

APLICACIÓN DE LA METÁFORA-JUGUETE EN LA TERAPIA EXISTENCIAL: UN ESTUDIO DE CASO SOBRE MALTRATO EN LA PAREJA Y LA ANSIEDAD POSTRAUMÁTICA

APPLICATION OF THE TOY METAPHOR IN EXISTENTIAL THERAPY: A CASE STUDY OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND POST TRAUMATIC ANXIETY

Ignacio de la Fuente

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1991-7188>

Prosalud, Almería. España

Yolanda Alonso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0227-9677>

Departamento de Psicología, Universidad de Almería. España

Raquel Vique

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8604-1078>

Diputación provincial, Almería. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

de la Fuente, I., Alonso, Y. y Vique, R. (2023). Aplicación de la metáfora-juguete en la terapia existencial: Un estudio de caso sobre maltrato en la pareja y la ansiedad postraumática. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 175-194. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.35632>



Resumen

En este estudio de caso se presenta una nueva herramienta terapéutica que hace uso de metáforas-juguete dentro de una orientación existencial apoyada en el método fenomenológico. La dimensión existencial de los problemas del cliente dentro de su contexto vital explica la aparición de síntomas como parte de una respuesta psicológica compleja con múltiples conexiones. La terapia promueve la localización de los puntos de asentamiento del conflicto y su traducción simbólica en una metáfora-juguete. La relación entre símbolo y realidad reorienta el cambio tomando su fuerza del discurso colaborativo entre el cliente y el terapeuta. Con esta técnica, y teniendo en cuenta la perspectiva de género, se aborda el caso de una joven universitaria que sufre las secuelas traumáticas de una relación en la que fue maltratada por su pareja. Se tomaron medidas pre-post tratamiento y se realizó un seguimiento a los dos meses. Los resultados indican que la aplicación de la terapia disminuyó los síntomas de ansiedad, somatizaciones e indicadores de estrés postraumático.

Palabras clave: trauma, terapia existencial, ansiedad, metáfora-juguete

Abstract

This case study presents a new therapeutic tool that uses the toy metaphor in an existential orientation supported by phenomenological method. The existential dimension of clients' problems within their life context explains the appearance of symptoms as part of a complex psychological response with multiple connections. The therapy assists in locating points where conflict has settled and its symbolic translation into a toy metaphor. The relationship between the symbol and reality reorients the change, taking its strength from a collaborative discourse between client and therapist. This therapeutic technique is presented here in a case of intimate partner violence in which a young university student was suffering from the traumatic effects of a relationship in which she was abused by her partner. The results of pre-post measures and a two-month follow-up showed that the therapy diminished anxiety symptoms, somatizations and indicators of post traumatic stress.

Keywords: trauma, existential therapy, anxiety, toy metaphor

Según la etimología, metáfora significa “traslado más allá”. Con su uso se consigue transferir conceptos o ideas de un conjunto de elementos a otro (Bustos, 2000). El uso de metáforas se remonta probablemente al propio comienzo del pensamiento simbólico (De Botton, 2013). En cuanto el desarrollo del lenguaje lo permite, las metáforas pasan a formar parte de nuestro contenido simbólico, contribuyendo a construir una red de significados que crece con las nuevas experiencias.

Como herramienta terapéutica, la metáfora ha sido utilizada por la mayoría de las corrientes psicológicas y son muchos los estudios que explican sus distintos usos (Cirillo y Crider, 1995) y subrayan sus beneficios (Lloyd, 2015). Así, en las terapias cognitivas se utilizan modalidades cognitivas imaginarias y metafóricas (Kopp y Craw, 1998), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) –destacada representante de las terapias de tercera generación– hace de las metáforas uno de sus recursos emblemáticos (Stoddard y Afari, 2014) y para las terapias posmodernas –concretamente la terapia centrada en soluciones y la terapia narrativa– constituye uno de sus pilares (Clarke, 2014; White, 2007; Zatloukal et al., 2019). En cuanto a la terapia existencial, ésta en sí misma podría entenderse de principio a fin como una “metáfora sobre el sentido” en el proceso de comprender e integrar nuevos significados (García-Haro et al., 2018).

Los avances en psicología cognitiva han dotado de nuevo fundamento y sentido al uso de la metáfora en psicoterapia dentro del marco de la teoría de la mente corporeizada (Gibbs y Macedo, 2010). Frente al dualismo neocartesiano de la teoría cognitiva tradicional, que localiza la cognición exclusivamente en el cerebro, estas nuevas teorías sostienen que la cognición es el resultado tanto de las acciones del cerebro como de las del cuerpo que lo aloja y del medio donde este se mueve (Gomila, 2009). Llevar la metáfora más allá de sus límites lingüísticos, transformándola en metáfora externalizada mediante el uso, por ejemplo, de juguetes, hace que los sistemas sensomotores y espaciales se impliquen también en la terapia con la consecuente potenciación de su efecto (Restrepo, 2018).

Los juguetes han sido utilizados en terapia no solamente como elementos imprescindibles dentro de las terapias de juego, sino también como portadores de significado simbólico, como por ejemplo en la caja de arena (Homeyer y Sweeney, 2017). A pesar de esta evidente riqueza simbólica, colectiva y culturalmente compartida, no hemos encontrado en la literatura evidencias de su uso como sustento para las metáforas en psicoterapia. En este artículo presentamos un ejemplo del uso de una metáfora-juguete como elemento vertebrador de la línea argumental de la terapia.

La presencia del juguete en terapia debe responder a una necesidad planteada previamente y estar justificada por el problema que trae a la persona a consultar. Responde, entonces, a referencias concretas expuestas o surgidas en las conversaciones con el terapeuta y, con posterioridad, cuando el juguete no está presente, articula el proceso de integración de los cambios que se han iniciado. El hecho de que la metáfora-juguete no tiene una función meramente representativa, sino

también existencial, en cuanto que se apoya en aspectos idiográficos y biográficos de la vida del propio sujeto, apoya esta afirmación.

La psicoterapia existencial engloba un conjunto de escuelas que se ha nutrido de fuentes como la filosofía existencial y fenomenológica contemporánea, de la obra de los primeros psicoterapeutas humanistas tanto europeos como americanos y también de la corriente psicoanalítica, que hizo suya la visión y valores existenciales. Aunque no se puede hablar de un lenguaje común, sí es posible señalar puntos de encuentro que en conjunto reflejan una considerable consistencia interna (Martínez, 2011). Se destacan los aspectos personales y relacionales de la terapia, se rescata el valor de lo humano por encima de su expresión conductual y predomina el enfoque fenomenológico antes que un marco teórico preestablecido.

