteriores rituales. También pueden usarse como «objetos de vinculación» entre la persona fallecida y la vida cotidiana.
2. *Escribir*: es común solicitar al cliente que escriba una o varias cartas al fallecido o a otras personas expresando sus pensamientos y sentimientos. Esto permite dar un orden a los asuntos pendientes, además de facilitar la expresión de sentimientos y dar significado personal a la experiencia de pérdida. También puede ayudar llevar un diario explicando la experiencia del duelo, como lo hizo C. S. Lewis (1994) en su libro *Una pena observada*. Debo hacer notar que la escritura de cartas no es una panacea en el tratamiento del duelo, se debe prescribir con cuidado cuando la persona esté dispuesta a decir cosas y siempre y cuando le haga sentido escribir al respecto, y que estas cartas no son necesariamente de «despedida». Por ejemplo, una paciente cuyo ex marido se había suicidado, llegó a consulta con la finalidad de buscar orientación para ayudar a su hija, pero en el transcurso de la conversación se dio cuenta que su propia vida se había detenido tras la separación, y ahora que él había muerto, tomó la decisión de no formar pareja para no ofender su memoria. Al finalizar la terapia, se le pidió una carta dirigida a su terapeuta, en la que diera cuenta de los logros que había alcanzado durante ese período de tiempo. Un extracto de esa carta es lo siguiente: «*(…) Estaba súper preocupada por el estado de mi hija, por lo que le había sucedido a su papá (su suicidio), y yo como mamá tenía que ayudarla, y me dirigí a Salud Mental para que me orientaran y así poder llegar a mi hija. Al principio iba súper nerviosa, pero la persona que me acogió fue muy simpática y me dio mucha confianza. En un principio llegué por mi hija, pero después me di cuenta que mi vida estaba muy mal, así que decidí hacer todo por estar mejor yo y así poder ayudarla a ella. (…) Finalmente, pude superar mi pena y a la vez aprendí a mirar la vida de otra manera, con más optimismo. (…) Te contaré también que encontré a una persona con la que me siento muy bien, ya no tengo*

miedo a compartir mi vida con alguien más». La consultante había dado a su ex marido un lugar como protector para su vida y de su hija, y no como vigilante, que era la creencia inicial.

3. *Dibujar*: al igual que la escritura, hacer dibujos que reflejen los propios sentimientos y experiencias con el fallecido son también útiles. En una ocasión nos encontramos, al hacer una visita a un centro comunitario que trabajaba con personas con trastornos mentales severos, que estaban recién viviendo un proceso de duelo por la muerte de uno de los usuarios. Se nos pidió que desarrolláramos una actividad que los ayudara en ese momento. Optamos por el dibujo (uno de ellos se observa en la Figura 1). Luego se decidió en conjunto qué fin darle a los dibujos; los participantes optaron por colocarlos en las paredes del centro por algunos días como forma de honrar a la persona fallecida y luego guardarlos en una caja que llevarían al cementerio.

Figura 1: Dibujo en un proceso de duelo

4. *El álbum de recuerdos*: en esta actividad puede participar toda la familia, cuyo álbum puede incluir historias familiares, fotografías, poemas y dibujos realizados por diferentes miembros, incluidos los niños. Esta actividad permite elaborar un testimonio en honor de la persona fallecida, facilitando también el proceso de reconstrucción narrativa en la medida que permite la emergencia de nuevos significados.
5. *Huella vital*: consiste en solicitar al deudo que sea capaz de reconocer la influencia que ha tenido la persona fallecida en su vida, ya sea en el modo de hablar, gesticular o actuar, hasta formas de sentir o pensar. Para Neimeyer, encontrar la huella que estas personas dejan en nuestras vidas puede ser una forma de hacer honores a su contribución a mi vida.

6. *Rituales*: los rituales ayudan a dar sentido a las transiciones más significativas de nuestras vidas, al mismo tiempo que dan una sensación de continuidad con lo que sucedió antes y con lo que sucederá después. Consiste en el uso de algún tipo de acción simbólica que nos ayuda a reafirmar la relación con lo que hemos perdido y a comprender la nueva identidad que debemos asumir tras haber sufrido la pérdida. Estos rituales pueden estar asociados a cultos religiosos pero en ocasiones esto no es suficiente o el doliente no le encuentra significación para su proceso personal de duelo. Se sugiere que se elabore un nuevo ritual junto a la persona o la familia consultante, explorando previamente cómo lo han hecho en otras ocasiones en que han enfrentado algún tipo de pérdida o a qué actividades le encuentran significación. La idea es que en este ritual la persona tenga un rol activo en su preparación y/o ejecución; se debe tener cuidado en no imponer un ritual al gusto del terapeuta (es especialmente llamativa la predilección piroliteraria que algunos psicólogos tienen por unir las cartas y el fuego) y esperar el momento oportuno para realizarla, que rara vez es en las primeras sesiones. Ejemplos de rituales son: quemar, enterrar, guardar o exhibir objetos simbólicos (cartas, fotografías, dibujos, etc.) o conmemorar la muerte con alguna ceremonia (fiesta, misa, cena, etc.). Un ejemplo de ritual familiar lo podemos ver en el relato siguiente: *«(…) estando en el cementerio, por fin los tres juntos, me decidí a hablar de él (su marido fallecido de cáncer un año atrás). Al hacerlo me sorprendió que mis hijos conversaran sin evadir el tema. Hablamos de cosas que normalmente no conversábamos, lo recordamos, hablamos de lo que sentíamos respecto a su muerte, además de lo que necesitábamos hacer, para ayudarnos mutuamente. Además les hice una petición: poner un retrato de su padre en la casa para recordarlo, a lo que ellos accedieron, cosa que no habían hecho antes, lo que me puso muy contenta. Había superado mi miedo de hablar de mi marido para no hacer sufrir a mis hijos»*. Cuando llegaron a casa, buscaron la foto más hermosa de su marido y la colocaron en un lugar destacado de su sala de estar. El silencio por fin había terminado.

Conclusión

En este capítulo expresé algunas ideas que permiten reconceptualizar el duelo como un proceso normal que requiere acompañamiento. Esto no implica negar el dolor en la persona que transita por este proceso, sino más bien apoyarla en la búsqueda de un significado para ese dolor y en la reubicación emocional de la persona fallecida. Algunos terapeutas me insisten en señalar que cuando la persona en duelo presenta sintomatología depresiva, se trata precisamente de un duelo patológico, yo digo que si un

duelo se presenta con dicha sintomatología, se trata precisamente de una depresión. Un duelo no puede ser nunca patológico. La depresión, podría conceder, sí sería un trastorno (bien diagnosticado y sin olvidar que se trata de una construcción social) y requeriría una intervención más «correctiva».

A su vez, el proceso de acompañamiento implica ciertas actitudes por parte del terapeuta que facilitan la expresión emocional de la persona en duelo, así como la habilidad para formular preguntas que lo ayuden en este proceso de reconstrucción, preguntas que algunos destacados terapeutas como Karl Tomm (1987) denominan «reflexivas» en la medida que invitan a reflexionar sobre lo que se está viviendo, permitiendo que sea la misma persona la que encuentre el camino o las soluciones a lo que plantea como problema. Asimismo, el terapeuta debe ser capaz de proponer diversas tareas terapéuticas que brinden la oportunidad de generar experiencias significativas que lo ayuden en este tránsito hacia formas de vida preferidas, estableciendo nuevas relaciones con la persona fallecida, pues, como señala C. S. Lewis (1994), la muerte «no es la interrupción del proceso, sino una de sus fases, no es el corte del baile, sino la figura siguiente».

Referencias

Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. Londres: Hogarth.

García, F. (2011). La muerte y el duelo: ¿el final del vínculo? Una perspectiva construccionista narrativa. En A. Krieger (Ed.), *Repensar los vínculos (pp. 45-58)*. Buenos Aires: RV Ediciones.

Hedtke, L. & Winslade, J. (2004-2005). The use of the subjunctive in re-membering conversations with those who are grieving. *Omega*, 50, 197-215.

Lewis, C. S. (1994). *Una pena observada*. Santiago: Andrés Bello.

Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

Neimeyer, R. (2011). La pérdida de un ser querido y la búsqueda del significado. Rescribiendo historias de pérdida y dolor. *Tanatos*, 12, 20-25.

Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26, 3-13.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Capítulo 22

Duelo por la muerte de seres queridos en circunstancias violentas

Paulo Daniel Acero Rodríguez

Introducción

Los homicidios y muertes violentas constituyen un grave problema social que genera miles de víctimas secundarias. Se calcula que cada homicidio impacta, al menos, a tres o cuatro personas cercanas afectivamente a la persona asesinada debido a los efectos psicológicos, sociales y legales que produce (Organización Nacional de Asistencia a Víctimas de E.U., NOVA, 1985; Schmidt y Beard, 1999).

Los supervivientes de personas muertas violentamente son considerados, en la mayoría de los sistemas legales, como víctimas secundarias, y constituyen una inmensa población que permanece desatendida o no es atendida de manera adecuada pese al daño emocional que sufren. Adicionalmente, muchos de ellos deben establecer algún tipo de relación con el aparato judicial a causa del homicidio, en donde, si no son abordadas adecuadamente, sufren lo que se conoce como segunda victimización. Por otra parte, los equipos de atención a víctimas en muchas ocasiones no están preparados para atender a este tipo de personas en procesos de duelo complicados, tampoco cuentan con los espacios para trabajar la sobrecarga emocional que este tipo de trabajos implica.

Cuando escuchamos que alguien ha muerto por causas no naturales, como un accidente, suicidio u homicidio, es inevitable que quedemos impactados, más aún cuando quien fallece se encuentra en una etapa temprana de la vida. No pocas veces nuestra reacción se produce a pesar de que la víctima sea completamente desconocida para nosotros. En esos momentos nos sentimos vulnerables y cobramos un poco más de consciencia de nuestra propia mortalidad. Nuestra reacción es una especie de mezcla entre miedo, compasión y dolor.

Cuando un ser querido fallece por causas no naturales, el proceso de duelo para los allegados suele ser más complejo de elaborar, asumir y superar; de hecho, es previsible que ese tipo de duelos adquiera la denominación de complicado o patológico a menos que las personas que lo viven desplieguen recursos de resiliencia. A nivel emocional, el proceso

de aceptación de la realidad de la muerte de un ser querido es una tarea compleja aunque esta se haya producido por una causa natural o como el resultado esperable e inevitable de una larga enfermedad. La muerte en no pocas ocasiones será experimentada como un fracaso. Los que quedan sienten que hubieran podido hacer más por el ser querido e incluso que el ser querido también hubiera podido hacer más para no abandonarles. Este tipo de pensamientos tiene un alto componente de irracionalidad que confronta los esquemas de pensamiento, de creencias y la sensación de que estamos en un mundo estable y seguro. Por esto, el proceso de duelo no solo requiere la aceptación racional de la muerte del ser querido, sino que también exige la reconciliación con la brutalidad y el estigma relacionados con la manera en que la persona murió.

Muy pocos están dispuestos a dejar ir a sus seres queridos de buena gana, incluso si están en una etapa «madura» de la vida. Las muertes en circunstancias no naturales (accidente, suicidio y homicidio) son la principal causa de fallecimiento antes de los cuarenta, por lo tanto, los duelos complicados, con mayor frecuencia se producen en las familias más jóvenes. Los niños pequeños que pierden uno de sus padres son propensos a sentir los efectos de la pérdida por muchos años. Los padres ancianos tienen que llegar al término de su vida habiendo experimentado muchas pérdidas en unas circunstancias no pocas veces difíciles por su estado de salud física.