El presente artículo hace suyos especialmente los postulados de la escuela existencial inglesa que resalta la perspectiva fenomenológica en la relación terapéutica como un encuentro de dos puntos de vista, un análisis conjunto de la existencia y un abordaje de los dilemas cotidianos. La horizontalidad de la relación permite al terapeuta una intervención flexible, alejada de roles profesionales pero basada en sus conocimientos y experiencia personal, y una respuesta del cliente no constreñida por la condición de experto del terapeuta. De ahí que los teóricos de esta corriente no propongan técnicas específicas de intervención, sino que confían en el valor terapéutico de la relación dialógica en sí misma (Cohn, 1997; Spinelli, 2007; van Deurzen y Adams, 2011). Respecto a la tradición americana, el presente estudio recibe influencia e inspiración especialmente de la obra de Rollo May, que defiende que la función de la psicoterapia no es curar el síntoma sino ayudar a la persona a experimentar su vida desde una dimensión más real que implique libertad y responsabilidad a la hora de resolver los dilemas vitales (May, 1990).

La aplicación de la perspectiva existencial a los efectos del trauma y la ansiedad es una interesante alternativa a los modelos tradicionales, al tiempo que las investigaciones aportan cada vez más datos empíricos sobre el efecto de las intervenciones existenciales y su eficacia. El metaanálisis de Vos et al. (2015) concluye que se trata de un grupo de intervenciones prometedor, con efectos similares a otros enfoques, como la terapia positiva o los basados en la aceptación o la atención plena. Otro metaanálisis más reciente (Vos y Vitali, 2018) se centró en estudios experimentales sobre intervenciones con terapias centradas en el significado. Los autores concluyen que estas mejoran notablemente la calidad de vida. Otros estudios (Gebler y Maercker, 2014) apuntan a que una integración de la perspectiva existencial puede mejorar las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de enfermedades crónicas.

En base a estas consideraciones y evidencias, el presente estudio de caso pretende aportar información sobre la efectividad del uso de la metáfora-juguete en el tratamiento de la ansiedad derivada de una experiencia traumática, valiéndose del marco existencial-fenomenológico para la construcción de nuevos significados. Se parte de la hipótesis de que el impacto de la metáfora-juguete acelerará el proceso

de cambio, acortando la duración de la terapia, y que la metáfora se incorporará a un ciclo de cambio más largo posterior a la terapia, sirviendo de referente a la hora de afrontar y entender nuevas experiencias una vez internalizada.

Presentación del Caso

Carolina (nombre ficticio) es una joven estudiante de psicología de 23 años que acude al servicio de atención psicológica de su universidad para solicitar asistencia. Los motivos que de forma sucinta expone en su solicitud son: “descontrol de mi ansiedad, pesadillas y pensamientos tóxicos”. Se le asigna un terapeuta que trabaja desde la perspectiva existencial y comienza su tratamiento una vez cumplimentados los requisitos formales, consistentes en la lectura y firma del consentimiento informado, cláusulas de protección de datos y derechos de grabación, así como las pruebas psicológicas pertinentes que recogen las medidas pretratamiento. El motivo principal de consulta es resolver un problema “con los hombres”, que ella creía solucionado. Cuenta que hace tres años, coincidiendo con una relación de pareja que describe como “tóxica”, comenzó a sufrir ataques de ansiedad.

En el contexto de aquella relación, su situación personal fue deteriorándose lenta e imperceptiblemente, lo cual le impidió tomar conciencia de la gravedad de la situación. Comenzaron entonces pensamientos intrusivos y descalificadores hacia sí misma, problemas de sueño y rechazo al contacto con hombres, incluso con su propio padre. Lloraba con frecuencia y sentía miedo en cualquier situación de contacto social. Con el tiempo, su estado empeora, tiene miedo a dejar de respirar y a atragantarse mientras come, lo que la lleva a perder varios kilos. Por iniciativa de sus padres acude a un psiquiatra que le prescribe antidepresivos. Con posterioridad recibe tratamiento psicológico que, según ella, consistió en “reconstruir su autoestima”. Poco a poco fue retomando las relaciones sentimentales, aunque con miedo a sufrir de nuevo, a ser engañada o manipulada, lo que según ella contribuye a que se malogren. Un año después de la ruptura y tras sufrir una recaída de sus ataques de ansiedad, comienza una nueva relación con un joven universitario extranjero al que conoce a través de un chat de intercambio de idiomas. Comprende que aún no ha superado la relación traumática anterior, motivo por el que pide ayuda profesional.

Evaluación

Se tomaron medidas pre-postratamiento y de seguimiento con los siguientes instrumentos:

Davidson Trauma Scale (DTS; Davidson et al., 1997). Escala constituida por 17 ítems que miden la gravedad y frecuencia de los síntomas en individuos que han experimentado un trauma. Cada ítem se contesta en una escala de 0 a 4. Las propiedades psicométricas de la versión española fueron estudiadas por Bobes et al. (2000), demostrando niveles adecuados de fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio clínico.

Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1975; adaptación

española de González de Rivera et al., 2002). Es un cuestionario de detección y medida de síntomas psicopatológicos (Derogatis et al., 1975). Comprende nueve dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) medidos a través de 90 ítems y tres índices globales de malestar psicológico: índice de severidad global (IGS), índice positivo de malestar (PSDI) y total de síntomas positivos (TSP). Los índices alfa de la versión española varían entre 0,77 y 0,90.

Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III; Millon et al., 2009). Es un instrumento de evaluación **psicopatológica**. **Las escalas abarcan** trastornos de personalidad, trastornos graves de la personalidad, los síndromes clínicos en general e índices modificadores (sinceridad, deseabilidad social, devaluación, validez). En las escalas clínicas los niveles de consistencia interna están entre 0,66 y 0,90. La fiabilidad test-retest es alta, oscilando entre 0,82 y 0,96 (Millon et al., 2009).

Desarrollo de la Terapia

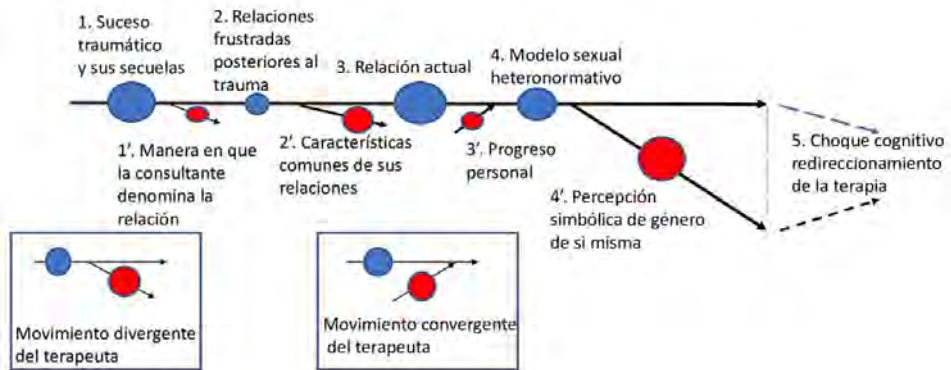
Primera Sesión

La consultante empieza a hablar sobre la relación de pareja que conmocionó su vida y cuyas secuelas sigue sufriendo en forma de ansiedad y fuerte malestar psicológico (Fig. 1: punto 1). Carolina insiste varias veces en definir aquella relación como “tóxica”. El terapeuta expone la posibilidad de que la consultante esté llamando tóxica a una relación de maltrato (Fig. 1: 1’).