Las personas más cercanas afectivamente a una víctima de muerte no natural sufren el dolor propio por la muerte y, en forma paralela, se ven abocadas a una serie de experiencias con características traumáticas, como el hecho de tener que reconocer el cadáver y la exposición a procesos legales y a los elementos relacionados con el manejo de información pública a través de los medios de comunicación. Más aún, existen casos de suicidio en los que los propios familiares pasan a ser parte de la lista de sospechosos de presunto homicidio. Todos estos elementos hacen más pesada la carga emocional e inciden directamente en que el proceso de duelo se complique. Esta primera fase del afrontamiento de la pérdida con aspectos penales-judiciales puede ser tan exigente e implicar tantas actividades demandantes de atención, que a menudo desvía a los miembros de la familia del cumplimiento de las tareas esenciales del duelo. Por esto es que afirmamos que el curso del duelo después de una muerte violenta genera problemas especiales y demandas que son diferentes de las de duelo normal.

Para la elaboración de los duelos originados en una muerte violenta o con contenido potencialmente traumático se requiere, usualmente, más tiempo y una atención más urgente y estructurada que la que requiere el duelo por muerte natural. Recordemos que la palabra «trauma» significa literalmente «herida» y, en una lectura psicológica, el duelo traumático se refiere a un estado de extraordinario dolor y sufrimiento que no solamente se prolonga en el tiempo sino que implica mayor intensidad en cada una de las expresiones. Familiares y amigos de aquellos que son asesinados o muertos en circunstancias horribles, a pesar de que ni siquiera hayan sido

testigos de la muerte, pueden imaginar vívidamente y reproducir en sus mentes los momentos últimos de la persona que sufrió una muerte violenta, se preguntan cuánto pudo haber sufrido y si se le hubiera podido salvar la vida de alguna manera, aspectos que harán más dificultoso el proceso de elaboración del duelo. Si este es el caso, los supervivientes probablemente necesitarán ayuda profesional con el fin de que procesen adecuadamente las imágenes con contenido traumático. En algunos casos, ese tipo de imágenes persisten en la mente de los miembros de la familia durante meses e incluso años. El tratamiento debe orientarse a que sean procesadas inmediatamente. Por fortuna, existen técnicas demostradamente eficaces para modificar estas imágenes traumáticas como la restructuración cognitiva, el EMDR u otras que permiten que las personas afectadas procesen la carga emocional e integren la experiencia a su vida, recordando sin dolor.

Los sentimientos de carga emocional, mental e incluso el aislamiento social de las personas y los acontecimientos que los rodean, que son naturales a la experiencia de pérdida, se agravan cuando el ser querido muere a manos de otra persona, por su propia mano o a raíz de una enfermedad estigmatizada socialmente como el VIH/SIDA. Familiares y amigos son a menudo temerosos de lo que los demás puedan pensar o decir, o avergonzarse de las circunstancias de la muerte de un ser querido. En estos casos, la culpa o el remordimiento también pueden infiltrarse y comienzan a «roer y arrancar pequeños pedazos del corazón», porque las personas comienzan a preguntarse si podrían haber dicho o hecho algo más para haber protegido al ser querido de la muerte. La vergüenza y la culpa son emociones autodestructivas y derrotistas que sofocan emocional, mental, espiritual y físicamente. Estas emociones también ahogan las capacidades de sanación y recuperación.

Después de la muerte de un ser querido siempre hay cosas que quedan pendientes y que nos dejan con la inquietud sobre cómo hubieran podido ser diferentes o mejores, junto a la fantasía de haber compartido más tiempo y haber efectuado más expresiones de amor o admiración. Hay cosas que deseamos nos hubieran dicho, cosas que desearíamos no haber dicho y nostalgia acerca de las cosas que podríamos haber hecho y no hicimos. Estos aspectos pendientes en toda relación y aquellos en los que hubo dificultades de comunicación dentro de la relación, parece que se magnifican cuando alguien muere a manos de otra persona o por sus propias manos.

El cierre del duelo a través del uso de la palabra se utiliza con frecuencia cuando alguien muere como resultado de las acciones o la negligencia de otra persona, o por sus propias manos. En el caso de un suicidio, por ejemplo, los sobrevivientes quieren saber «por qué» y qué más se podría haber hecho para evitar la muerte. Cuando la muerte ocurrió en el desarrollo de un acto criminal, las familias suelen sentir que no podrán hacer el cierre hasta que la persona responsable «no pague». Este tipo de sentimientos y sensaciones son perfectamente normales y naturales. A menudo, después de un asesinato, un suicidio o la muerte debido a una enfermedad estigmatizada socialmente,

los miembros de la familia se verán inmersos en el emprendimiento de una causa o en la construcción de una nueva organización o grupo de apoyo para ayudar o salvar a otros que puedan estar pasando por la misma experiencia. Estas actividades y gestos sirven para minimizar el dolor y, sin duda, sirven para honrar el ser querido perdido, pero pueden convertirse en una forma en la que los dolientes se sumergen en un sinnúmero de actividades para no pensar o sentir su propio dolor y en la angustia de la soledad. Es importante no permitir que las circunstancias de la muerte, que son abrumadoras, atrapen a los supervivientes en la nueva causa que encontraron y les impidan tomar las medidas activas necesarias para su propio proceso de sanación y recuperación.

Recordemos que el duelo es el proceso mediante el cual se cicatriza la herida emocional y se recupera el sentido de propósito y el deseo de seguir viviendo, amando y riendo. Es ser capaces de tener recuerdos sin sentir remordimiento o arrepentimiento, saber en nuestro corazón que está bien sentir tristeza a veces y ser capaz de hablar de ello con independencia de lo que otros puedan pensar o decir. La recuperación es saber en nuestros corazones que está muy bien permitirnos sentir felicidad y alegría porque aún quedan cosas hermosas en la vida.

Las personas que experimentan el duelo por muerte violenta tienden a:

- Experimentar el impacto de una muerte repentina, inesperada y violenta con la posibilidad de tener un cuerpo mutilado o, en algunos casos, ningún cuerpo en absoluto.
- Sentirse inseguros, temerosos y preocupados por la estabilidad de su mundo.
- Cuestionar sus propias creencias y valores básicos acerca de la importancia de la vida humana y sobre la pretendida bondad humana.
- Sentir el estrés incrementando la experiencia del duelo familiar, ya que cada persona procesa diferente su dolor y cada uno necesita un apoyo diferencial.
- Tener una gran cantidad de sentimientos de culpa por no haber protegido más a sus seres queridos.
- Sentir el estigma de tener un miembro de la familia asesinado, ya que la gente tiende a creer que solo las personas con antecedentes penales mueren de esta forma.
- Contar con pobres sistemas de apoyo porque la gente no sabe cómo apoyarles y, al no saber qué decir, prefiere mantenerse alejada.
- Sentirse ignorados y maltratados y recibir poca información de las acciones y derechos legales por parte de los funcionarios asignados al caso.
- Posponer su dolor hasta después de la detención y sentencia a los responsables.
- Sentir que la sentencia por el asesinato de su ser querido, recibida por el o los responsables, no son suficientes para compensar su pérdida.
- Adoptar una posición de víctima, como resultado de la cobertura de los medios de comunicación, durante meses y, no pocas veces, hasta años después de la muerte.

- Experimentar intensa ira, deseos de venganza y rabia, que en ocasiones es abrumadora y produce en ellos el miedo a sus propias reacciones.

Por su parte, los niños que se ven afectados por una muerte violenta suelen presentar:

El miedo a la muerte representado en:

- Miedo a su propia muerte.
- Miedo a la muerte de aquellos que los protegen, especialmente de sus padres.
- Miedo a la muerte de amigos y seres queridos.

Ansiedades que se expresan en:

- Miedo a ser dejado solo.
- Miedo a dormir solo.

Regresiones que derivan en:

- Comportamientos de apego irritable.
- Necesidad de más acogida, abrazos y demostraciones de afecto que antes.
- Posiblemente vuelva a mojar la cama.

Trastornos relacionados con el sueño como:

- Pesadillas.
- Miedo de ir a dormir.
- No es capaz de llegar al sueño profundo o se despierta durante la noche.

Quejas somáticas representadas en:

- Dolores de estómago, dolores de cabeza, ansiedad.
- Cambios de hábitos alimenticios.
- Revivir la experiencia violenta a través de juegos o en la memoria.
- Cambio en el comportamiento escolar y capacidad reducida para concentrarse.

Cambios en el afecto que implican:

- Presentar conductas riesgosas y ser más agresivo.
- Mostrarse desesperado, deprimido, inhibido.

Sobre las reacciones a una muerte violenta y el duelo complicado

Muertes violentas

Se entiende como muerte violenta aquella que es el resultado de eventos como homicidios, suicidios o resultado de actos de terrorismo. En octubre de 2011, la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (NOVA) presentó su primer estudio global de homicidios en 2010. De acuerdo a los datos contenidos en este reporte, durante este período murieron asesinadas 468 mil personas en todo el mundo. El 36% de los homicidios ocurrió en África y el 31% en América. El 27% en Asia, el 5% en Europa y el 1% en Oceanía.

Sin embargo, este informe de las Naciones Unidas permite observar que la mayor tasa de muertes violentas por cada 100 mil habitantes es más alta en Centroamérica que en otras regiones del globo. El informe detalla que uno de cada 50 jóvenes menores de 31 años muere de forma violenta en Centroamérica. El tráfico de drogas, el crimen organizado y la presencia de armas de fuego impulsaron ese aumento de la criminalidad, apunta la ONU. El informe muestra que la mayor parte de los países con la tasa de homicidios más elevada -superior a 35 por cada 100 mil personas- son latinoamericanos. Entre ellos se encuentran Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Jamaica y Venezuela.

Según los datos del *Military Balance* (2011) y el Departamento de Estado de Estados Unidos, la mayor tasa de homicidios en América Latina la tiene Honduras, con 86 asesinatos en 2011 por cada 100.000 habitantes. A su vez, más de 45 mil homicidios ocurren en los Estados Unidos cada año. Estas cifras reflejan hechos de violencia que van desde el abuso y la violencia doméstica al robo, incendio o la furia de un psicópata desquiciado. Todo el mundo ve las historias en las noticias o en la televisión, pero pocos consideran que alguien que conocen o un ser amado pueda ser víctima de un asesinato o un crimen violento. Cuando se produce una muerte violenta, los sobrevivientes a menudo experimentan una variedad y profundidad de la emoción dolorosa diferente a cualquier otra experiencia que hayan conocido. Algunos describen sentir que se están «volviendo locos», mientras que otros describen haber sido virtualmente paralizados por sus sentimientos.

Reacciones típicas a la muerte en un hecho violento

Cuando la muerte ocurre como resultado de un hecho violento, los supervivientes se enfrentan no solo a la devastadora pérdida de un ser querido, sino también a la tortura que viene de saber que la esta se produjo en circunstancias crueles y sin sentido. Las reacciones típicas que se pueden observar son:

- *Shock*: la muerte en circunstancias violentas es, por definición, súbita e inesperada. En algunos casos, el *shock* dará lugar a la incredulidad y la negación que deriva en que, por ejemplo, el sobreviviente no se da cuenta de la magnitud de lo ocurrido y parece desprovisto de cualquier emoción.
- *Tristeza*: cuando un ser querido sufre una muerte violenta, la tristeza de los sobrevivientes se agrava por la falta de sentido y la brutalidad de la violencia.
- *Pensamientos perturbadores e imágenes*: pensamientos recurrentes, inquietantes y perturbadoras imágenes de la muerte suelen presentarse, más aún si se presenciaron los hechos o se escuchan relatos vívidos.
- *Culpabilidad*: incluso más que los supervivientes que han perdido a sus seres queridos a través de «muerte natural», los que sobreviven pueden sentirse culpables, pensando que podría haber hecho o no hecho algo para evitar la muerte. En casi todos los casos la culpa es irracional.
- *Enojo*: la ira es una de las etapas del duelo que se experimenta normalmente después de una pérdida. Cuando la muerte llega como resultado de la violencia, incluso palabras como rabia, furia, ira e indignación son completamente inútiles para describir la ira extrema experimentada por muchos de los sobrevivientes.
- *Ansiedad y preocupación*: cuando alguien muere en un acto violento, los supervivientes pueden sentirse ansiosos y preocupados y sentir su propia seguridad amenazada.

Duelo complicado

Cuando la muerte de un ser querido ocurre en el marco de un hecho violento, es previsible que los afectados entren en un proceso de duelo que se conoce como patológico y que nosotros preferimos denominar «complicado». En estos casos, la persona puede sentir:

- Lástima por no haber estado en el lugar y que su ser querido haya muerto solo.
- Una fuerte sensación de culpa de no haber previsto lo ocurrido para haberlo evitado.
- Una urgente necesidad de culpar a alguien y hacerle pagar.
- La necesidad de seguir repitiendo una y otra vez la historia relacionada con los sucesos relacionados con la muerte.
- Hipervigilancia sobre el resto de la familia.
- Sensaciones de dolor físico.
- Pensamientos intrusivos.

Es importante entender que la persona enfrentada a la muerte violenta de un ser querido necesita repetir una y otra vez la historia relacionada con la pérdida porque está tratando de entender lo sucedido. Debe integrar a su experiencia que esta historia no se trata de «su historia», porque probablemente ella no estaba allí y, aunque lo hubiera estado, lo más probable es que tampoco podría haber cambiado el resultado; es más, si hubiera estado allí, es posible que también se hubiera visto afectada. Obviamente que uno de los pensamientos recurrentes está relacionado con lo que algunos han denominado la «culpa del sobreviviente», gracias a la cual, la persona daría cualquier cosa por haber muerto en lugar de su ser querido. Comprender y aceptar que la muerte violenta no tiene ninguna lógica es un paso importante en el sentido correcto de la elaboración de duelo.

Por ahora, y quizás por mucho tiempo, la familia solo tendrá detalles incompletos de la policía y testigos. Tal vez las personas se acuerden de escenas de lecturas o películas de eventos similares y, a partir de ellas, se creen una escena de la muerte de manera fantasiosa. Esto es normal durante las primeras semanas y por algún tiempo.

Otro pensamiento recurrente e insidioso tiene que ver con la pregunta que ronda a los supervivientes sobre si ellos o la persona fallecida hubieran podido prevenir el desenlace fatal. La respuesta es clara y contundente: no es probable. Los asesinatos no ocurren solo en lugares peligrosos, el terrorismo y la inseguridad golpean en cualquier lugar. Pensar que se podría haber hecho esto o aquello es parte de la fantasía que las personas crean y es parte de nuestra ilusión o prepotencia que consiste en creer que tenemos algún grado de control, cuando la verdad es que hay innumerables fenómenos que escapan a nuestro alcance. Adicionalmente, algo que señalamos a partir de nuestra experiencia es que es necesario ayudar a que los supervivientes no caigan en la trampa de la culpa, que consiste en juzgar lo que pasó con el conocimiento que ya tenemos cuando, realmente, nadie imaginaba que algo como lo ocurrido pudiera suceder. Siempre, y así lo decimos a los consultantes, es muy fácil juzgar el pasado con el conocimiento del presente, pero esa es una práctica insana que nos encerrará y hundirá en la culpa. Sentir «descanso» encontrándose culpable o encontrando argumentos para culpar a otros hace parte de una mentalidad extraña que nos llevará a un sin salida que equivale a quedarnos lamiéndonos las heridas y enamorarnos de las penas, lo que peligrosamente puede conducirnos a considerar que lo mejor que nos podría ocurrir sería morir.

Por otro lado y en cierto modo basados en el antiguo refrán que dice que «la venganza es dulce», las familias de víctimas de homicidios o actos terroristas pueden llevar a cabo un proceso de duelo que podría prolongarse por años, mientras que las ruedas del sistema judicial engranan y se determina el culpable. Muchas familias pueden considerar que encontrarán paz cuando se condene a los responsables, pero ello no es totalmente cierto, pues el enorme gasto de energías invertidas en cada fase de un proceso judicial impiden que se lleve a cabo una adecuada realización de

las tareas del duelo, por lo cual, en no pocas ocasiones, se dan cuenta que, años después del hecho, su dolor ni siquiera ha empezado a ser procesado. Este hecho queda en evidencia por comportamientos como que la persona se siente de mal humor todo el tiempo, no se acomoda en su propia casa y nada de lo que antes le generaba placer le parece gratificante («ya nada tiene color ni sabor»). Este es un llamado para que las personas dediquen un poco de tiempo a su propio proceso, a cuidar de sí mismas y a buscar el apoyo necesario.

A continuación se realiza una breve reflexión sobre elementos que inciden en el proceso de duelo.

Recuperación. Frente al panorama anteriormente descrito, algunos pueden preguntarse: ¿cómo puede una persona llegar a recuperarse después de perder a un ser querido de manera violenta? Intentemos aclarar a qué nos referimos cuando utilizamos la palabra recuperación en este contexto. El primer llamado es a recordar que el duelo es un proceso y no un estado y que, si bien es proceso, no es absolutamente lineal. Dadas esas características, es probable que todavía experimente oleadas de tristeza, deseos de que el hecho no hubiera ocurrido y que no se sienta bien cuando se encuentra disfrutando de algún evento gratificante (culpa del sobreviviente). Nuestra experiencia nos permite afirmar que una persona no acepta totalmente la pérdida de un ser querido pero sí puede recuperarse cognitiva y emocionalmente de la pérdida. Recuperarse no implica no volver a sentir el vacío de la ausencia y menos olvidarse del ser querido. Recuperarse significa que la herida emocional cicatrice y que el dolor ya no desborde. Significa que el recuerdo ya no esté centrado en la pérdida sino en la experiencia de vida compartida. Significa que el inventario relacional esté predominantemente marcado por las experiencias gratificantes y que con base en ellas los supervivientes puedan reconstruir el sentido de vida y fomentar un crecimiento postraumático, es decir, reconozcan cambios positivos en su vida como consecuencia de la experiencia traumática. En fin, recuperarse es integrar la experiencia trágica a la vida y entender que somos mucho más que lo que nos sucede.

Tiempo. En el caso de muertes ocurridas en circunstancias violentas, la experiencia nos señala que el periodo de impacto puede extenderse hasta unos seis meses después del evento. Por supuesto que no podemos olvidar que los procesos de duelo son tan únicos como las personas que los experimentan y que si bien, por ejemplo, los dos padres pudieron perder a su hijo, este hijo era diferente pada cada padre, dada la singularidad de la relación. Pasado este periodo de impacto pleno, cada persona tiene su propio esquema de procesos y tiempos. El tiempo de duración de un proceso de duelo está directamente afectado por una serie de circunstancias relacionadas como la edad de quienes lo viven, la edad del fallecido, el tipo de relación que había entre las dos personas, la manera como cada persona en particular ha afrontado experiencias anteriores de pérdida y las características de personalidad propias de cada uno los dolientes. A esto puede sumarse si la

muerte fue de una sola persona o fue un suceso con muertes múltiples, si la persona fallecida jugaba un papel central en el sostenimiento económico de la familia, el rol que esta persona desempeñaba al interior del grupo familiar y el grado de involucramiento de cada uno de los supervivientes en temas legales relacionados con la muerte.

Búsqueda y utilización de ayudas. Los estudios muestran que la mayoría de las personas afectadas por la muerte violenta de un ser querido no solo rechazan las ayudas inmediatas ofrecidas por quienes les rodean, sino que tardan en reconocer que necesitan ayuda en la elaboración de su proceso. La racionalización tras este rechazo sería, en primer lugar, que «nada me devolverá a mi ser querido», y luego la sensación de que «nadie puede comprender mi dolor»; de manera que la búsqueda de ayuda para su proceso de duelo suele posponerse. La manera de llegar a estos espacios de ayuda suele ser influenciada por el entorno familiar o amistoso. Nuestras observaciones permiten señalar que, a pesar de que la primera fuente de rabia es la fe, esta también suele ser el primer espacio al que las personas suelen acudir cuando acceden a buscar algún tipo de ayuda; luego está el espacio de los grupos de mutua ayuda, donde tienen la posibilidad de compartir la experiencia con otras que están pasando por una situación similar y, finalmente o quizás paralelamente a estos espacios grupales, se suele acudir a espacios individuales de apoyo psicológico especializado. Lo importante de esto es asegurarse que cualquiera de estos tres escenarios cuenta con personas formadas en la atención a personas en trabajo de duelo. Los estudios también muestran que los dolientes que cuentan con personas con las que tienen una estrecha relación afectiva («tutores de resiliencia»), alguien con quien pueden hablar cuando sea necesario, que les va a escuchar, no les va a juzgar, no dará consejos a menos que sean pedidos, y que les dirán abiertamente cuando están cruzando una línea de comportamiento «extraña», serán más capaces de cursar procesos de duelo sanos. Este tipo de confidentes les permitirá «airearse» emocionalmente y, luego, lentamente, les llevarán de vuelta a la realidad, ayudándoles a atender las necesidades básicas como autocuidado, alimentación y descanso, y les servirá de apoyo para transitar hacia el camino del crecimiento postraumático.

Tareas. Fue Worden (1997) quien señaló que las personas en duelo tienen que cumplir con una serie de tareas que posibilitarán el proceso de recuperación. Estas tareas dicen relación con: aceptar la realidad de la pérdida, expresar sus emociones y dolor, adaptarse a un medio sin el fallecido y recolocarlo emocionalmente para seguir viviendo. Si las personas afectadas por la muerte violenta de un ser querido se quedan en un estado de pasividad bajo la influencia del dicho de que «el tiempo lo cura todo», y no atienden poco a poco sus obligaciones particulares, empezando por el autocuidado, pero luego ir insertándose en espacios laborales, intelectuales o lúdicos y, como dijimos antes, permitiéndose un acompañamiento terapéutico que les ayude en el afrontamiento de cada una de las tareas del duelo, seguramente harán su proceso más doloroso y largo. Aunque se reconoce que algunas

personas, con base en su historial y personalidad premórbida, requerirán un apoyo medicamentoso, también es importante llamar la atención que esta no debe ser una indicación de primera instancia pues no han sido pocos los casos en que nuestros consultantes se han quejado acerca de que «no les han dejado vivir su dolor» a causa de la medicación que les suministraron. En términos generales es importante reconocer que no es ni sano ni lógico abordar una reacción normal (el duelo es una respuesta normal a un evento anormal, más aún cuando la pérdida no solo es inesperada sino violenta) con medidas medicamentosas, pues así como se debe tratar de no terminar «haciéndole terapia a las reacciones bioquímicas», tampoco debe ser lo usual resolver los temas emocionales con la ingesta de medicamentos psiquiátricos. Sabemos que este tipo de eventos dolorosos no es una de esas situaciones que se pueden resolver exclusivamente con drogas, pero tampoco con ver los programas del Dr. Phill[77] o la lectura de libros de autoayuda.

¿Cómo saber si el doliente está en problemas?

Si han transcurrido más de tres meses a partir de la muerte del ser querido y la persona mantiene sus recuerdos estancados en el pasado (el único tema de sus conversaciones es la manera como murió el ser querido y lo que pudo haber hecho y no hizo), si experimenta una honda culpa cuando no va al cementerio o no ha sido capaz de visitar la tumba de su ser querido (teniendo en cuenta sus convicciones religiosas), si aún no resiste que se le hable de su ser querido fallecido, si hay una importante alteración de sus patrones de sueño o de alimentación (por defecto o exceso) y de sus comportamientos de autocuidado y si ha caído en el aislamiento social, será hora de urgir la búsqueda de ayuda psicológica y/o psiquiátrica.