Relata después cómo retomó de nuevo las relaciones de pareja (Fig. 1; 2). El terapeuta repara en que aparentemente lo hace siempre con personas ajenas a su entorno con las que no puede establecer vínculos duraderos (Fig. 1; 2’). La conversación se centra entonces en su relación actual con un joven de otro país con el que siente “mucho química” (Fig. 1: 3), cómo se conocieron, su encuentro amoroso y sus planes de futuro. El terapeuta reconoce su progreso y capacidad de mirar al futuro pese a las dificultades y subraya el hecho de que esté rehaciendo su vida (Fig. 1: 3’).

Figura 1

Primera Sesión: Itinerario del Relato y Análisis de la Interacción Consultante-Terapeuta



Nota: El círculo azul representa a la consultante y el rojo al terapeuta. La intensidad e importancia de los movimientos se refleja en el tamaño de los círculos y en el grosor de las líneas. El ángulo que forman refiere el grado de divergencia-convergencia de la intervención.

Hasta entonces, el diálogo carece de dirección precisa y la acción del terapeuta es meramente contingente con el relato de la consultante. Aunque pueda remarcar aspectos que luego resulten significativos, no existe un contexto que aporte sentido más allá del de establecer contacto entre las dos personas.

Sin embargo, al comparar el estereotipo de género de su pareja actual con el de las anteriores, aparecen aspectos mucho más relevantes (Fig. 1: 4, 4', 5). Dice que él no se amolda a la heteronormatividad y destaca algunos de sus gestos “femeninos”. Cuando el terapeuta normaliza estos rasgos de su compañero y le interroga sobre sus propios rasgos “masculinos”, la consultante se siente desorientada diciendo no reconocerlos en ella.

No se trata de una mera conversación sobre estereotipos de género, es un *obrar para el cambio* del terapeuta ante la disonancia que la cuestión suscita en Carolina, que reconoce lo femenino en su pareja y es incapaz de aplicarlo a la inversa a sí misma.

Segunda Sesión

Se profundiza en las creencias que Carolina tiene sobre distintos estereotipos (niña, adolescente, hombre y mujer) y cómo afrontaría cada uno de ellos una situación de maltrato. Al explorar los recursos que cada uno utilizaría para defenderse, los términos empiezan a adquirir una plasticidad metafórica. Desde aquí se abordan los recursos propios de la consultante, sus identificaciones, y la conversación deriva en una mejor comprensión del estado de indefensión desde el que experimentó el maltrato.

Tercera Sesión

Gran parte de la sesión tiene contenido biográfico. Carolina describe aquella relación de pareja y la personalidad del chico (Fig. 2: 1). Las preguntas del terapeuta le invitan a profundizar sobre aspectos que quedan poco claros (Fig. 2: 1'). Después hay un giro en la conversación y la consultante relata la grave crisis que vivió en sus estudios y cómo sus padres reaccionaron entonces (Fig. 2; 2). El terapeuta aporta un punto de vista divergente sobre la actitud de sus padres sugiriendo que estos no la apoyaron. Carolina reacciona defendiéndolos (Fig. 2: 2', 2'').

La intervención del terapeuta saca a la luz la lealtad de Carolina hacia sus padres. La respuesta de Carolina oscila entre la necesidad de justificación y el asentimiento ante lo que el terapeuta objeta. Reconoce no haberse planteado nunca que sus padres hubieran podido contribuir en aquel momento a su malestar. La intervención formula implícitamente interrogantes sobre el lugar que ocupa ella misma frente a sus padres o a sus parejas.

Figura 2

Tercera Sesión. Itinerario del Relato



A continuación, el terapeuta le propone la metáfora del niño que dejó de crecer (Fig.2: 3).

Erase una vez un niño que creció hasta los seis años. Nadie lo nota, pero en ese momento deja de crecer. Es voluntarioso y obediente, siempre dispuesto a trabajar y aprender. El tiempo pasa, llega a secundaria y a bachillerato. Su cuerpo y su inteligencia siguen creciendo a los ojos de los otros, pero sigue siendo un niño de seis años. Su mochila cada vez pesa más pues contiene más cosas. ¿Qué le pasará a este niño?

La metáfora invita a la clarificación de las tareas existenciales implicadas en crecer. Carolina logra percibir una desconexión en su proceso de crecimiento que se salda con una carencia de recursos para afrontar la vida adulta, y el papel de sus padres en esa carencia, a los que en el transcurso de la conversación ella califica de “súper-protectores”.

El terapeuta introduce en ese momento la metáfora-juguete: una catana de plástico. Se trata de un objeto cargado de simbolismo en tanto que su razón de ser

es la defensa y el ataque en combate. El terapeuta se la entrega.

Terapeuta: *Enséñamela, cógela con fuerza.*

Consultante: *Es de juguete, tampoco...*

T: *No importa. Al niño que juega con ella le parece una catana de verdad. Cógela, pero... siéntete un samurái [la agarra con las dos manos].*

C: *No sé ni cómo se coge...*

T: *Perfecto, ¿qué tal? [no la ve muy convencida]. Vamos a hacer una cosa... [el terapeuta le quita la catana y la deja en el suelo; en su lugar, él coge una espada de plástico de bucanero].*

T: *Yo tengo una espada, ¿cómo te sientes respecto a mí?*

C: *Pues muy jodida. Poco puedo hacer...*

T: *No tienes con qué defenderte. Esta puede ser la situación que tenías con tu novio. Tu novio tenía la espada y tú no tenías nada. A lo mejor tenías una espada ahí [señalando el suelo] pero no sabías que estaba. No sabías ni sacarla.*

C: *Ya, sí...*

T: *Necesitamos una espada para afrontar los retos de la vida. Por eso los niños tienen (tenían) ventaja sobre las niñas. Porque los niños saben (sabían) que necesitan una espada para defenderse, las niñas no. Vamos a comparar otra situación [él mantiene la espada y le ofrece la catana a Carolina]. Ahora, ¿cómo te sientes?*

C: *Siento la situación más equilibrada porque tengo con qué defenderme. [Intercambian unos espadaños].*

T: *Cógela fuerte. Es tu instrumento contra la ansiedad.*

C: *Pero (un poco desconcertada) ¿esto exactamente qué representa?*

T: *Tu fuerza.*

Cuarta Sesión

Ha pasado una semana y Carolina aparece con nueva imagen, el pelo cortado, maquillada y con una camiseta negra con el anagrama del grupo musical AC-DC. El terapeuta aprovecha para volver a abordar la relación con sus padres. A pesar de la actitud inicial, cuando el terapeuta intenta profundizar, Carolina vuelve a defenderlos y a rechazar las críticas hacia ellos (Fig. 3: 1, 1').

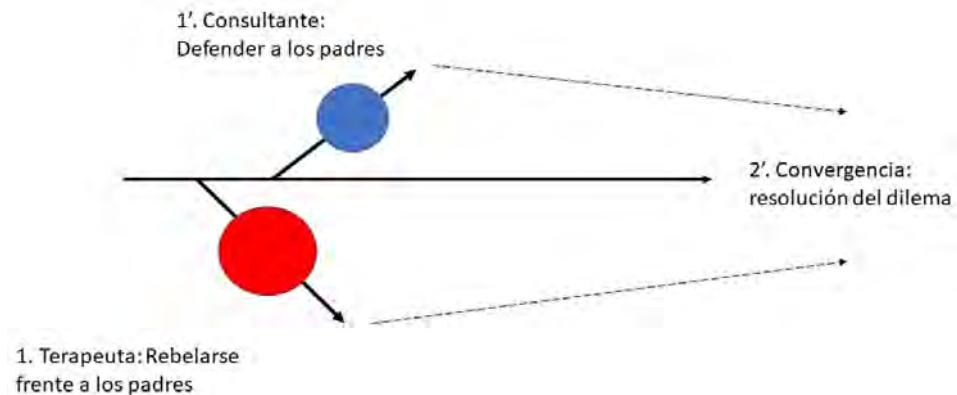
El significado existencial de la conversación es clave en el proceso terapéutico. Las intervenciones del terapeuta son un mensaje hacia el futuro que la persona asimilará en la medida en que el mensaje responda a una verdadera necesidad vital de desarrollo. En el contexto de una relación dialógica y colaborativa, en la que el terapeuta no adopta el rol de experto, la persona se desentenderá del argumento de la intervención si no lo necesita (Fig. 3: 2). La horizontalidad de la relación terapéutica no significa *simetría*. El primer concepto se refiere a que el terapeuta existencial no esgrime la autoridad profesional para convencer o imponer su criterio; el segundo sirve para diferenciar la relación terapéutica de un intercambio entre

amigos. Es esta ausencia de simetría la que utiliza el terapeuta para intervenir con libertad, consciente de sus propias limitaciones sin esconderse detrás de algún tipo de rol o de creencia.

El intercambio continúa (siempre en tono afectuoso e incluso humorístico) y los argumentos de Carolina defendiendo a sus padres se van debilitando cada vez más. Finalmente, Carolina manifiesta haberse quedado “con la mente en blanco”.

Figura 3

Cuarta Sesión. Divergencia y Convergencia en Dilemas Existenciales



La toma de conciencia puede dar paso a una *crisis existencial* terapéutica, que podría ser clave en la resolución del proceso terapéutico. La misión del terapeuta, entonces, pasa de confrontar a acompañar, validando el esfuerzo que la consultante está haciendo y señalando la dificultad del proceso de cambio emprendido. Carolina comienza a reconocer sentimientos de rabia hacia sus padres, escondidos tras su inquebrantable lealtad. Al volver a hablar sobre el significado metafórico de la espada, Carolina se revela como una ferviente seguidora de la saga *Star Wars*.

Quinta Sesión

Al analizar el itinerario de la sesión vemos que los contenidos se estructuran en torno a tres procesos del diálogo terapéutico que responden a cómo se siente (Fig. 4: 1), qué piensa (Fig. 4: 2) y cómo actúa la consultante (Fig. 4: 3). Se evalúan los cambios experimentados desde la sesión anterior en términos de malestar. Para un enfoque que espera la remisión de los síntomas, un empeoramiento –aunque a veces previsible– suele entenderse como una contrariedad. En el enfoque existencial, sin embargo, puede ser el anuncio de un cambio más profundo, de un verdadero crecimiento existencial. En nuestro caso, Carolina expresa un importante malestar que ella relaciona con su toma de conciencia (Fig. 4: 1). El terapeuta se congratula por haber alcanzado este punto.

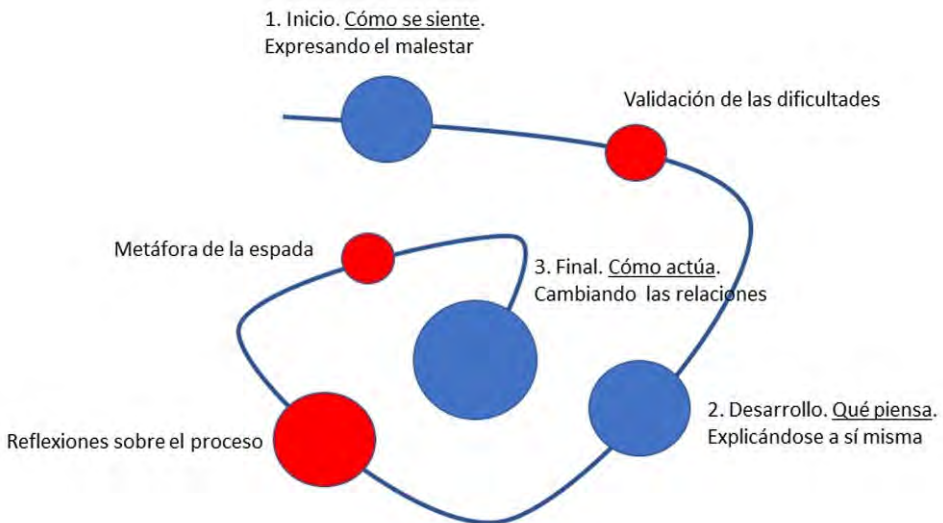
Carolina empieza a relatar escenas familiares que reflejan conflictos con su madre en ocasiones en las que ella intenta tomar sus propias decisiones. Estas es-

cenos son todavía narradas desde un sentimiento de frustración y enfado. Cuando el terapeuta le pide que hable de su malestar, Carolina comienza a hacer reflexiones sobre el sentido de su vida (Fig. 4: 2). Dice sentirse peor por ver cosas que antes no veía. La conversación lleva a distintos temas relacionados con este proceso de cambio: independizarse (emocionalmente) de los padres y sus consecuencias.

Al terminar, el terapeuta retoma la metáfora-juguete reformulada como una espada laser *jedi* que el terapeuta ha traído hoy a la sesión. La evocación de la espada parece conseguir que Carolina cuente, esta vez en clave de logro, que ha sido capaz de enfrentarse a su madre en varias ocasiones en los últimos días (Fig. 4: 3).

Figura 4

Quinta Sesión. La Complejidad del Cambio



Sexta Sesión

La relación conflictiva con los padres centra toda la atención de Carolina, ampliando y clarificando aspectos tratados anteriormente. Adopta una postura asertiva contraria a los límites que sus padres le imponen cuando intenta poner en marcha iniciativas personales (conducir, buscar trabajo, salir con amigas o comprarse ropa). El terapeuta dice que para seguir tomando conciencia de lo importante que es tomar decisiones propias, le va a proponer una segunda metáfora-juguete. Se trata de una muñeca de trapo y dos revólveres de plástico.