El duelo, como consecuencia de la muerte de un ser querido, inevitablemente altera el funcionamiento mental. Si bien cabe destacar que el dolor en sí es un proceso normal de adaptación emocional y cognitiva a la pérdida o ausencia de un ser querido, a veces la intensidad del dolor puede ser abrumadora o durar más de lo que es saludable. Esto puede ocurrir por una variedad de razones: la relación entre el fallecido y los dolientes podría haber sido muy cercana o complicada, las circunstancias de la muerte fueron repentinas o traumáticas, o la persona en duelo puede no tener buenas habilidades de afrontamiento o apoyo social que ayudaría al proceso. En situaciones como estas, puede ser útil buscar ayuda profesional o asesoramiento con el fin de resolver el duelo.

Cuando el duelo persiste más tiempo del que podría considerarse saludable o cuando es abrumador, un diagnóstico del duelo traumático

[77] Dr. Phill es un talk-show televisivo norteamericano de alta audiencia en algunos países latinoamericanos, conducido por un psicólogo clínico que propone temas relacionados con esta área.

puede ser apropiado. Puede ser útil establecer una analogía con una enfermedad física. Una enfermedad no es una característica de una persona, es un estado de una persona en un momento dado. Utilizando una analogía, es posible ver que, después de un accidente, un desastre o la muerte súbita de una persona muy cercana, es completamente normal experimentar el duelo traumático, tal y como es bastante normal que alguien desarrolle la tuberculosis después de la exposición a un organismo virulento y es normal que alguien no pueda caminar sobre una pierna rota. Nadie le diría a una persona con neumonía «cálmate» o «manos a la obra», nadie esperaría tampoco que una persona con un corte profundo o un hueso roto se cure a sí mismo. Aunque las etiquetas pueden ser perjudiciales si se utilizan mal, en algún momento también pueden ser útiles, como en el caso de una persona enferma tiene que aceptar su «rol de enfermo» para recibir tratamiento. De igual manera, una persona en duelo, particularmente por circunstancias traumáticas, tiene que asumir que habrá aspectos en los cuales requerirá ayuda.

Un duelo traumático puede predisponer a otros problemas psiquiátricos, médicos y de comportamiento que pueden complicar el duelo. Se trata generalmente de condiciones tratables y que deben ser reconocidas por profesionales y por las mismas personas en duelo.

Factores de riesgo para las complicaciones del duelo

Los factores de riesgo son aquellos aspectos de una situación que tienden a aumentar la vulnerabilidad a complicaciones y que pueden retrasar la recuperación. Los estudios existentes sugieren que los factores de riesgo están relacionados con las características de un individuo, la naturaleza de la relación con el fallecido, las circunstancias de la muerte y el contexto social en el que la recuperación se lleva a cabo. Algunos factores de riesgo se relacionan con la situación general en que los deudos se encuentran a sí mismos, mientras que otros lo hacen con la historia específica de la persona en duelo. Si bien ambos tipos de factores de riesgo elevan el nivel de angustia de la persona en duelo, es útil para los profesionales de la salud ser particularmente conscientes de la situación individual del doliente.

Los siguientes factores de riesgo han sido identificados:

Factores demográficos

- Estatus socioeconómico: investigaciones como las adelantadas por Jewell, Rossi y Triunfo (2007) han mostrado que un bajo nivel socioeconómico se relaciona con un peor estado de salud en general. Sin embargo, el duelo parece afectar a las personas de manera similar, independientemente de su condición socioeconómica.
- Edad: el duelo parece ser un poco más estresante para los individuos más jóvenes de lo que es para las personas adultas, con la excepción de las personas ancianas o de la tercera edad. La disparidad entre cómo

las personas adultas se ven afectadas y cómo las personas ancianas se ven afectadas puede responder a que el estrés experimentado por las personas ancianas se relaciona con problemas de salud concomitantes o preexistentes.

- Sexo: hay cierta evidencia de que los hombres, especialmente viudos, tienen más problemas de salud relacionados con el duelo que las mujeres, sobre todo cuando se trata de la pérdida de un cónyuge. Aunque tanto hombres como mujeres se ven profundamente afectadas por la pérdida de familiares cercanos y amigos, la muerte de un niño puede ser más difícil para las madres que para los padres. Las mujeres también pueden reconocer los efectos del duelo con más facilidad que los hombres, y los hombres y las mujeres suelen tener estilos de afrontamiento diferente.

Características individuales

En general, las personas que se definen como «neuróticas» tienen más problemas de salud. A su vez, un locus de control externo generalmente se asocia más con una tendencia a la depresión por cuanto la persona asume que no puede controlar nada; en cambio, el locus de control interno podría actuar como un amortiguador para el duelo, pues la persona se percibe con recursos para hacerle frente al dolor. Por otro lado, la evidencia anecdótica sugiere que la creencia en la vida después de la muerte puede tener un efecto protector (Stroebe y Stroebe, 1987), mientras que la culpa o la autoculpa en relación con la muerte pueden contribuir a un duelo traumático.

Calidad de la relación

La calidad de la relación puede afectar a hombres y mujeres de manera diferente cuando se trata de dificultades con el duelo. Una buena relación puede estar asociada con más problemas relacionados con el duelo en las mujeres, mientras que lo opuesto puede ser cierto para los hombres. En general, los datos no son compatibles con la tradición clínica que implica que los problemas del duelo se producen por la ambivalencia o problemas en una relación. Está muy claro que en algunos casos una relación especialmente positiva puede estar asociada con reacciones de duelo muy difíciles.

Circunstancias de la muerte

No es de extrañar que la muerte súbita y violenta se asocie con más síntomas de dificultad para el duelo en los primeros seis meses después de la pérdida. En algunos estudios esta diferencia no estuvo presente en las entrevistas posteriores, mientras que en otros estudios sí lo estaba. En algunos estudios hay evidencia de continua angustia por la pérdida durante muchos años después de una pérdida repentina y violenta. Experimentar múltiples pérdidas o ser testigo de la muerte (sobre todo en los niños) se correlaciona con altos niveles de intensidad de dolor. Los sentimientos de indefensión e impotencia, la culpa del sobreviviente, la amenaza a la propia vida, la confrontación con la muerte masiva e impactante y mutilaciones

de los demás y una ruptura con el mundo de creencias de la seguridad y significado de la vida, son los factores traumáticos que pueden afectar la capacidad de una persona para resolver el dolor.

Contexto social

Tanto la percepción de apoyo como el apoyo social recibido están relacionados con la desaparición de los síntomas de la depresión en la población general, pero no parece haber una relación específica entre el apoyo social y los resultados de duelo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las personas en duelo a menudo perciben que los demás carecen de empatía y que son hostiles sobre la persistencia de los síntomas del doliente. Esta percepción está probablemente relacionada con un peor resultado, pero no ha sido estudiada específicamente. No obstante, en general el apoyo social y el funcionamiento familiar positivo, junto con la oportunidad de expresar el dolor, pueden ayudar a mitigar los efectos negativos de duelo.

Intervención en duelo complicado

Informes recientes han documentado la vulnerabilidad de los miembros de la familia estrechamente vinculados a la angustia traumática después de la muerte violenta de un ser querido por un accidente, suicidio u homicidio. Algunos tienden a repetir las imágenes traumáticas como un pensamiento intrusivo, *flashback* o un sueño que refleja la preocupación del miembro de la familia con los pensamientos, sentimientos y acciones de la víctima en el momento de la muerte. Para la gran mayoría de los miembros de la familia, la historia recreada intrusivamente desaparece en cuestión de semanas, pero las madres y los niños pequeños están en mayor riesgo de persistir en ellas como una fijación disfuncional.

Después de una muerte violenta, sobre todo después del homicidio, los miembros de la familia pueden verse obligados a adaptarse a las exigencias de los medios de comunicación y de los detectives, así como al tribunal, todo lo cual es frustrante, enervante y causa furia.

A partir del momento en que se tiene la certeza diagnóstica de que una persona ha entrado en un proceso de duelo complicado, se puede disponer de una serie de técnicas utilizadas por distintos autores y desde diferentes enfoques terapéuticos para abordar las reacciones y los síntomas anormales que presente la persona.

El esquema de intervención que se presenta en este documento, más que una guía de sesiones, se constituye en la exposición de un conjunto de estrategias de intervención reconocidamente exitosas para que los lectores

profesionales hagan uso de ellas de acuerdo a sus criterios clínicos y a sus estilos de intervención pertinentes a cada situación[78].

En el caso de la intervención con personas en proceso de duelo complicado, no es fácil determinar el tiempo de tratamiento, pero sí es importante tener en cuenta que será necesario que se establezca un esquema de seguimiento durante, al menos, el primer año.

Los objetivos de la intervención son principalmente tres:

a. Normalizar aquellas áreas de la vida del doliente que estén afectadas por la pérdida (personal, social, emocional, familiar, etc.).
b. Favorecer la reestructuración de los pensamientos negativos desproporcionados que la persona presente.
c. Mejorar la calidad de vida ayudando a la adaptación a la nueva situación.

Técnicas de intervención cognitivo-conductual

Estas técnicas están indicadas particularmente para procesos de duelo atascados en la tercera tarea de Worden (1997), por lo que las personas evitan afrontar activamente planteamientos más saludables y se quedan rumiando la culpa u otros pensamientos distorsionados. Para ello planteamos las siguientes estrategias:

- *Reestructuración de pensamientos distorsionados*. A menudo la persona en duelo suele presentar distorsión de pensamientos. Para ello se utiliza el autorregistro de pensamientos, de manera que la persona pueda ser consciente de ellos y luego se recurre al debate para hacer frente a tales pensamientos, preguntando, por ejemplo: ¿qué evidencia sustenta este pensamiento?, ¿es útil pensar así?
- *Detención del pensamiento*. Es una técnica útil para detener los rumiaciones negativas. Se trata de detectarlos y luego utilizar una palabra (*stop*, basta) o bien alguna señal (goma en la muñeca) que ayude a frenar y luego cambiar de pensamiento.
- *Saciación cognitiva*. Se pide a la persona que repita o grabe varias veces al día el pensamiento que le preocupa.
- *Prescipción del síntoma*. La persona elige un momento al día en concreto para poder pensar sobre lo que le preocupa pero no debe hacerlo fuera de ese intervalo determinado. Esto le permite tomar el control de pensamientos que describe como incontrolados.
- *Métodos de relajación*. Hay muchas técnicas de relajación y la elección de la más apropiada dependerá de cada caso y del estilo del profesional. Se pueden utilizar cuando se presentan problemas de

[78] Si los lectores quieren profundizar sobre este aspecto, sugerimos consultar nuestro libro Del dolor a la esperanza (2008) o la excelente guía de intervención publicada por el Instituto Provincial de Córdoba, España (disponible en http://www.ipbscordoba.es/uploads/ noticias/duelo.pdf).

ansiedad, y entre las más recomendables están la relajación muscular de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz y la respiración diafragmática.

- *Resolución de problemas*. Las técnicas de resolución de problemas son muy útiles en los procesos de duelo ya que la persona se enfrenta a situaciones novedosas que tiene que afrontar y resolver. Muy a menudo encontramos que el doliente presenta inseguridad a la hora de tomar decisiones. Al respecto, es clave recordar la indicación de no tomar decisiones importantes en los primeros momentos del proceso o bien posponerlas o delegar en otra persona cercana que ayude a decidir. El objetivo es que el doliente sea lo más eficiente posible y esto le suponga el menor coste emocional.
- *Rituales de despedida*. Son conductas que facilitan trabajar en la aceptación de la realidad de la pérdida.
- *Ventilación de emociones*. Hablar del fallecido, expresando lo que piensa y siente acerca de lo sucedido, puede favorecer la elaboración del duelo.