Mientras el terapeuta explica a Carolina lo que en estos momentos simboliza la muñeca (su inocencia y ternura, su infancia, etc.), ella la sostiene sobre su muslo cogiéndola por los brazos. Carolina reconoce que para afrontar las amenazas de la vida es preferible esgrimir una espada que una muñeca. El terapeuta argumenta que actuar de forma bondadosa e inocente no es adecuado si se paga el precio de sufrir crisis de ansiedad.

C: *Quiero intentar llevar en todas las situaciones posibles la vía pacífica, comunicativa, razonable, madura, pero me lo guardo todo en mi interior y después llega un momento en que con cualquier cosa me cabreo, y entonces lo hago con muchísima agresividad.*

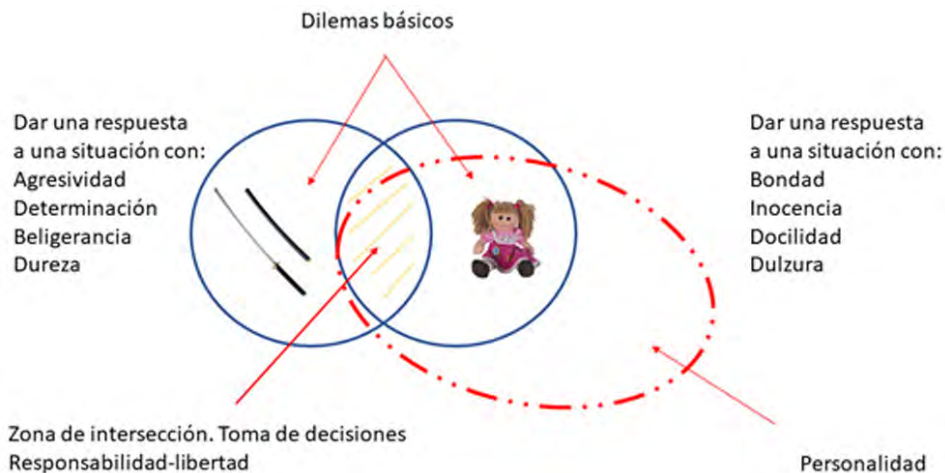
T: *Que uno se enfade no significa que uno sepa defenderse...*

Acto seguido pone en la mano de Carolina uno de los revólveres. Mientras hablan de la necesidad de conservar ambas cosas (la ternura de la muñeca y la agresividad del arma), Carolina tiene asida la pistola con dos dedos, como si le repeliera. El terapeuta le pide que la coja bien y ambos se ponen en pie. Hablan sobre cómo hacer posible que Carolina se sienta protegida y los demás la vean capaz de defenderse, en especial, sus posibles parejas. El terapeuta intercambia por momentos el revólver y la muñeca, Carolina sigue cogiendo el arma como si quemara, rechaza su propia agresividad y se pregunta cómo puede alguien defenderse sin caer en la falta de respeto. El terapeuta le propone portar ambos juguetes al mismo tiempo, muñeca y revolver, situación con la que Carolina dice sentirse más a gusto.

Carolina muestra que sus propios dilemas morales obstaculizan la posibilidad de un cambio de perspectiva que la ayude a mejorar (Fig.5). Aunque dice distinguir cuáles son las diferencias entre una conducta complaciente o sumisa y otra asertiva o agresiva, expresa tener dificultades para saber cómo actuar en la zona de intersección donde las situaciones aparecen ambiguas y los resultados de las decisiones inciertas. Los convencimientos morales están íntimamente ligados a la personalidad, y cualquier cambio en aquellos supone una extensión o transformación de esta. La terapia existencial aspira a alcanzar este sustrato profundo de dilemas existenciales. La consultante deberá resolverlos por sí misma, validarlos y finalmente, si le son útiles, integrarlos en su repertorio vital.

Figura 5

Sexta Sesión. La Metáfora-Juguete como Expresión de Valores en Conflicto



La metáfora-juguete es una oportunidad para que estos dilemas salgan a la luz y se expresen. Su simplicidad y al mismo tiempo su riqueza de matices crea una imagen difícil de olvidar una vez que se interioriza. Entre terapeuta y consultante debe haber una negociación de significados de la metáfora porque su precisión exige definir muy bien el contexto simbólico donde se aplica. (En nuestro caso, hay que dejar claro que no estamos haciendo apología de la violencia por el hecho de usar espadas o pistolas de plástico.)

Séptima Sesión

En la última sesión se realizaron tres tareas. Primero, completar los instrumentos de la evaluación post-tratamiento (cuyos resultados se exponen en las Figuras 6, 7 y 8); segundo, una valoración cualitativa de los resultados de la terapia por parte de Carolina; tercero, una corta conversación de cierre de la terapia.

La entrevista de valoración consistió en responder a solas frente a la cámara a unas preguntas que fueron grabadas en vídeo y visualizadas posteriormente por el terapeuta. Sus respuestas fueron:

¿La terapia ha cumplido tus expectativas previas que traías?

Pues sí y no, porque yo venía por una cosa y al final estoy viendo que tengo más problemas.

¿Ha cambiado tu visión de los problemas que querías consultar?

Sí. Yo vengo por la ansiedad, pero estoy viendo que la ansiedad es una mierda en comparación con los problemas que tengo, o que no les daba la importancia porque los normalizaba, pero ahí estaban.

Valora si al terminar la terapia ha mejorado tu situación personal y en qué aspectos.

La ansiedad en cierta manera ha mejorado. Sigo teniendo ansiedad porque eso es una cosa que no se puede quitar... pero no tengo ataques de ansiedad. O sea, la ansiedad va mejor, pero en mi situación personal me encuentro más en la mierda que cuando empecé.

Expresa tu opinión sobre la manera de trabajar del terapeuta.

Bien. Tampoco es que haya estado con mucha gente para decir si es un buen profesional o no. Desde luego, me ha destapado las cosas un montón.

Después de las sesiones realizadas, ¿necesitarías prolongar más la terapia?

Pues yo creo que sí. Que me gustaría... pues no, porque no me gusta venir a terapia, eso no ha cambiado, pero creo que sí porque antes había cosas que jamás me he planteado, que no he pensado, que no he sentido o que lo he hecho en momentos puntuales, pero no como ahora, con constancia.

Parece que la ansiedad como problema acuciante ha pasado a un segundo término. Al mismo tiempo, Carolina se encuentra en pleno proceso de cambio y de reubicación en muchos aspectos de su vida. En realidad, las respuestas de Carolina no hacen justicia a lo que está consiguiendo, ya que le sigue costando expresarse en términos de logro. En la breve sesión que sigue, junto a esa sensación de “vér-

tigo” que le producen sus propios cambios, la consultante relata cómo está siendo capaz de mantener la calma en las discusiones familiares y actuar de una manera diferente. La comprensión que está adquiriendo, lejos de hacerla sentirse mal, le ayuda a sentirse más segura de sí misma y a ver más claramente lo que debe hacer.

Al final de la sesión, cumpliendo con lo prometido, el terapeuta regala a Carolina la espada *jedi*. Le explica que es una espada para guerreros con conciencia. Quien empuña la espada de la conciencia sabrá utilizarla para defenderse, pero también para cortar con aquello que le hace daño y también con sus propias ataduras. Le entrega la espada y Carolina la blande imitando el sonido que hace en las películas. El terapeuta le pregunta si está contenta con su juguete.

“¡Sí, mucho! Siempre quise tener una; desde que vi por primera vez la película.”

Figura 6

Séptima Sesión. Siempre Quise Tener Una...



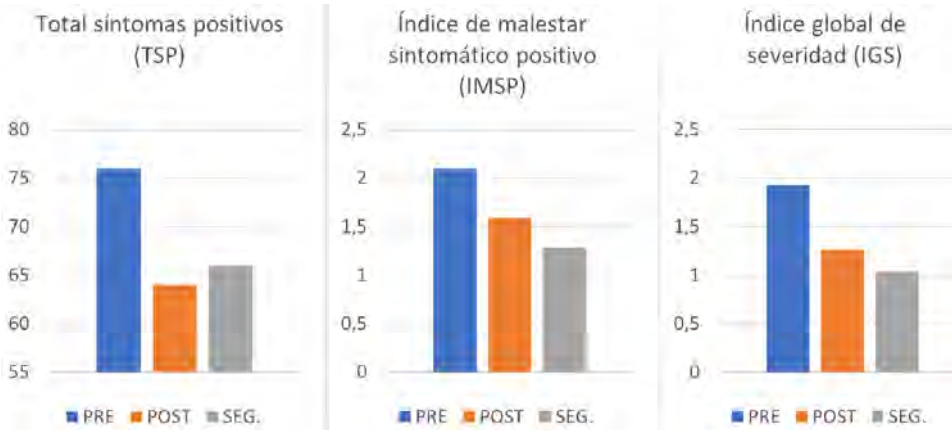
Resultados y Seguimiento

Antes de comenzar la terapia, la puntuación global obtenida en el cuestionario de trauma (DTS) fue de 56 puntos (rango entre 0 y 68), que demuestra un perfil de trauma claramente por encima del punto de corte 40 (Davidson et al., 1997).

En la figura 7 se muestran los resultados de los índices globales del SCL-90-R, que muestra un descenso notable en las puntuaciones pre-post-seguimiento. Se puede apreciar en todos ellos la tendencia a la baja. El total de síntomas positivos, que experimenta una bajada muy notable entre las medidas pre y post, sugiere que

probablemente la consultante tiene una tendencia a exagerar su patología al inicio de la terapia (González de Rivera et al., 2002).

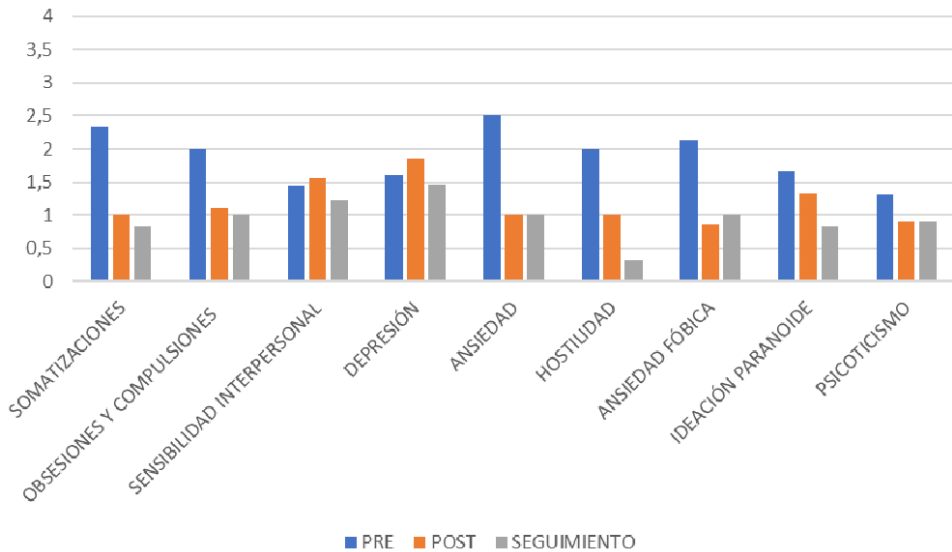
Figura 7
Resultados del SCL-90-R. Índices Generales



Nota: TSP, amplitud teórica 0-90; IPSP y IGS, amplitud teórica 1-4

En la Figura 8 se muestran las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones del SCL-90-R. Se observan importantes descensos en *somatizaciones*, *ansiedad* y *hostilidad*, y descensos apreciables en *obsesiones/compulsiones* y *ansiedad fóbica* (amplitud teórica entre 0 y 4).

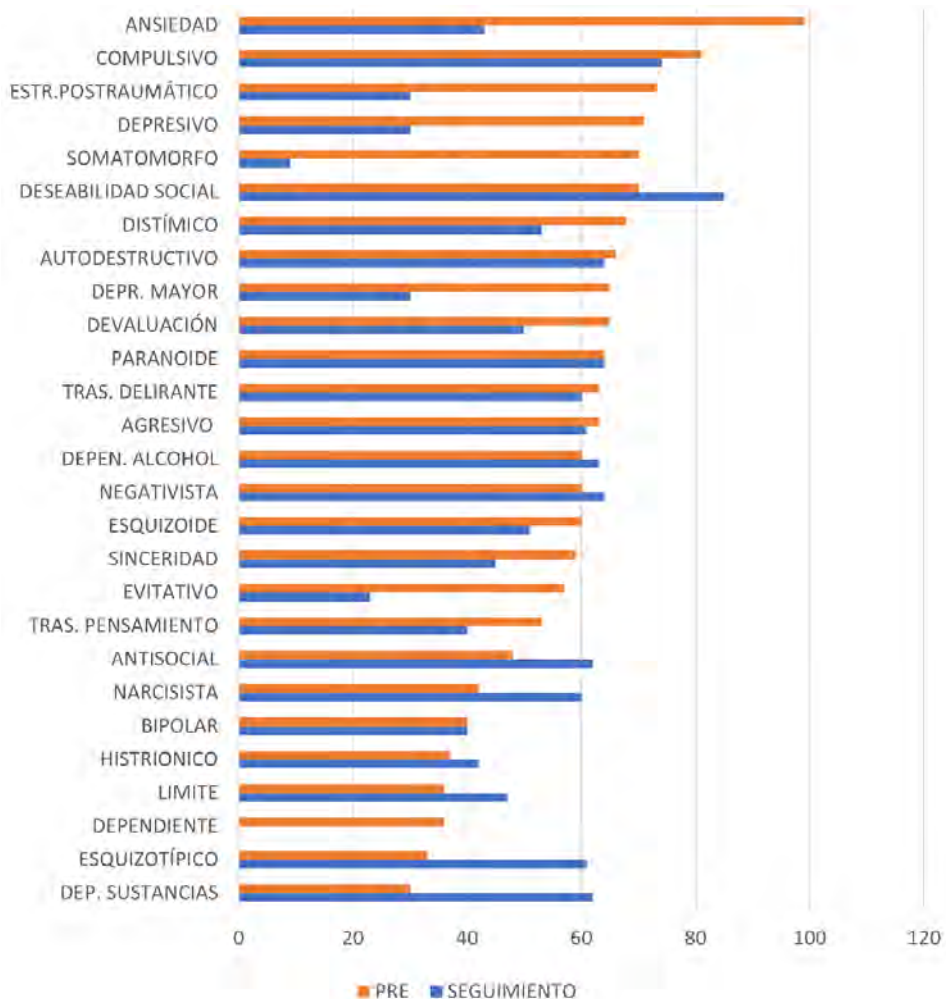
Figura 8
Resultados del SCL-90-R. Subescalas