Técnicas desde una perspectiva constructivista

En su libro *Aprender de la pérdida*, Neimeyer (2007) plantea la teoría de la reconstrucción del significado. Con base en este abordaje, al producirse la pérdida de un ser querido la persona tiene que volver a construir un mundo de significados que le permita vivir adaptado a la nueva situación. Esta perspectiva consta de una serie de ejercicios que pueden ser utilizados por el profesional en las sesiones de tratamiento o bien como tareas para la casa, apoyando el trabajo terapéutico. Algunos pueden ser:

- *Biografías*. Como su nombre lo indica, la base de esta técnica implica la realización del relato de la vida del ser querido de manera que nos permita tener una visión más global de sus virtudes y defectos. Para realizarla se pueden utilizar como fuentes cartas, documentos, *emails*, pertenencias, etc., lo que a su vez nos permitirá conocer las consistencias y contradicciones en el comportamiento, pensamientos, emociones y actitudes de la persona fallecida. Esta biografía puede dirigirse a un público en concreto: puede ser para la propia persona, el público en general o la familia.
- *Caracterizaciones de la pérdida*. Es una técnica narrativa que sirve para explorar la pérdida y el impacto en la identidad de la persona. Para realizar este trabajo pueden darse las siguientes instrucciones: «En el espacio que sigue puede hacer un esbozo del ser querido fallecido, visto desde su propia perspectiva. Escriba como si se tratara del personaje principal de una película, obra de teatro o libro. Hágalo como si fuera un amigo y lo conociera muy bien. Asegúrese de hacerlo en tercera persona». Luego de eso, explorar: «¿Qué aspecto

tiene el mundo visto desde el personaje? ¿Hay pautas inesperadas? ¿Hay términos que se repiten y pueden hacer referencia a algo importante?».

- *Cartas que no se envían*. Son cartas dirigidas a la persona fallecida y que expresan algo que no se expresó en el momento. Son útiles cuando hay resentimiento y culpa por la pérdida.
- *Diarios*. En casos de pérdidas traumáticas son muy útiles, ya que le sirven al doliente para descargarse de los recuerdos dolorosos. Las directrices que nos propone la literatura, para que sean efectivos, son: a) comentar aquellos aspectos que no han sido comentados con nadie y que se piensa que nunca lo serán, b) no preocuparse por la ortografía o redacción (lo importante es el contenido), c) escribir como mínimo unos quince minutos al día, al menos durante cuatro días, y d) darse un tiempo después de escribir, antes de retomar las actividades cotidianas, para recuperar el balance emocional.
- *Entrevista de reconstrucción de significados*. Consta de una serie de preguntas organizadas en tres apartados y cuyo objetivo es ayudar en la reconstrucción de significados (ver Cuadro 1).
- *Epitafios*. Se trata de elegir una frase adecuada que tenga significado en la relación del doliente con el fallecido y que puede o no dejarse tallada donde se encuentre el cuerpo del ser querido fallecido.
- *Galería de fotografías*. Las fotografías nos permiten recordar a la persona fallecida de manera clara, de forma que pueden servir para la reconstrucción del significado. Pueden llevarse en la cartera, hacer una galería de fotos o elaborarse un álbum público.
- *Huella vital*. Se trata de encontrar la huella que la persona fallecida ha dejado en los dolientes. Es una forma de homenajear al fallecido a través del recuerdo de sus gestos, formas de hablar, actividades laborales o de ocio, características de personalidad, estilos de pensamiento, entre otros.

CUADRO 1: ENTREVISTA DE RECONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS		
Preguntas de entrada	Preguntas de explicación	Preguntas de elaboración
¿Qué experiencia de muerte o pérdida le gustaría abordar?	¿Qué sentido le dio a la muerte en aquel momento?	¿Cómo ha afectado a sus prioridades?
¿Qué recuerda de su reacción inicial?	¿Cómo interpreta la pérdida ahora?	¿Cómo afecta a su visión del mundo y de sí mismo?
¿Cómo ha cambiado su sentimiento desde ese momento?	¿Le ayudaron sus creencias religiosas? ¿Qué efecto tuvo sobre ellas?	¿Qué ha aprendido a raíz de la pérdida?

CUADRO 1: ENTREVISTA DE RECONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS		
Preguntas de entrada	Preguntas de explicación	Preguntas de elaboración
¿Cómo respondieron ante la pérdida las personas cercanas? ¿Y ante su reacción?		¿De qué modo cambiaría su vida si esta persona no hubiera fallecido?
¿Cuál fue para usted la parte más dolorosa?		

- *Lectura reflexiva*. Los libros de autoayuda suelen servir a la persona que está afrontando la pérdida, pero para que la lectura sea provechosa será valioso que estos tengan algún tipo de relación con las características lectoras del doliente (creencias religiosas, hábitos de lectura, etc.).
- *Elaborar un libro de recuerdos*. Se trata de recoger un documento donde los sentimientos y pensamientos, en relación con el ser querido, puedan ser compartidos con otras personas. Para su elaboración se puede utilizar cualquier material de recuerdo.
- *Objetos de vinculación*. Esta actividad implica conservar o utilizar de manera cotidiana algún objeto que nos recuerde a la persona fallecida.
- *Peregrinación personal*. Se trata de la necesidad que puede surgir de visitar lugares o personas relacionadas con el fallecido. Esto puede generar recuerdos de nuestra historia y el lugar que ocupamos en la familia o con nuestros seres queridos.
- *Poesía de la pérdida*. A veces con el lenguaje normal no podemos expresar sentimientos o darle significado a la pérdida. A través del lenguaje poético podemos articular de manera simbólica lo que no podemos expresar de manera directa sobre el significado que tenía el ser querido en nuestra existencia.
- *Rituales*. Los rituales, tanto formales como informales, son una pieza fundamental para dar sentido a los cambios de nuestras vidas. No importa la forma en la que se hagan, lo importante es la acción simbólica que nos ayuda a asumir la pérdida.

Sin embargo, algo que vale la pena recalcar, con base en nuestra experiencia, es que, más que las propias técnicas (podríamos optar por las descritas o por otras), en el apoyo a personas en procesos de duelo el éxito se fundamenta a partir de la conexión humana que logra el profesional con el doliente y en la manera como este último se siente acompañado comprensivamente.

Cómo sobrevivir a la muerte violenta de un ser querido

Tan cierto como que la muerte sigue a la vida, el dolor es una experiencia universal, sin embargo, cada experiencia de dolor es única. Incluso cuando la muerte de un ser querido viene pacíficamente después de muchos años de una vida plena y activa, los sobrevivientes pueden experimentar una profunda tristeza y un profundo sentido de pérdida. Cuando la muerte ocurre como resultado de una lesión traumática -tal como un accidente, incendio, o el suicidio, por ejemplo- la rapidez y dramatismo del evento puede intensificar, complicar o prolongar el proceso de duelo. Pero cuando una vida se termina en el marco de un crimen violento, la insensatez y la brutalidad de la muerte pueden llevar a los sobrevivientes a enredarse en un indecible horror y dolor extremo.

Sin embargo, es posible e importante que la persona en duelo sepa que con el tiempo tendrán recuerdos reconfortantes de los fallecidos y se sentirán interesados y capaces de participar en la vida. Parkes y Weiss (1983) proporcionan una lista de las expectativas razonables que pueden tener los deudos. Una persona que ha perdido a alguien con el tiempo debe tener:

- La capacidad de dar energía a la vida cotidiana.
- Confort psicológico, o la ausencia de dolor y angustia.
- La capacidad de experimentar satisfacción en la vida cotidiana.
- Esperanza para el futuro.
- La capacidad para funcionar adecuadamente en una amplia gama de roles sociales.

El papel de un profesional en la fase inicial del duelo

Aunque los datos sugieren que, incluso después de la muerte repentina y violenta, una buena parte de los afectados afrontan su duelo con éxito (resiliencia), el proceso inicial puede tomar mucho tiempo. Muchas personas consideran el dolor como una experiencia personal por lo que no recurren a los profesionales de salud mental en busca de ayuda. Sin embargo, cuando una pérdida es repentina y violenta, la intensidad de las emociones puede ser aterradora y la necesidad de apoyo y la intervención externa son más necesarias. No pocas personas necesitarán apoyo profesional y participar en una intervención especializada y de apoyo. Algunos componentes útiles de este tipo de intervención son:

Proporcionar información sobre el dolor, sus síntomas y sus complicaciones.

- Evaluar la naturaleza de la angustia del individuo.
- Ayudar a identificar y resolver problemas prácticos.

- Proporcionar estrategias para la gestión de los sentimientos intensos.
- Ayudar a la persona a pensar en la muerte de una manera que conduzca a la resolución emocional.

Durante la primera fase del duelo, puede ser muy útil proporcionar información y estrategias para pensar en la muerte. Lo mejor es que el profesional ofrezca un seguimiento y se mantenga disponible para la consulta y apoyo, si la persona lo necesita.

Prigerson y Jacobs (2001) proporcionan una lista de «qué hacer y qué no hacer» para ver cómo los profesionales de la salud pueden interactuar con miembros de la familia tras la muerte de un ser querido. Los autores recomiendan:

- La expresión directa de la simpatía.
- El reconocimiento de que el profesional no sabe exactamente por lo que la persona en duelo está pasando.
- Hablar, mencionando el nombre de los fallecidos, con la familia.
- Responder preguntas sobre las circunstancias de la muerte.
- Hacer preguntas acerca de los sentimientos y sobre cómo les ha afectado la muerte de la persona.

Los autores también proporcionan una útil lista de advertencias acerca de las cosas que no son útiles, en la que incluyen:

- Una actitud casual o pasiva (por ejemplo, no contentarse solo con decir: «llámame si quieres hablar», o preguntar «¿cómo estás?»).
- Las declaraciones que la muerte conduce a un alivio, en este momento, no son aceptables (por ejemplo, «él/ella está en un lugar mejor» o «fue la voluntad de Dios»).
- Suponer que la persona en duelo es fuerte y que si debe pasar por esto es porque lo puede soportar («Dios no te da cargas que no puedas llevar»).
- Cualquier tipo de evasión de la discusión sobre la muerte o sobre la persona que murió.

El apoyo a otras víctimas sobrevivientes es una parte importante del proceso de resolución de duelo. Cuando las personas están listas para hablar de su experiencia y desahogar su corazón y alma, estas personas se escuchan con una empatía única y gran comprensión. La oportunidad de dar y recibir compasión y cuidado con otras personas que han sufrido pérdidas similares les ayudará a ver más en perspectiva su difícil experiencia de vida.

Referencias

Acero, P. (2008). *Del dolor a la esperanza*. Bogota: San Pablo.

Jewell, R. T., Rossi, M. & Triunfo, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía*, 26, 147-167.

Instituto Provincial de Córdoba (2009). *Guía de intervención psicosocial y cuidados de duelo*. En: http://www.ipbscordoba.es/uploads/ noticias/ duelo.pdf

Military Balance (2011). En http://www.iiss.org/publications/military-balance/ the-military-balance-2011/

Megles, F. T & DeMaso, D. R. (1980). Grief-resolution therapy: Reliving, revising and revisiting. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 51-61.

National Organization for Victim Assistance (NOVA) (1985). *Survivors of homicide victims*, Network Information Bulletin, 1, 3.

Neimeyer, R. (2007) *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

Parkes C. M. & Weiss R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY, USA: Basic Books.

Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Caring for bereaved patients: «all the doctors just suddenly go». *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286, 1.369-1.375.

Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Tizón, J. (2004). *Pena, pérdida, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: RBA, D.L.

Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Zhang, B., El-Jawahri, A. & Pringerson, H. G. (2006). Update on Bereavement: Evidence-Based Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Complicated Bereavement. *Journal of Paliative Medicine, 9*, 188-203.

Capítulo 23

Terapia estratégica breve del trastorno de angustia. Análisis epistemológico y evaluación de casos

Rodrigo Mardones Ibacache
Felipe E. García Martínez

Introducción

Recién en la década de los sesenta, el trastorno de pánico (TP) adquirió el carácter de entidad diagnóstica propia (Ballester y Botella, 1992). Debido a la demanda terapéutica, nos parece interesante revisar los tratamientos existentes e indagar en alternativas que nos permitan un abordaje más eficiente de este problema, especialmente cuando estudios muestran un déficit en la atención de salud mental en América Latina y el Caribe, así como una creciente tasa de psicopatologías en la población (Kohn *et al.*, 2005).

A la fecha se pueden encontrar alternativas de tratamiento sustentadas en una epistemología de causalidad lineal. Es decir, sostienen la creencia que el TP es un fenómeno producido por una o varias causas, asumiendo explícita o implícitamente que, al encontrar las causas, es posible intervenir y neutralizar sus efectos o consecuencias. Es un pensamiento lineal y parsimonioso que responde a una forma de hacer ciencia que, en este caso, ha ofrecido limitados resultados.

Respecto de la etiopatogenia del TP, existen grandes diferencias entre los distintos enfoques. Una primera y clásica vertiente nace del modelo biomédico, que establece el origen del pánico en anomalías neurofisiológicas (Del-Ben & Graeff, 2009). Los tratamientos que emergieron de esta vertiente fueron variando y mejorando según los avances de la farmacología, lo que permitió ofrecer una terapia ajustada a las necesidades del paciente. En diversas publicaciones (Cetkovich-Bakmas & Toro-Martínez, 2003; Garrido *et al.*, 1996; García-Palacios & Botella, 1998; McNally, 1996) se ha dado a conocer la evolución que la psiquiatría realizó en el tratamiento del TP de acuerdo a los avances de la psicofarmacología. Estas publicaciones coinciden en categorizar el TP como un trastorno severo, de tratamiento complejo y no exento de efectos secundarios.

Otra vertiente acerca de la génesis del pánico surge de la terapia cognitiva conductual (TCC). Sus autores postulan que la persona que padece

TP realizaría distorsiones cognitivas al interpretar catastróficamente las manifestaciones interoceptivas. Es decir, que las alteraciones fisiológicas elicitarían cogniciones de miedo que terminarían por agudizar las sensaciones o manifestaciones corporales de pánico, originándose, en consecuencia, un ataque de miedo, lo que se explica como una «sensibilidad a la ansiedad» o grado en que un individuo cree que la activación autonómica puede tener consecuencias perjudiciales (Schmidt, Lerew & Jackson, 1997).

En esta misma línea, es posible encontrar estudios que proponen la hiperventilación como una de las causas que provocaría las sensaciones interoceptivas (Ley, 1985). Las propuestas terapéuticas apuntan a psicoeducar a las personas y a suplir las distorsiones cognitivas por interpretaciones adecuadas, así como a aprender técnicas de respiración, exposición a las sensaciones interoceptivas, experimentos conductuales y la enseñanza de técnicas de distracción para desviar la atención de las manifestaciones corporales (Ballester y Botella, 1992; Botella, 2001; Martínez, 2001; Espada, Van der Hofstadt & Galván, 2007; Wood, 2008).

Algunos autores más recientes ponen el acento en la evitación interoceptiva y la alexitimia como causa del TP y la agorafobia, por sobre otras variables como el estrés psicosocial y sucesos vitales estresantes (Sandin, 2005; Gutiérrez & Arbej, 2005). Se propone situar la evitación interoceptiva en un lugar central a la hora de explicar las conductas desadaptadas de las personas que sufren especialmente agorafobia, puesto que no sería el temor a exponerse a lugares públicos lo que afectaría al agorafóbico, sino más bien las sensaciones que experimenta en aquellos lugares. En este sentido, se ha puesto la atención a los estilos de afrontamiento, todos de tipo anticipatorio y evitativo (Peñarte, Pitti, Bethencourt y Gracia, 2006; Sandin, Rodero, Santed & García-Campayo, 2006).

Los tratamientos a base de fármacos y la TCC corresponden a dos grandes pilares en la literatura científica y en la práctica clínica acerca de la etiopatogenia del TP y su consecuente forma de intervenir. Los resultados expuestos por ambos reciben una evaluación satisfactoria para su epistemología. Y aunque por momentos parece haber desacuerdos o intentos por demostrar cuál es más efectiva, el sustento epistemológico común, lineal y causalista les permite funcionar incluso como tratamiento combinado para lograr una mayor efectividad, como suele ocurrir con otras patologías (McNally, 1996; García-Palacios y Botella, 1998; Pérez & Fernández 2001; Rey, Aldana y Hernández, 2006).

Terapia estratégica breve: un giro epistemológico

La terapia estratégica breve (TEB) adopta en su trabajo clínico una propuesta epistemológica sistémica-cibernética. La TEB asume que los fenómenos psicológicos y comportamentales humanos responden a una causalidad circular donde los problemas se transforman en un sistema interdependiente

de influencia recíproca, en el que las variables causales se implican con los efectos, que a su vez terminan implicando las causas que le originaron. De este modo, focalizarse en una sola de las variables identificables en el sistema del problema resulta una estrategia abiertamente reduccionista (Nardone, 1997).

Así la TEB, en su trabajo clínico, no se pregunta el porqué de los problemas o fenómenos, sino que más bien se interesa en cómo ocurre el problema. Esta perspectiva resulta más útil para el trabajo terapéutico en tanto el clínico se centra en las variables que sostienen la persistencia del problema en el presente, más que en sus causas remotas. Para ello, el terapeuta estratégico observa los intentos de solución del problema que ha ensayado el consultante, atiende a las excepciones del fenómeno y elabora una estrategia con el objetivo de romper el circuito de percepción y reacción que perpetúa el problema, es decir, introduce desorden en un sistema que permanece en un equilibrio disfuncional, con el objetivo de conducir al consultante a un nuevo estado de equilibrio funcional y ajustado a las variables de su ambiente. En otras palabras, la TEB se orienta a generar una solución rápida, efectiva y permanente del problema (Ceberio & Watzlawick, 2006; Nardone, 1997).

Ceberio y Watzlawick (2006) sostienen que la creencia en una causa que origina el problema y que a su vez orienta hacia dónde dirigir las intervenciones, es quizás una de las limitaciones más importantes del pensamiento lineal. Este postulado no responde la pregunta de la recurrencia del problema y no explica el hecho de que el fenómeno se sostenga en el tiempo.

Cuando se atiende a las causas de los problemas psicológicos o comportamentales como el TP, se enfrentan algunas inconsistencias ligadas a la forma en que se obtiene la información que permite la construcción de una hipótesis causal. El principal obstáculo consiste en cómo acceder al origen del fenómeno cuando este se ubica en el pasado del consultante, es decir, cómo operar con una variable que no se encuentra en el presente del sujeto. De Shazer (1999) plantea que los enfoques terapéuticos que intentan buscar causas en el pasado para resolver un problema en el presente, lo que generalmente hacen es que a partir del diálogo se intenta evocar el recuerdo, en este caso, de crisis de pánico, e indagar en sus pensamientos pasados. Se intenta llegar también a la interpretación de las sensaciones fisiológicas pretéritas que provocarían y/o se manifestarían durante una crisis. Sin embargo, esta apuesta supone un riesgo no siempre considerado en la práctica terapéutica, que consiste en intentar obtener información a partir del recuerdo del sujeto, solicitando una narración a través de la cual se cree traer al presente el hecho evocado sin considerar que la narración es una interpretación que el consultante hace del pasado y que intenta expresar a través de un discurso, el que a su vez debe ser interpretado por el terapeuta a partir de esas mismas palabras. No accedemos a los hechos ocurridos en el pasado por ninguna vía.

Cambios de primer orden y cambios de segundo orden

A partir de la literatura científica disponible (Botella, 2001), observamos que las terapias basadas en una epistemología de causalidad lineal exhiben altos índices de efectividad expresados a través de la remisión del problema en un número significativo de consultantes, validados por estudios que poseen la misma epistemología basal. Sin embargo, más allá del problema de la circularidad epistemológica que valida-invalida estos estudios, ¿cómo explicar estos cambios?

Desde el punto de vista cibernético, existen dos tipos de cambios en los sistemas: el primer tipo, al que Watzlawick, Weakland y Fisch (1995) llaman cambios de primer orden o cambio 1, donde es posible observar variaciones continuas del problema de tipo cuantitativo, pero siempre dentro de los mismos parámetros individuales. En otras palabras, es posible encontrar cambios de frecuencia en la aparición del problema o en los intervalos de excepción, lo que hace que el sistema tienda a una relativa continuidad y estabilidad (Ceberio y Watzlawick, 2006).

De acuerdo a esto, nosotros podemos hipotetizar que aquello que los consultantes provenientes de terapias basadas en una epistemología lineal reportaban como cambio, correspondía a la frecuencia de la ocurrencia de crisis o a largos intervalos de tiempo sin ellas. Sin embargo, creemos que gran parte de las estrategias aprendidas y utilizadas por ellos tenían como objetivo evitar la ocurrencia de las crisis. Esto ocurriría con las terapias farmacológicas y varias técnicas de naturaleza cognitivista y comportamental (como la relajación y la distracción).

Por otro lado, existe también lo que la cibernética llama cambios de segundo orden o cambio 2, referido a aquel sistema que cambia cualitativamente, en forma discontinua y que es capaz de adaptarse a las alteraciones ambientales, es decir, posee capacidad de aprender. Este tipo de cambio se puede provocar por intervenciones que rompan con el «más de lo mismo», generando una nueva estructura de pensamiento y acción. El cambio de segundo orden es un cambio del cambio, se ha modificado el orden interno de la estructura del sistema (Ceberio & Watzlawick, 2006). Nosotros hipotetizamos que las estrategias utilizadas por el enfoque estratégico breve provoca cambios a este nivel, es decir, dicho enfoque no solo interrumpe la ocurrencia de las crisis, sino que impide su recurrencia, la posibilidad de recaídas y el miedo a que puedan volver a aparecer, además de modificar la posición del consultante frente a su problema, desde una posición pasiva, temerosa, basada en la evitación, hacia una posición activa, valerosa, basada en el afrontamiento.

Nuestra experiencia realizando el tratamiento

En el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad de las Américas, sede Concepción, trabajamos con doce consultantes diagnosticados con TP durante el año 2009. De los doce consultantes, diez se encontraban bajo tratamiento farmacológico por este problema. En la Tabla 1 se señalan las características sociodemográficas de cada consultante.