Los resultados del MCMI-III también reflejan cambios notables (Figura 9). Dado que los rasgos de personalidad muestran mayor consistencia temporal, el cuestionario se midió al inicio de la terapia y a los dos meses de finalizada esta. La amplitud teórica de las escalas se sitúa entre 0 y 115, considerándose el punto de corte en 84 para considerar la presencia de un síndrome clínico. Las escalas *ansiedad*, *somatomorfo* y *estrés postraumático* disminuyen sus puntuaciones. Los patrones clínicos de personalidad evitativa, depresiva y dependiente también experimentan descensos importantes.

Figura 9

Resultados del MCMI-III. Escalas, Patrones y Síndromes Clínicos



En la sesión de seguimiento Carolina aparece con semblante más serio, dejando atrás la pose ingenua del principio, y su forma de expresarse refleja seguridad

y una cierta madurez. Dice sentirse mejor y haber tenido tiempo para pensar y dedicarse a sí misma. También se ha puesto a escribir y se siente menos afectada por las contrariedades de la vida cotidiana.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, Carolina explica que la relación con el muchacho extranjero está en mal momento. Parece que la distancia una vez más hará que fracase, pero en lugar de dudas Carolina explica con contundencia y asertividad que le había “dado un ultimátum”. Mientras el terapeuta escucha atentamente, aprecia el rastro dejado por las metáforas-juguete en el contenido y en el tono de sus palabras, pero también que, de vez en cuando, Carolina deja aflorar una sonrisa ingenua que muestra que su muñeca de trapo sigue estando ahí, ahora más protegida.

Discusión y Conclusiones

El presente estudio de caso recoge la aplicación de una modalidad de terapia existencial que hace uso de metáforas-juguete para el tratamiento de los problemas de ansiedad de una joven universitaria víctima de malos tratos en una relación de pareja. Los resultados cuantitativos correspondientes a las medidas pre-post y seguimiento indican buenos resultados. Todas las escalas específicas correspondientes a las quejas que Carolina trajo a consulta disminuyeron sus puntuaciones notablemente.

Las respuestas de la consultante en la entrevista de evaluación final indican una remisión de las crisis de ansiedad y un giro de su malestar hacia un proceso de cambio personal. Este proceso no puede darse por concluido, sino que se relaciona con un desarrollo existencial más amplio que rebasa los objetivos de la presente terapia.

Independientemente de la sintomatología (que la terapia existencial no busca suprimir de modo directo), cuando el motivo de consulta guarda relación con el maltrato en la pareja, parte de la eficacia de la terapia pasa por adoptar una perspectiva de género y por promover el empoderamiento de la víctima (Miller et al., 2014). La terapia existencial entiende desde su misma esencia la perspectiva de género porque persigue comprender la naturaleza humana. Así, la perspectiva de género está integrada en la mirada existencial porque esta es universal y aspira a ser un ejemplo aplicable a cualquier circunstancia que suponga un riesgo para la vida o la salud, como la violencia, la marginación o la pobreza. Desde ahí asume la especificidad psicosocial del maltrato hacia la mujer.

La intervención terapéutica ahondó en las dificultades de la consultante para abordar su empoderamiento en las relaciones. No fue necesario revivir las situaciones traumáticas, sino que se buscó superarlas adquiriendo un mayor control sobre su vida más allá de la situación traumática. En este sentido, la terapia se hizo eco de los principios que deben regir la intervención en víctimas de maltrato, a saber: toma de conciencia de la situación vivida desentrañando los falsos mitos, recuperación de los déficits psicológicos, autonomía e independencia frente a la figura masculina

–y en nuestro caso frente a los padres– reconstrucción y consolidación de la vida social y amorosa, empoderamiento y vuelta a la vida a través del restablecimiento de un proyecto vital (Pérez y Fiol, 2005).

La consecución de este conjunto de objetivos fue facilitada por el uso de metáforas-juguete, que explicaban situaciones del pasado y orientaban el cambio hacia el futuro. Las metáforas-juguete se eligieron por ser las que más directamente representaban los déficits de recursos de la consultante y que, al mismo tiempo, estaban imbricadas en su escala de valores.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio –más allá de las propias de los estudios de caso–, al tratarse de una intervención novedosa debe ser sometida a nuevos estudios, tanto en los elementos que constituyen la terapia como en la forma de aplicarlos. En este sentido, una aportación futura (que el presente estudio no recoge porque excedía los objetivos y planteamientos iniciales), es la inclusión de la versión del consultante sobre lo sucedido en terapia, entendida como *segunda voz* (Yalom et al., 2000). Estudios recientes (Levitt et al., 2016; Suzuki et al., 2021) recogen cada vez más la importancia de la percepción de los propios interesados para la mejora de los tratamientos.

Destacamos la necesidad del empleo de metáforas ajustado al contexto y ligadas siempre al discurso del consultante. Un uso protocolizado (en el sentido de establecer correspondencias fijas de una determinada metáfora con un síntoma o vivencia) contravendría –desde la perspectiva fenomenológica-existencial–, el espíritu de la propia metáfora como recurso simbólico que desborda el uso racional del lenguaje (Kozak, 1992).

Como facilitador del cambio terapéutico, la metáfora respondería a lo que distintos autores han denominado *condición corporizada de la cognición* (Clark y Chalmers, 1998; Hampe, 2017; Lakoff, 2012) y daría cuenta de la organización de los procesos cognitivos abarcando el propio cuerpo y su entorno. El uso de un juguete como metáfora potenciaría esta condición y podría contar con ventajas añadidas para su integración por parte del sujeto desde una perspectiva sensomotora y espacial.