La mayoría de quienes estaban siendo tratados farmacológicamente coincidían en haber sido informados por sus terapeutas anteriores acerca de la cronicidad del trastorno. Esto permite sospechar que en la práctica clínica el TP es considerado crónico por algunos profesionales e instituciones de la salud, especialmente aquellos que siguen un enfoque biomédico.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS CONSULTANTES ATENDIDOS (FRECUENCIA SEMANAL)

Consultante	Edad	Sexo	Antigüedad del trastorno	Nº de sesiones
1	22 años	Femenino	5 años	8
2	27 años	Femenino	5 años	8
3	27 años	Femenino	7años	8
4	33 años	Femenino	9 años	8
5	33 años	Femenino	12 años	8
6	35 años	Femenino	15 años	8
7	42 años	Femenino	21 años	10
8	43 años	Femenino	21 años	10
9	47 años	Femenino	27 años	10
10	47 años	Femenino	27 años	12
11	56 años	Masculino	31 años	12
12	61 años	Masculino	46 años	12

Otro aspecto a destacar, que reafirma nuestra posición de que la terapia farmacológica y aquellas basadas en la relajación y la distracción son variantes de cambio de primer orden, en el sistema del problema de los consultantes, fue que algunas personas que habían reportado cambios a partir de este tipo de terapias, con el paso del tiempo experimentaron recaídas, permaneciendo nuevamente en un cuadro recurrente de miedo anticipatorio a las crisis de pánico.

En el trabajo terapéutico ofrecido en el CAPS, los consultantes recibieron un programa de tratamiento cuya duración fue de un promedio de ocho sesiones, con una frecuencia de una sesión semanal, de modalidad individual.

El hallazgo realizado en la primera sesión es que los diez consultantes que recibían tratamiento farmacológico tenían una profunda convicción de estar enfermos y, por consiguiente, un largo historial de visitas a médicos cardiólogos, neurólogos y psiquiatras. Los consultantes valoraron positivamente los efectos del tratamiento médico, puesto que los fármacos prescritos inducían un estado de relajación y las crisis dejaban de ocurrir. Sin embargo, todos reportaron que el miedo intenso persistía, lo que deriva en una suerte de TP sin crisis de pánico. En suma, las crisis disminuían, pero el miedo persistía.

Consecuente con lo anterior, en los doce consultantes se observó la utilización de estrategias que buscaban evitar la ocurrencia de una nueva crisis, lo que les conllevaba un automonitoreo fisiológico constante, prestando mucha atención a los síntomas interoceptivos que anuncian el inicio de un ataque de pánico, así como una gran actividad cognitiva tendiente a anticiparse a cualquier situación que pudiera desatar una nueva crisis, como también el uso de técnicas distractoras, con el objetivo de interrumpir el inicio del pánico y evitar su desenlace.

El plan de tratamiento utilizado con nuestros consultantes tuvo un promedio de ocho sesiones. En la Tabla 2 puede apreciarse una panorámica de las técnicas usadas sesión a sesión. Detallamos a continuación nuestra principales observaciones en cada una de estas sesiones.

Primera sesión

Durante la primera sesión indagamos acerca de la hipótesis del consultante con respecto a su problema y la forma en que lo experimenta más allá de los síntomas, buscando conocer su experiencia subjetiva del problema. Esta actitud nos parecía fundamental no solo en términos de lo que supone la empatía, sino para comprender el dolor mental y emocional que este problema les significa, así como descubrir detrás del trastorno a la persona que ha sido aquejada por esta dificultad (Bachelor & Horvath, 1999).

Notamos que los consultantes permanecen vigilantes a una nueva crisis de pánico. Se observó como patrón común en todos los consultantes que las técnicas de evitación de crisis era la estrategia más utilizada para intentar resolver el problema.

Junto con esto, constatamos que los familiares, y otras fuentes de apoyo emocional, han realizado muchos intentos por demostrar a los consultantes la irracionalidad del miedo y de las crisis de pánico.

De este modo, la empatía nos permite hacer sentir al consultante que es aceptado incondicionalmente, actuando con cierta complacencia o incluso manifestando acuerdo en la racionalidad de lo que le pasaba.

TABLA 2: PLAN DE SESIONES TERAPÉUTICAS			
Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
• Aceptación empática	• Aceptación empática	• Aceptación empática	• Aceptación empática
• Lenguaje sugestivo	• Lenguaje sugestivo	• Lenguaje sugestivo	• Lenguaje sugestivo
• Indagación de soluciones intentadas exitosas y fracasadas	• Evaluación de cambios entre sesiones	• Evaluación de cambios entre sesiones	• Evaluación de cambios entre sesiones
• Indagación de las excepciones del problema	• Revisión de las tareas terapéuticas	• Revisión de las tareas terapéuticas	• Revisión de las tareas terapéuticas
• Metafora: monstruo que se alimenta de miedo.	• Tareas: provocar crisis durante 30 minutos y cuento de Yu el Grande	• Tareas: provocar crisis durante 45 minutos y cuento del Rey y los Halcones	• Tareas: provocar crisis durante 60 minutos y pensar los tres cuentos anteriores
• Redefinición del problema			
• Tareas: pensar en lo positivo del problema y cuento de la Hormiga y el Ciempiés			
Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
• Aceptación empática	• Aceptación empática	• Aceptación empática	• Aceptación empática
• Lenguaje sugestivo	• Lenguaje sugestivo	• Lenguaje sugestivo	• Lenguaje sugestivo
• Revisión de las tareas terapéuticas	• Revisión de las tareas terapéuticas	• Revisión de las tareas terapéuticas	• Evaluación de cambios entre sesiones
• Evaluación y explicación general de lo que ha ocurrido	• Evaluación de cambios entre sesiones	• Evaluación de cambios entre sesiones	• Muestra de las estratagemas
• Prescripción de la recaída: metáfora del peligro del auto a gran velocidad	• Tarea del antropólogo	• Redefinición de situación desde la superación del TP	• Distanciamiento de la frecuencia de las sesiones

Usando las técnicas del lenguaje sugestivo, se intenta con ellos una redefinición de la situación señalándoles que el miedo no es una enfermedad, sino una emoción, históricamente útil para la supervivencia de la especie pero que en este caso se encuentra descontrolado, por lo tanto, se les invita a valorar el miedo y su utilidad en la preservación de la vida y conductas de autocuidado.

Luego, se les propone a través de una metáfora definir el TP como «un monstruo que se alimenta de miedo, a mayor miedo, más grande el monstruo». Esta definición alternativa fue acogida con mucha apertura porque, según ellos, expresa bien lo que les estaba pasando.

Bajo esta nueva forma de comprender el TP, espontáneamente los consultantes se dispusieron a hacer algo distinto para resolver el problema o, en términos metafóricos, vencer al monstruo.

Nardone (1997) propone además realizar una explicación compleja acerca de cómo en los sistemas, cuando algo existe y persiste en el tiempo, forzosamente debe desempeñar un papel importante. Se sugiere la posibilidad de ser una persona más sensible, con algún don especial y distinto al resto de las personas, y que sería interesante descubrir cuáles son los aspectos positivos que el pánico tiene en su vida.

Nuestros consultantes realizaban estrategias tendientes a evitar las crisis considerándolas catastróficas. Con un lenguaje sugestivo se les invita a ir en la dirección opuesta, a pensar en lo positivo que ellas tenían y qué se podría aprender de ellas. Este paso requiere una preparación cuidadosa, para no aparecer desconsiderando o relativizando la intensidad del problema descrito.

Hacia el final de la sesión, en un tono cálido y de intriga se le dice al consultante que su situación nos recordó un cuento, y que sería interesante que lo reflexionara a la luz de su problema. El cuento es el siguiente:

> «Una vez una hormiga le preguntó a un ciempiés: ¿podrías explicarme cómo lo haces para caminar tan bien con cien pies a la vez?, dime cómo consigues controlarlos todos al mismo tiempo». El ciempiés comenzó a pensar en ello y ya no fue capaz de caminar». (Nardone, 1997: 110).

Se le solicita al consultante, a modo de tarea terapéutica, que piense en el cuento y que descubra en qué se parece a su situación. Y se procede a terminar la sesión.

Así, la metáfora del «monstruo que se alimenta de miedo» y el cuento actúan como poderosas herramientas, en tanto les permiten al consultante acercarse a su problemática externalizándola (White y Epston, 1993).

Segunda sesión

Se constató en todos los casos que, en el transcurso de la primera a la segunda sesión, hubo remisión total de síntomas. Ninguno de los consultantes atendidos tuvo crisis de pánico.

Este resultado parece sorprendente pero tiene una explicación lógica relacionada con los cambios de segundo orden que expusimos anteriormente. A través de la redefinición y externalización del problema usando la metáfora, así como al invitar a pensar en lo positivo del TP para su vida y el dilema del ciempiés, lo que realizamos fue prescribir el síntoma de pensar y la exposición a lo temido, desde otra perspectiva. De este modo quebramos el circuito de evitación que sostiene el problema. No es una técnica distractora, sino permitirle o proponerle al consultante la posibilidad de evaluar su situación desde una óptica que jamás había considerado. Esta alternativa termina siendo un cambio cualitativo de la situación, por ende, el cambio es rotundo.

Si bien el consultante no encuentra, por lo general, explicación a lo ocurrido, asume desde ese momento una adhesión al tratamiento que le permite realizar las tareas que el terapeuta proponga. De este modo, la segunda sesión continúa de la siguiente forma.

Se revisan las tareas terapéuticas y los cambios que ocurrieron entre sesiones. Como los consultantes no se explican la remisión de síntomas, el terapeuta les ayuda a valorar sus recursos personales, dimensionar en su justa medida el problema y hacerles sentir que pueden tener control sobre el TP, pero a la vez estimula la curiosidad de saber qué ocurrió y de conocer mejor su problema.

De este modo, se procede a afirmar los aspectos positivos del TP y se prescribe una tarea que tiene como objetivo destruir totalmente el equilibrio disfuncional que provocaban las estrategias de evitación.

La siguiente tarea a realizar apunta a provocar el síntoma. Se les pide que en el transcurso de la semana, durante treinta minutos cada día, provoquen una crisis de pánico, que «llamen a este monstruo» con el fin de conocerlo e investigar qué ocurre.

Al finalizar la sesión se procede a contar el cuento de Yu el Grande:

> «Existía un gran emperador chino que para evitar las inundaciones de la lluvia construía grandes diques que detuvieran el agua. Sin embargo, el poder del diluvio solía romper todos los diques. Un día Yu el Grande, hijo del emperador, solicitó a su padre la posibilidad de resolver el problema. De este modo, Yu, en vez de construir diques, hizo excavar canales. Al caer la lluvia el agua pudo ser canalizada y utilizada provechosamente» (Nardone, 1997: 97).

Seguidamente se termina la sesión.

De la tercera a la séptima sesión

La aceptación y empatía con lo expresado por el consultante, el dialogo sugestivo, el interés real por conocer sus hallazgos personales, el uso del cuento y la metáfora, así como la prescripción del síntoma, son las principales herramientas terapéuticas que se utilizan a lo largo de estas sesiones.

En la quinta sesión, en términos metafóricos se prescribe la recaída del consultante aduciendo a la rapidez con la que han operado los cambios en su situación. El objetivo es que no ocurra. Si acontece, se tiene la posibilidad de evaluarla como algo esperado y, por lo tanto, bajo control. Lo que ocurrió en todos los casos tratados es que efectivamente no se observó recidiva, por el contrario, los consultantes reportaron sentirse más empoderados de su nuevo estado de salud.

Octava sesión

De acuerdo al proceso de cada paciente se evaluó con ellos la posibilidad de otorgar el alta para iniciar un trabajo de seguimiento. Para este momento Nardone (1997) propone mostrar las estratagemas, en otras palabras, mostrar al consultante el sentido de las tareas, metáforas, cuentos y todos los instrumentos utilizados en la terapia, ayudándoles a comprender que ellos han sido los que lograron superar el problema ayudados por una mirada distinta de lo que les ocurría.