Proponemos la aplicación de la terapia existencial apoyada en el análisis descriptivo de sus intervenciones y en la búsqueda de nuevas formas de representación de estas. Ello puede favorecer en el descubrimiento de criterios transdiagnósticos específicos del enfoque existencial, más allá de los grandes temas propuestos por alguno de sus autores representativos (Yalom, 1980).

Nota:

© para dibujos: Manuel de la Fuente

© para las figuras: Ignacio de la Fuente

Referencias

- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., Bascarán, M. T. y Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr*, 28(4), 207-218.
- Bustos, E. (2000). *La metáfora: ensayos transdisciplinares*. Fondo de Cultura Económica.
- Cirillo, L. y Crider, C. (1995). Distinctive therapeutic uses of metaphor [Usos terapéuticos distintivos de la metáfora]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4), 511-519. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.4.511>.
- Clark, A. y Chalmers, D. (1998). The extended mind [La mente extendida]. *Analysis*, 58(1), 7-19.
- Clarke, J. K. (2014). Utilization of clients' metaphors to punctuate solution-focused brief therapy interventions: A case illustration [Utilización de metáforas de clientes para puntuar intervenciones de terapia breve centradas en soluciones: una ilustración de caso]. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 36(3), 426-441. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9286y>
- Cohn, H. (1997). *Existential thought and therapeutic practice [Pensamiento existencial y práctica terapéutica]*. Sage.
- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R. y Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder [Evaluación de una nueva escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático]. *Psychological medicine*, 27(1), 153-160. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004229>
- De Botton, A. (2013). *Las consolaciones de la filosofía*. Taurus.
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R [El SCL-90-R]*. Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., Yevzeroff, H. y Wittelsberger, B. (1975). Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathologic indicator [Clase social, trastorno psicológico y naturaleza del indicador psicopatológico]. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43(2), 183-191. <https://doi.org/10.1037/h0076514>
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 39-67. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i109.227>
- Gibbs, R. W. y Macedo, A. C. P. S. D. (2010). Metaphor and embodied cognition [Metáfora y cognición encarnada]. *DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada*, 26, 679-700. <https://doi.org/10.1590/S0102-44502010000300014>
- Gebler, F. A. y Maercker, A. (2014). Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain: A clinical trial with 6 months follow-up [Efectos de incluir una perspectiva existencial en un programa grupal cognitivo-conductual para el dolor crónico: un ensayo clínico con 6 meses de seguimiento]. *The Humanistic Psychologist*, 42(2), 155-171. <https://doi.org/10.1080/08873267.2013.865188>
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual Adaptación Española*. TEA.
- Gomila, A. (2009). Cambio de marcha en ciencia cognitiva: Cognición corpórea. *Ciencias Cognitivas*, 3(2), 49-51.
- Hampe, B. (2017). *Metaphor: Embodied cognition and discourse [Metáfora: cognición y discurso encarnados]*. Cambridge University Press.
- Homeyer, L. E. y Sweeney, D. S. (2017). *Sandtray therapy: A practical manual [Terapia con caja de arena: un manual práctico]*. Routledge
- Kopp, R. R. y Craw, M. J. (1998). Metaphoric language, metaphoric cognition, and cognitive therapy [Lenguaje metafórico, cognición metafórica y terapia cognitiva]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 306-311. <https://doi.org/10.1037/h0087795>
- Kozak, A. (1992). The epistemic consequences of pervasive and embodied metaphor: Applications to psychotherapy [Las consecuencias epistémicas de la metáfora omnipresente y encarnada: Aplicaciones a la psicoterapia]. *Theoretical & Philosophical Psychology*, 12(2), 137.
- Lakoff, G. (2012). Explaining embodied cognition results [Explicación de los resultados de la cognición incorporada]. *Topics in Cognitive Science*, 4(4), 773-785. <https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2012.01222.x>
- Levitt, H. M., Pomerville, A. y Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda [Un metanálisis cualitativo que examina las experiencias de psicoterapia de los clientes: una nueva agenda]. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801-830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Lloyd, J. (2015). *The therapeutic use of metaphor: A heuristic study [El uso terapéutico de la metáfora: un estudio heurístico]* [Tesis doctoral, UoM Manchester]. ProQuest Dissertations & Theses Global (2190207843). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/therapeutic-use-metaphor-heuristic-study/docview/2190207843/se-2>

- Martínez, E. (2011). *Las psicoterapias existenciales*. Manual Moderno.
- May, R. (1990). Will, decision and responsibility [Voluntad, decisión y responsabilidad]. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 20(1-3), 269-278.
- Miller, L. E., Howell, K. H. y Graham-Bermann, S. (2014). The effect of an evidence-based intervention on women's exposure to intimate partner violence [El efecto de una intervención basada en evidencia sobre la exposición de las mujeres a la violencia de pareja]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 321-328. <https://doi.org/10.1037/h0099840>
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. D. y Grossman, S. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III [Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III]*. Pearson.
- Pérez, V. A. F. y Fiol, E. B. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología*, 21(1), 1-10.
- Restrepo, J. E. (2018). Cognición corporeizada, situada y extendida: una revisión sistemática. *Katharsis*, 26, 106-130.
- Spinelli, E. (2007). *Practising existential psychotherapy. The relational world [Practicando la psicoterapia existencial. El mundo relacional]*. Sage.
- Stoddard, J. A. y Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy [El gran libro de las metáforas de ACT: una guía para profesionales de ejercicios experienciales y metáforas en la terapia de aceptación y compromiso]*. New Harbinger Publications.
- Suzuki, J. Y., Mandavia, A. y Farber, B. A. (2021). Clients' perceptions of positive regard across four therapeutic orientations [Percepciones de los clientes sobre la consideración positiva a través de cuatro orientaciones terapéuticas]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 129-145. <https://doi.org/10.1037/int0000186>
- Van Deurzen, E. y Adams, M. (2011). *Skills in existential counselling and psychotherapy [Habilidades en consejería existencial y psicoterapia]*. Sage.
- Vos, J., Craig, M. y Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes [Terapias existenciales: un metanálisis de sus efectos sobre los resultados psicológicos]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 115-128. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- Vos, J. y Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis [Los efectos de las terapias psicológicas centradas en el significado sobre la calidad de vida y el estrés psicológico: un metanálisis]. *Palliative & Supportive Care*, 16(5), 608-632. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000931>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice [Mapas de práctica narrativa]*. W.W. Norton & Co.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy [Psicoterapia existencial]*. Basic Books.
- Yalom, I. D. y Elkin, G. (2000). *Terapia a dos voces*. Emecé.
- Zatloukal, L., Žákovský, D. y Bezdíčková, E. (2019). Utilizing metaphors in solution-focused therapy [Uso de metáforas en la terapia centrada en soluciones]. *Contemporary Family Therapy*, 41(1), 24-36. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9468-8>