Sesiones de seguimiento

Los consultantes que participaron de este proceso terapéutico fueron atendidos entre los meses de agosto y diciembre de 2009. Posteriormente, en Chile, ocurrió el terremoto del 27 de febrero de 2010. La atención en el CAPS no se reanudó sino hasta abril de ese año, debido a los daños estructurales del lugar que obligaron a su reparación. De algún modo, el alto estrés en el que se sumió la población, debido a los efectos del terremoto y los importantes cambios en el estilo y calidad de vida de los habitantes de la región, hicieron presuponer que los consultantes podrían, eventualmente, tener una recaída. Sin embargo, estas recaídas no se produjeron. Se realizaron sesiones de seguimiento una vez al mes entre abril del 2010 y agosto del mismo año. Desde entonces, se han realizado seguimientos cada tres meses hasta septiembre del 2011, manteniéndose los cambios reportados.

Conclusión

La literatura científica expone una variedad de investigaciones que presentan alternativas de tratamientos acerca del TP. En el esfuerzo por combatir este problema es posible identificar dos grandes enfoques clínicos: los tratamientos basados en fármacos y aquellos que emanan de la TCC, unidos por una misma epistemología de causalidad lineal.

Ciertamente exponen resultados que satisfacen las expectativas propias de su razonamiento científico fundamental y, desde esta perspectiva, han sostenido un esfuerzo constante por lograr el bienestar de las personas que sufren este mal.

Sin embargo, observamos que los consultantes tratados con estos planes terapéuticos experimentan recaídas que les hacen volver a consultar otros especialistas. ¿Podría ser esta la razón que por momentos hace sospechar la cronicidad del TP? ¿Será la recaída la razón por la cual algunos psiquiatras se aventuran, en el ejercicio clínico, a afirmar una causa genética?

Duncan, Hubble y Miller (2003) realizaron un exhaustivo trabajo con casos terapéuticos rotulados como «casos imposibles». Llegaron a la conclusión que la imposibilidad respondería al modo de proceder del terapeuta: en la forma que concibe el problema del consultante, en la actitud con respecto a él y/o en la arbitrariedad a la hora de elegir las técnicas de tratamiento.

A partir de los casos tratados bajo el enfoque estratégico, pudimos observar resultados sorprendentes en la remisión de síntomas y ausencia de recaídas. Las técnicas utilizadas, como la metáfora, el cuento, la paradoja, el humor, la escucha atenta, la actitud de considerar el problema del consultante como único sin apresurarse a encasillarle en un diagnóstico y especialmente la convicción en el poder de la alianza terapéutica como factor importante de éxito terapéutico (Bachelor y Horvath, 1999), fueron elementos fundamentales para lograr los avances que se exponen.

Ciertamente la recaída es una posibilidad que habrá que evaluar con el paso del tiempo. No obstante, creemos que nuestros pacientes realizaron no solo un proceso de mejoría, sino un cambio vital con respecto a sus miedos. Es la razón por la que nuestros consultantes evaluaron positivamente esta propuesta terapéutica, señalando que estaban ante otra forma muy distinta de tratar su problema.

Referencias

Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy (pp. 133-178)*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Ballester, R. & Botella, C. (1992). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, 4 (1), 69-88.

Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13 (3), 465-478.

Ceberio, M. & Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.

Cetkovich-Bakmas, M. & Toro-Martínez, E. (2003). Tratamiento farmacológico del trastorno por pánico. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 66, 227-248.

De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.

Del-Ben, C. & Graeff, F. (2009). Panic disorder: Is the PAG involved? *Neural Plasticity,*, 1-9. doi:10.1155/2009/108135

Duncan, B., Hubble, M. & Miller, S. (2003). *Psicoterapia con casos «imposibles». Tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Barcelona: Paidós.

Espada, J., van der Hofstadt, C. & Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 217-232.

García-Palacios, A. & Botella, C. (1998). La interferencia de la utilización concurrente de alprazolam en el tratamiento cognitivo-comportamental del trastorno de pánico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3 (2), 81-93.

Garrido, E., Rodriguez, U., Sánchez, R., García, M., Madrigal, M., Rodríguez, M. & Savater, A. (1996). La paroxetina en los trastornos de pánico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16 (59), 441-447.

Gutiérrez, M. & Arbej, S. (2005). Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*, 17 (1), 15-19.

Khon, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240.

Ley, R. (1985). Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 23 (1), 79-81.

Martínez, O. (2001). Taller psicopedagógico para crisis de ansiedad y agorafobia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI (78), 127-137.

Nardone, G. (1997). *Miedo, p*ánico y *fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.

Peñarte, W., Pitti, C., Bethencourt, J. & Gracia, R. (2006). Agorafobia (con o sin pánico) y conductas de afrontamiento desadaptativas. *Salud Mental*, 29 (2), 22-29.

Pérez, M. & Fernández, J. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13 (3), 523-529.

Rey, C., Aldana, D. & Hernández, S. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Terapia psicológica*, 24 (2), 191-200.

Sandin, B. (2005). Evitación interoceptiva: nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (2), 103-114.

Sandin, B., Rodero, B., Santed, M. & García-Campayo, J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastorno de pánico: Relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 179-190.

Schmidt, N., Lerew, D. & Jackson, R. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (3), 355-364.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1995). *Cambio. Formación y solución de los*
problemas humanos. Barcelona: Herder.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa.

Wood, C. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14 (2-3), 239-251.

Los autores

Angélica Guzmán Arenas
Licenciada en Psicología, Universidad de las Américas, Concepción, Chile.

Bismarck Pinto Tapia
Licenciado en Psicología, Universidad Católica Boliviana, La Paz, Bolivia.
Doctor en Psicología Social, Universidad de Granada, España.
Académico Universidad Católica Boliviana, La Paz, Bolivia.
Psicoterapeuta del Instituto Boliviano de Terapia Familiar.

Carolina Alzugaray Ponce
Licenciada en Psicología, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
Magister en Psicología Comunitaria, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
Académica Universidad Santo Tomás, Concepción, Chile.

Carolina Letelier Astorga
Licenciada en Psicología, Universidad Central, Santiago, Chile.
Advance Training on narrative approaches to therapy, Narrative Practices Adelaide (NPA), Australia.
Terapeuta, docente y codirectora en PRANAS Chile.

Felipe E. García Martínez
Doctor (c), Magister y Licenciado en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
Postítulo en Hipnosis Clínica y en Terapia Estratégica Breve e Hipnosis Ericksoniana.
Académico Universidad Santo Tomás, Concepción, Chile.

Florencia Grosse Piña
Licenciada en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
Analista Desarrollo Organizacional, Gerencia Personas, Maderas Arauco, Chile.

Hardy Schaefer A.
Licenciado en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
Magister en Psicología Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.
Diplomado en Terapia Breve Estratégica, Mental Research Institute (MRI), Palo Alto, California, USA.
Académico Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Ítalo Latorre Gentoso
Licenciado en Psicología, Universidad Central, Santiago, Chile.
Advance Training on narrative approaches to therapy and community work, Dulwich Centre Faculty, Adelaide, Australia.
Advance Training on narrative practices to therapy, Narrative Practices Adelaide (NPA), Australia.
Terapeuta, docente y codirector en PRANAS Chile.

Jorge Ayala Salinas
Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
Codirector de la Escuela Sistémica de Terapia Familiar «Juan Luis Linares», Cajamarca, Perú.
Director, editor y psicoterapeuta del *blog* «El terapeuta estúpido».

Leticia Uribe Malagamba
Licenciada en Psicología, Universidad Iberoamericana, México D.F., México.
Maestría en Terapia Familiar en Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, México D.F., México.
Intensive Narrative Practice Training Program, Dulwich Centre, Adelaide, Australia.
Miembro fundador del Grupo Terapia Narrativa Coyoacán, México D.F., México.

Mabel Aburto Santibáñez
Licenciada en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
Psicóloga Hospital Comunitario de Queilen, Isla de Chiloé, Chile.

María Eugenia Nadurille Álvarez
Licenciada en Administración de Empresas, Universidad Iberoamericana, México D.F., México.
Diplomado en Psicoterapias Narrativas y Posmodernas, Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, México D.F., México.
Miembro fundador del Grupo Terapia Narrativa Coyoacán, México D.F., México.

María Fernanda Marín Vásquez
Bachiller en Humanidades, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
Licenciada en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

María Gracia González Navarro
Licenciada en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
Psicóloga, Plan de Formación de Directores, CPEIP, Ministerio de Educación, Chile.

Margarita Tarragona Sáez
Doctora en Psicología, University of Chicago, USA.
Coordinadora del Diplomado en Psicología Positiva, Universidad Iberoamericana, México D.F., México.
Cofundadora, docente y supervisora, Grupo Campos Eliseos, México D.F., México.

Marta Campillo R.
Licenciada en Psicología, State University of New York at Stony Brook, USA.
Maestría en Psicología, Northeastern University, USA.
Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, México.
Directora y docente del Centro de Atención Psicológica a la Familia, A. C., Xalapa, Veracruz, México.

Natalia Alonso Reske
Licenciada en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Paulo Daniel Acero Rodríguez
Psicólogo, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
Máster en Integración de Personas con Discapacidad, Pontificia Universidad de Salamanca, España.
Formación en Trauma y Resiliencia, Universidad Hebrea de Jerusalem, Israel.
Investigador principal Grupo Biopsiquismo y Sociedad, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia.

Rodrigo Mardones Ibacache
Licenciado en Psicología, Universidad de las Américas, Concepción, Chile.
Académico Universidad Santo Tomás, Concepción, Chile.
Psicólogo clínico, Colegios Asuncionistas, Lota, Chile.

Violeta Fuentes Browne
Licenciada en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
Psicóloga, Unidad de Consultorio Adosado de Especialidades, Hospital de Castro, Isla de Chiloé, Chile.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres digitales de

RIL® editores

Teléfono: 2223-8100 / ril@rileditores.com
Santiago de Chile, junio de 2013

Se utilizó tecnología de última generación que reduce el impacto medioambiental, pues ocupa estrictamente el papel necesario para su producción, y se aplicaron altos estándares para la gestión y reciclaje de desechos en toda la cadena de producción.

Felipe E. García Martínez

TERAPIA SISTÉMICA BREVE

Fundamentos y aplicaciones

Este volumen reúne contribuciones de connotados psicoterapeutas de México, Colombia, Perú, Bolivia y Chile, unidos en la motivación de contribuir al diálogo, la reflexión y el aprendizaje en un modelo que invita más a la creación que a ahorrar camino a través de protocolos estructurados que poco espacio dejan a la improvisación.

Hoy en día existe un creciente interés por modelos psicológicos que abarquen, en una mirada holística y humanista, la influencia de las relaciones, el contexto y la cultura en los diversos problemas humanos. Este libro se centra en dar a conocer los fundamentos teóricos y aplicaciones clínicas de las terapias sistémicas breves, caracterizadas por proponer formas de intervención orientadas hacia el cambio terapéutico. Dentro de estos modelos se incluyen tres escuelas que comparten un soporte epistemológico común: la Terapia Breve Estratégica desarrollada por el Mental Research Institute en Palo Alto, la Terapia Breve Centrada en la Solución de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, y la Terapia Narrativa de Michael White y David Epston, a las que se suma el aporte de la Psicología Positiva, disciplina científica con la que estos modelos muestran gran afinidad.

Como es de interés de sus autores compartir experiencias y herramientas para el trabajo cotidiano de la psicoterapia, se incluyen también numerosos ejemplos de aplicación, divididos estratégicamente en Aplicaciones Infanto-Juveniles, Parejas y Adultos, y que incluyen capítulos orientados al trabajo terapéutico con miedos infantiles, encopresis, déficit atencional, problemas de aula, ruptura de pareja, colusión en la pareja, violencia conyugal, muerte de la pareja, depresión, trastorno de angustia, experiencias traumáticas y duelo, entre otros temas.

RiL editores

UST
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

ISBN 978-956-284-990-6

View publication stats